Factsheets over de inrichting en financiering van zorgstelsels

Naslagwerk met informatie van twintig Europese landen

Madelon Kroneman
Loïs van de Water
Laura Schackmann
Anne Willems
Judith de Jong

NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

December 2023

ISBN 978-94-6122-837-6

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt een naslagwerk over de organisatie en financiering van de zorg in 20 Europese landen. Dit rapport geeft een beschrijving per land. Er wordt geen analyse gegeven van de situatie in deze landen. De beschrijvingen zijn gebaseerd op openbare informatie.

We hopen dat deze informatie voor u behulpzaam is bij het bestuderen van de zorgstelsels in andere landen.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord **3**

Leeswijzer **5**

Begrippen **6**

1 Inleiding **7**
1.1 Aanleiding 7
1.2 Doel en vraagstelling 7

2 Methode **8**
2.1 Welke informatie kunt u vinden? 8
2.2 Factsheet template 8
2.3 Bronnen 9
2.4 De vraag aan het HSPM netwerk 9
2.5 Landenafkortingen 11

3 Samenvattende tabellen **12**

4 Landenbeschrijvingen **15**
4.1 België 15
4.2 Bulgarije 27
4.3 Denemarken 33
4.4 Duitsland 40
4.5 Frankrijk 48
4.6 Griekenland 57
4.7 Ierland 65
4.8 Italië 72
4.9 Kroatië 79
4.10 Letland 87
4.11 Litouwen 94
4.12 Oostenrijk 103
4.13 Polen 111
4.14 Portugal 118
4.15 Roemenië 124
4.16 Spanje 130
4.17 Tsjechië 139
4.18 Verenigd Koninkrijk 146
4.19 Zweden 153
4.20 Zwitserland 161

Leeswijzer

Dit rapport geeft een beschrijving van hoe de zorg georganiseerd en gefinancierd is in 20 Europese landen die in overleg met de Directie Zorgverzekeringen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn geselecteerd op basis van prioriteiten van VWS en beschikbaarheid van informatie. Voor ieder land wordt antwoord gegeven op vragen die vooraf opgesteld zijn door deze Directie. Het rapport is bedoeld als naslagwerk. Vóóraf aan de rapportage per land wordt een verantwoording gegeven van de gebruikte bronnen en worden vier samenvattende tabellen gepresenteerd die het makkelijker maken om landen te selecteren als specifieke informatie gezocht wordt. De informatie kan voor iedereen die snel een overzicht wil van kenmerken van verschillende zorgstelsels behulpzaam zijn.

Van 20 Europese landen wordt een beschrijving gegeven waarbij antwoord wordt gegeven op de volgende vragen:

- Hoe wordt de zorg gefinancierd?
- Wat is de kring der verzekerden?
- Wie is er waarvoor verantwoordelijk in het stelsel?
- Zijn er eigen bijdragen van toepassing en wat voor soort eigen bijdragen zijn dat?
- Welke zorg valt onder het basispakket?
- Wat zijn opvallendheden van het systeem?
- Wat is de stand van zaken bij digitalisering van de zorg?
- Wat gaat er minder goed?
- Zijn er recente beleidsaanpassingen, met een focus op grote stelselwijzigingen?

Per vraag zijn er subvragen opgesteld door de Directie Zorgverzekeringen. Er is zoveel mogelijk geprobeerd om eerst gestructureerd aan te geven in welke categorie een land valt en vervolgens is aangegeven welke bijzonderheden voor dit land van toepassing zijn.

De landenbeschrijvingen zijn een momentopname. Als de bronnen al wat ouder waren, is gezocht naar updates over dit zorgstelsel via de website www.hspm.org. Op dit moment is de gezondheidszorg in heel Europa in beweging als gevolg van stijgende kosten en personeelstekorten. We verwachten geen grote veranderingen in de basisorganisatie van de zorg en als zodanig kan dit rapport als een startpunt gezien worden voor het zoeken van informatie. Voor wijzigingen na verschijning van dit rapport verwijzen we naar www.hspm.org.

De samenvattende tabellen beschrijven vier belangrijke kenmerken van een zorgstelsel, namelijk de financiering van het stelsel, wie er in een land verzekerd zijn, de inhoud van het basispakket op hoofdlijnen en voor welke zorg eigen bijdragen gelden. De meeste landen zijn echter niet éénduidig in te delen, er zijn vrijwel altijd uitzonderingen of aparte regelingen, waardoor twee landen die in hetzelfde ‘vakje’ geplaatst worden in de praktijk toch heel verschillend kunnen zijn. Deze tabellen kunnen daarom niet los gezien worden van de beschrijvingen in de volgende hoofdstukken.

Het rapport geeft geen analyse van de situatie in Europa. De informatie die gegeven wordt is gebaseerd op openbare, zoveel mogelijk geverifieerde bronnen. Een verantwoording van de gebruikte bronnen is te vinden in hoofdstuk 2. De samenvattende tabellen staan in hoofdstuk 3. De landenbeschrijvingen staan in hoofdstuk 4 op alfabetische volgorde geordend op basis van de Nederlandse naam van het land.

Begrippen

Hieronder staat beschreven wat wij onder de diverse termen verstaan:

Cure	Onder cure verstaan we zorg zoals geregeld is via de Nederlandse Zorgverzekeringswet en vooral gericht is op genezing. Uitzondering is wijkverpleging, dit valt onder 'care'.
Care	Zorg die meestal langdurig geleverd wordt en die niet (primair) gericht is op genezing. Hieronder valt thuiszorg en langdurige zorg in instellingen.
Eigen bijdragen	In Nederland maken we een verschil tussen 'eigen bijdragen' en 'eigen risico'. Eigen bijdragen zijn de bedragen die een verzekerde zelf nog moet (bij)betalen voor een behandeling, genees- of hulpmiddelen. Er vindt dus slechts gedeeltelijke vergoeding van de zorgkosten plaats. Het eigen risico is een jaarlijks wettelijk vastgesteld bedrag dat verzekerden eerst zelf moeten bijdragen voor alle zorg die zij gebruiken in een jaar. Pas als hun zorgkosten boven het eigen risico uitkomen kan er vergoeding van de gebruikte zorg plaatsvinden. Overigens komt in Nederland sommige zorg, bijvoorbeeld huisartsenzorg (op dit moment), niet ten laste van het eigen risico. Voor de landen in dit overzicht is bekeken of er een eigen risico van toepassing is (*mandatory deductible*) en of er sprake is van eigen betalingen voor vormen van zorg die in het basispakket zitten in de vorm van een procentuele bijdrage of een vast bedrag per behandeling of medicijn. In de bijzonderheden staat vermeld of deze eigen bijdrage aan een maximum onderhevig zijn.
Premie	Onder premies verstaan we betalingen die gedaan worden aan zorgverzekeraars, eventueel via werkgevers of via een andere weg. Criterium is of het geoormerkt is voor de financiering van zorg. De inkomensafhankelijke bijdragen van bijvoorbeeld werkgevers en werknemers aan het sociale verzekeringsstelsel die geoormerkt zijn voor het zorgstelsel noemen we hier ook premies. Dit geldt ook als er maar één nationaal ziekenfonds is.
Privaat	Privaat wil zeggen dat zorg of zorgverleners niet rechtstreeks gefinancierd wordt door de overheid. Private ziekenhuizen kunnen publieke zorg leveren (zorg die onder het Social Health Insurance systeem of onder het National Health System valt) of private zorg, die door mensen zelf betaald wordt.
Publiek	Publiek wil zeggen dat de overheid verantwoordelijk is. Publieke ziekenhuizen zijn bijvoorbeeld eigendom van de (lokale) overheid, publiek gefinancierd zorgstelsel betekent dat zorg betaald wordt uit het overheidsbudget (via belastingen of via premies als het systeem via een ziekenfondssysteem ingericht is).

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Zorgverzekeringen wilde graag een naslagwerk met factsheets van een aantal landen in Europa. Deze informatie kan gebruikt worden om landen te selecteren waarmee bijvoorbeeld samengewerkt kan worden, maar ook voor het beantwoorden van vragen van burgers en leden van de Tweede Kamer. Daarnaast kan de informatie behulpzaam zin voor iedereen die snel een overzicht wil van kenmerken van verschillende zorgstelsels, of op zoek is naar bepaalde kenmerken van een zorgstelsel. In dit rapport wordt voor een groot aantal kenmerken beschreven hoe de zorg is gefinancierd en georganiseerd in een land. We doen dit voor 20 landen die in overleg met de Directie Zorgverzekeringen van VWS zijn geselecteerd op basis van prioriteiten van VWS en beschikbaarheid van informatie. Voor vier hoofdkenmerken van zorgstelsels maken we daarnaast samenvattende tabellen, namelijk de wijze van financiering van zorgverleners (publiek of privaat) en wat burgers zelf moeten betalen, wie er verzekerd zijn in het stelsel en wat er verzekerd is. In deze tabellen wordt ook Nederland opgenomen om snel inzicht te krijgen in de positie van Nederland ten opzichte van de andere landen.

1.2 Doel en vraagstelling

Het doel van het onderzoek is het bij elkaar brengen van informatie over het zorgstelsel van verschillende landen, zodat landen onderling en met Nederland vergeleken kunnen worden. De informatie wordt op hoofdlijnen weergegeven.
Het rapport geeft antwoord op de volgende vraag: Hoe is het zorgstelsel in geselecteerde Europese landen georganiseerd en hoe wordt het gefinancierd?

2 Methode

In dit rapport beschrijven we kenmerken van de organisatie en financiering van zorgstelsels in verschillende landen. De landen zijn in overleg met het ministerie van VWS gekozen op basis van prioriteiten van VWS en beschikbaarheid van informatie. In totaal beschrijven we 20 landen. Naast de informatie per land, wordt voor een viertal kenmerken samenvattende tabellen gepresenteerd. Dit doen we alleen voor de basis voor financiering, kring der verzekerden, welke zorg zit er in het basispakket en voor welke zorg eigen bijdragen van toepassing zijn.

In dit hoofdstuk beschrijven we welke informatie er te vinden is in de beschrijvingen per land en welke bronnen we hebben gebruikt voor deze informatie. Alle beschrijvingen per land zijn door een onderzoeker gemaakt en vervolgens gecheckt door een tweede onderzoeker. Bij twijfel, of als de eerste onderzoeker bepaalde informatie niet kon vinden heeft een derde onderzoeker gezocht naar de informatie. In enkele gevallen is deze niet gevonden en wordt dan gerapporteerd als 'informatie niet beschikbaar'.

2.1 Welke informatie kunt u vinden?

De informatie die verzameld is betreft op hoofdlijnen de volgende onderwerpen:

- Hoe wordt de zorg gefinancierd?
- Wat is de kring der verzekerden?
- Wie is er waarvoor verantwoordelijk in het stelsel?
- Zijn er eigen bijdragen van toepassing en wat voor soort eigen bijdragen zijn dat?
- Welke zorg valt onder het basispakket?
- Wat zijn opvallendheden van het systeem?
- Wat is de stand van zaken bij digitalisering van de zorg?
- Wat gaat er minder goed?
- Zijn er recente beleidsaanpassingen, met een focus op grote stelselwijzigingen?

Voor de stand van zaken van digitalisering van de zorg hebben we vooral gekeken naar wat de landen zelf vermelden in de bronnen die we gebruikt hebben.

2.2 Factsheet template

De Directie Zorgverzekeringen van het ministerie van VWS heeft een template voor een factsheet opgesteld. In onderling overleg is deze licht aangepast. De template bevat per hoofdvraag specifieke deelvragen. Deze worden zoveel mogelijk op structurele wijze beantwoord, dus met ja/nee of er worden vooraf gedefinieerde opties gegeven. Omdat zorgstelsels over het algemeen complex georganiseerd zijn en niet altijd in een bepaald hokje te zetten zijn, wordt er vaak ook een toelichting gegeven met bijzonderheden van het systeem.

2.3 Bronnen

Er zijn diverse bronnen geraadpleegd: literatuur, websites en het Health Systems and Policy Netwerk.

De literatuur die geraadpleegd is:

- De Health System in Transition (HiTs) reports van de European Observatory. Dit zijn gestructureerde naslagwerken over hoe het zorgstelsel van een land in elkaar zit (zie: Health Systems in Transition series (HiTs) (who.int)).
- De Health System in Transition summaries. Dit zijn rapporten die op hoofdlijnen het zorgstelsel weergeven. Dit is nog niet voor alle landen beschikbaar. (zie: Health system summaries (who.int)).
- State of health in the EU, country health profiles. Deze rapporten geven een beleids-relevant overzicht van gezondheid en zorg in de EU-landen, Noorwegen en IJsland (zie: State of Health in the EU : Country Health Profiles | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)).
- Een overzichtsartikel met alle hervormingen van 2018-2018: : Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021.

Het voordeel van deze bronnen is dat er geprobeerd is om zoveel mogelijk dezelfde terminologie aan te houden voor alle landen.

De volgende websites zijn geraadpleegd:

- www.hspm.org. Dit is de website van het Health Policy en Systems Netwerk. Op deze website zijn per land de bovengenoemde rapporten te vinden en zijn hervormingen sinds het verschijnen van de HiTs gepubliceerd.
- De website van de EU en met name de volgende pagina: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu). Op deze pagina wordt de wetgeving gepubliceerd die valt onder Artikel 9 van Verordening (EC) No 883 / 2004.
- www.missoc.org. Deze website verzamelt informatie over sociale regelgeving in Europa.
- Diverse websites die informatie weergeven over de zorgverzekeringsstatus van mensen die uit een EU land komen, maar geen staatsburger zijn van het land waar ze wonen.

Het Health System and Policy Netwerk:
Dit netwerk, dat onder de European Observatory on Health Systems and Policies valt, bestaat uit experts uit de diverse landen. De meesten zijn (mede)auteur van de HiT van hun land en dus goed op de hoogte van het zorgstelsel in hun land.

2.4 De vraag aan het HSPM netwerk

Informatie over de toepassing van EU-Verordening 883 / 2004 (grensoverschrijdende zorg en sociale zekerheidscoördinatie) in individuele landen is moeilijk te vinden in de door ons gebruikte openbare bronnen. We hebben daarom het HSMP netwerk benaderd met de volgende vraag:

Box 1. Vraag aan het HSPM netwerk

For the Dutch Ministry of Health in the Netherlands, we are performing a quick scan on the financing of healthcare of citizens living abroad but within the borders of the European Union.

In the Netherlands, not working / not active citizens (mainly pensioners and dependent family members) living abroad and being resident of another Member State pay a premium for receiving reimbursement of benefits in kind like cure and care abroad that is covered under the basic benefits package of their new 'Home country (meaning the Member State of residence)', due to solidarity in health care costs. The premium is paid to the Dutch government and in return these citizens receive reimbursement from the Dutch government for the care received abroad.

Could you inform us about the way your citizens living abroad, for whom you are the competent Member State for the benefits in kind based on EU Regulation 883 / 2004, are contributing to their healthcare costs covered in another Member State of residence?

There are several options and we would like you to tick the box that fits the situation in your country most. Feel free to elaborate on the situation in your country, especially if you feel your country does not fit in any of the categories or when it applies to certain groups of citizens only.

There are only two questions, so hopefully it won't take much of your time. If you feel you are not the right person to answer the questions below, could you please let me know who in your country can or maybe you can forward this email to someone who can?

1. In <name country>
   - Citizens living abroad have to pay a fee (a premium or extra tax) to be entitled to reimbursement by <name of country> for the benefits received in the healthcare system in the country of residence.
   - Citizens living abroad don't have to pay a fee or tax and are entitled to reimbursement by <name of country> for the benefits received in the healthcare system in the country of residence.
   - Citizens living abroad are not reimbursed by <name of country> for their benefits received in the healthcare system in the country of residence, so they have to insure themselves privately / separately.
   - Other, namely……
2. If citizens living abroad are entitled to reimbursement of their benefits in kind / healthcare costs via the <name of country> healthcare system, are they reimbursed based on:
   - The level of costs in the Member State were they reside.
   - The level of costs in <name of country>.
   - Not applicable, the healthcare costs are not reimbursed.

We hebben van 16 landen antwoorden ontvangen. De meesten hebben hun antwoord toegelicht. Deze toelichting is verwerkt in de factsheets.

2.5 Landenafkortingen

Volledige naam	2-letter code	Volledige naam	2-letter code
België	BE	Nederland	NL
Bulgarije	BG	Oostenrijk	AT
Denemarken	DK	Polen	PL
Duitsland	DE	Portugal	PT
Frankrijk	FR	Roemenië	RO
Griekenland	GR	Spanje	ES
Ierland	IE	Tsjechië	CZ
Italië	IT	Verenigd Koninkrijk	UK
Kroatië	HR	Zweden	SE
Letland	LV	Zwitserland	CH
Litouwen	LT		

3 Samenvattende tabellen

De tabellen in dit hoofdstuk zijn bedoeld om snel op hoofdlijnen inzicht te krijgen welke landen welke kenmerken hebben. De meeste landen zijn echter niet éénduidig in te delen, er zijn vrijwel altijd uitzonderingen of aparte regelingen, waardoor twee landen die in hetzelfde 'vakje' geplaatst worden in de praktijk toch heel verschillend kunnen zijn. Deze tabellen kunnen daarom niet los gezien worden van de beschrijvingen in de volgende hoofdstukken.

Er zijn vier samenvattende tabellen. Deze tabellen beschrijven de financiering van het zorgstelsel (Tabel 3.1), wie er in een land verzekerd zijn (Tabel 3.2), de inhoud van het basispakket op hoofdlijnen (Tabel 3.3) en voor welke zorg eigen bijdragen gelden.

Bij de financiering van het zorgstelsel valt op dat langdurige zorg meestal uit algemene belastingen betaald wordt. Bij de curatieve zorg komen alle vormen van financiering ongeveer even vaak voor. We laten hier de eigen betalingen buiten beschouwing, alhoewel die in diverse landen aanzienlijk kunnen zijn voor de langdurige zorg. In Oostenrijk wordt bijvoorbeeld 40% van de langdurige zorg gefinancierd uit eigen betalingen.

Tabel 3.1. Financiering van het zorgstelsel[1]

	Huisartsen en medisch specialistische zorg	Langdurige zorg
Premie[2]	BE, BG, DE, HR, **NL**, PL, RO, CZ	DE, **NL**, RO[3]
Belasting[2]	DK, IT, LV, PT, ES, UK, SE	BE, BG, DK, LV, AT, PL, PT, RO[3], SE
Combinatie	FR, GR, IE, LT, AT, CH	FR, GR, IE, LT, CZ, UK, CH
Privaat		IT, HR

[1] Eigen betalingen worden hier buiten beschouwing gelaten, we kijken hier naar de hoofdmoot van de financiering

[2] Geoormerkte (inkomensafhankelijke) heffingen worden in deze tabel in de categorie "premie" gezet. De categorie "belasting" betreft financiering uit de algemene belastingen

[3] Thuiszorg wordt premiegefinancierd, langdurige zorg in instellingen via belastingen

Bij de kring van verzekerden (Tabel 3.2) valt op dat vrijwel iedereen in principe gedekt is door een zorgverzekering of aanspraak kan maken op zorg in een national health systeem. In de praktijk betekent dit echter niet altijd dat iedereen verzekerd is. Er zijn geen landen meer die alleen voor werknemers en hun eventuele afhankelijke familieleden een zorgverzekering hebben en in alle lande zijn ook voor inactieven mogelijkheden om zich te verzekeren. Voor sommige Oost-Europese landen is het percentage onverzekerden ondanks de universele aanspraak toch aanzienlijk. Dit komt meestal doordat mensen hun premie niet kunnen betalen of niet officieel geregistreerd zijn (zoals veel mensen uit de Roma gemeenschap).

De status van vluchtelingen en ongedocumenteerden wordt er hier apart uitgelicht. Deze informatie was niet voor alle landen beschikbaar. (Erkende) vluchtelingen vallen meestal wel onder het verzekeringsysteem van een land. Voor landen waar ongedocumenteerden geen recht hebben op zorg via het statutaire zorgstelsel is vaak wel spoedeisende zorg toegankelijk.

Tabel 3.2 Wie zijn er verzekerd

	Verzekerd	Niet verzekerd via het statutaire zorgstelsel[1]	Onbekend
Werknemers[2]			
Inactieven[2]			
Alle inwoners (ingeschrevenen)[2]	BE, BG, DK, DE, FR, GR, IE[3], IT, HR, LV, LT, **NL,** AT, PL, PT, RO, ES, CZ, UK, SE, CH		
Vluchtelingen[4]	BG, DK, DE, LV, **NL**, AT, ES, UK, CH		BE, FR, GR, IE, IT, HR, LT, PL, PT, RO, CZ, SE
Ongedocumenteerden[4]	DE, UK, CH	BE, DK, GR, IT, LT, **NL**, AT, ES	BG, FR, IE, HR, LV, PL, PT, RO, CZ, SE

[1] Vaak is spoedeisende hulp wel gedekt

[2] Als alle inwoners onder het zorgstelsel vallen, dan geldt dat uiteraard ook voor werknemers en inactieven. Bij werknemers en inactieven worden alleen landen vermeld die géén universele dekking hebben of waarbij niet alle mensen verplicht verzekerd zijn, bij de geselecteerde landen in dit rapport zijn er geen landen waarbij niet alle ingeschreven verzekerd zijn.

[3] Bepaalde groepen in Ierland zijn niet verzekerd van huisartsenzorg

[4] Bij langer verblijf vallen ongedocumenteerden soms weer wel onder de dekking van het statutaire zorgstelsel (voor Spanje is dit bijvoorbeeld het geval bij een verblijf langer dan 90 dagen)

Vrijwel alle landen uit ons rapport hebben ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en langdurige zorg (thuis of in instellingen) in het basispakket zitten. Voor langdurige zorg geldt voor meerdere landen dat het aanbod beperkt is en/of de eigen bijdrage aanzienlijk is.

Tabel 3.3 Wat zit er in het basispakket[1]

	In basispakket	Niet in basispakket	Onbekend
Ziekenhuiszorg	BE, BG, DK, DE, FR, GR[2], IE, IT, HR, LV, LT, NL, AT, PL, PT, AT, RO, ES, CZ, UK, SE, CH	GR[2]	
Huisartsenzorg	BE, BG, DK, DE, FR, GR, IT, HR, LV, LT, NL, AT, PL, PT, RO, CZ, ES, UK, SE, CH	IE[3]	
Thuiszorg	BE, BG, DK, DE, FR, IT, HR, LV, LT, NL, AT, PL, ES, RO, CZ, UK[6], SE, CH[6]	GR, PT	IE
Langdurige zorg (in instellingen)	BE, BG, DK, DE, FR, GR, IT, LV, LT, NL, PL, RO, ES, CZ, SE, CH[6]	AT, PT, UK	IE, HR
Farmaceutische zorg	BE, BG, DK, DE, FR, GR, IT, HR, LV, NL, AT, PL, RO, ES[7], CZ, UK, SE, CH	IE[3], LT, PT	
Mondzorg	BE, BG, DE, FR, GR, HR, AT, PL, RO, ES, CZ[5]	DK, IE[3], IT, LV, LT, NL, PT, UK, SE, CH	

[1] We rapporteren hier de algemene regel, de uitzonderingen vindt u in de factsheets. Als langdurige zorg door de staat georganiseerd wordt, rapporteren we dat hier als zijnde onderdeel van het basispakket. Soms zit bepaalde zorg wel in het pakket, maar slechts beperkt. Bijvoorbeeld bij mondzorg is de dekking vaak beperkt tot bepaalde verrichtingen

[2] Voor niet-werkenden, mensen zonder werkloosheidsuitkering en ongedocumenteerden geldt dat alleen ambulante medische zorg vergoed wordt, dus geen ziekenhuisopname

[3] Bepaalde groepen zijn niet verzekerd van huisartsenzorg, farmaceutische zorg en mondzorg

[5] Zit officieel in het basispakket maar is in de praktijk vrijwel niet beschikbaar

[6] Alleen medische (thuis)zorg

[7] Alleen in het “aanvullende pakket", dat door veel regio’s wordt aangeboden

Eigen bijdragen variëren sterk tussen landen, zowel het heffen van eigen bijdragen als de vorm waarin deze bijdragen voorkomen varieert sterk. Voor langdurige zorg is vaak onduidelijk of en op welke manier er eigen bijdragen van toepassing zijn.

Tabel 3.4 Voor welke zorg gelden eigen bijdragen[1]

	Procentuele bijdrage	Vaste bijdrage	Inkomens-afhankelijke bijdrage	Eigen bijdrage, onbekend hoe	Geen eigen bijdrage	Geen vergoede zorg	Onduidelijk
Ziekenhuiszorg	HR, CH	BE, BG, DE, FR, IT[3], LV, AT, PT[3], RO, CH		SE	DK, GR, IE, LT, PL, ES, CZ, UK		
Huisartsenzorg	HR, CH	BE, BG, FR, IE[2], LV, LT, AT, PT, CZ		SE	DK, DE, GR, IT, PL, RO, ES, UK		
Thuiszorg	CH	BE	FR, PL, PT	BG, DE, GR, CZ	IT, ES, UK		IE, HR, LV, AT, RO, SE
Langdurige zorg (in instellingen)	CH	CZ	FR, IE, PT	BE, BG, DK, RO, SE	GR	IT, UK	DE, HR, LV, PL, ES
Farmaceutische zorg	BG, DE, GR, HR, LT, PT, RO, CH	FR, IE[2], IT, AT, SE		BE, DK, PL, ES, UK	CZ		AT
Mondzorg	BE, BG, HR	BE, IE[2], IT, AT, SE		FR, GR, LT, PL	DE, ES, CZ	DK, LV, PT, UK, CH	FR

[1] We gaan hier uit van het statutaire zorgstelsel, vergoedingen van eigen bijdragen vanuit aanvullende verzekeringen worden hier niet meegenomen

[2] Bepaalde groepen zijn niet verzekerd van huisartsenzorg, farmaceutische zorg en mondzorg en betalen dit dus zelf

[3] Alleen voor ambulante specialistische zorg, ziekenhuisopnames kennen geen eigen bijdragen

4 Landenbeschrijvingen

4.1 België

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in België georganiseerd?	
Is de zorg privaat of publiek ingericht?	Combinatie van privaat en publiek. België kent een verplicht ziektekostenverzekering vanuit de staat voor alle inwoners waar 99% bij verzekerd is. Belgen kunnen zich vrijwillig aanvullend verzekeren. Zorgmedewerkers zijn onafhankelijk en hun praktijken zijn privaat en niet in het bezit van de overheid of ziektefondsen. Ook huisartsenpraktijken zijn zelfstandig / niet in bezit of dienst van de overheid. Ziekenhuizen zijn ofwel privaat zonder winstoogmerk (78% in 2016) of publiek (23%).
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Op basis van financiering kan het volgende onderscheid worden gemaakt: Ambulante zorg, opnames in instellingen en medische hulpmiddelen worden vergoed door de staatsziektekostenverzekering. Langdurige zorg en preventie worden grotendeels gefinancierd door de gefedereerde entiteiten. Dit zijn drie gewesten en drie gemeenschappen. De gewesten betreffen: het Vlaamse Gewest, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waalse gewest. De gemeenschappen zijn gebaseerd op de taal die gesproken wordt en betreffen de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap. (Bron: De gewesten | Belgium.be en De gemeenschappen | Belgium.be).
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: combinatie. Langdurige zorg: combinatie. *Bijzonderheden:* Van alle uitgaven voor gezondheidszorg werd in 2019 77% gefinancierd met overheidsmiddelen en de verplichte ziektekostenverzekering, 18% uit eigen bijdragen en 5% vanuit de vrijwillige ziekteverzekering.

Vervolg Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	België kent een verplichte ziektekostenverzekering vanuit de staat voor alle inwoners. 99% is hier daadwerkelijk bij verzekerd. De overige 1% bestaat uit mensen die niet aan de bijbehorende administratieve (bijvoorbeeld geen vast adres hebben) of financiële verplichtingen voldoen (niet betalen van sociale zekerheidsbijdragen). Deze verplichte staatsziektekostenverzekering is belastinggefinancierd. De term 'ziekenfonds' wordt gebruikt voor instanties die de betalingen voor verzekerde zorg regelen. Er is één publieke partij, de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HVIZ) en er vijf private non-profit partijen. Belgen moeten zich verplicht bij één van deze ziekenfondsen inschrijven. De keuze voor welk ziekenfonds is vrij behalve voor spoorwegmedewerkers, die automatisch lid zijn van de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Belgische Spoorwegen. De private ziekenfondsen bieden tevens aanvullende services en ziektekostenverzekeringen welke verplicht zijn voor de leden en waarvoor een extra bijdrage betaald wordt die gelijk is voor alle inwoners van een bepaalde regio / streek (community rated premium). Als men dit niet wil kan men kiezen voor de HVIZ. Er zijn private aanvullende zorgverzekeringen die premie gefinancierd zijn. Inschrijving hierbij is vrijwillig. Er zijn geen gegevens over het percentage mensen dat op deze wijze aanvullend verzekerd is. Sommige private aanvullende zorgverzekeraars maken deel uit van een ziekenfonds maar worden dan juridisch bestuurd door een andere partij.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van aanvullende financiering Acute zorg: • Inkomensafhankelijke bijdragen. Dit is verdeeld in een werkgevers- en een werknemersdeel. • Community rated premies (premie die gelijk is voor alle inwoners van een streek / regio). Dit geldt voor de extra premie die ziekenfondsen rekenen voor aanvullende services en diensten (zie ook het blokje hierboven). • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Wordt sinds 2014 gefinancierd door de federale overheden (voorheen was het onderdeel van de zorgverzekering). • Eigen bijdragen (relatief laag, ongeveer 7% van de uitgaven aan langdurige zorg).

Vervolg Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in België wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Geen informatie beschikbaar.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd wordt, hoe dragen in het buitenland wonende verzekerden / verdrags-gerechtigden, waar België de bevoegde lidstaat voor is, bij aan het zorgstelsel? Betalen zij ook een premie?	Geen informatie beschikbaar.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	• Alle ingezetenen van België zijn verplicht verzekerd bij de staatsziektekostenverzekering. • Ongedocumenteerde immigranten kunnen zich niet inschrijven bij een ziekenfonds. Zij hebben wel recht op medische zorg via Urgente Medische Zorg, zie voor details Roberfroid et al. (2015).
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	*Bijzonderheden*: De bijdragen voor zorgverzekeringen lopen enigszins door elkaar omdat de private ziekenfondsen, die de verplichte staatszorgverzekering grotendeels uitvoeren, ook verplichte extra bijdragen (premies) aan hun leden vragen voor aanvullende dekkingen. De verplichte bijdrage voor de aanvullende dekking wordt toch vrijwillig genoemd, omdat men ook een zorgverzekering via het onafhankelijke ziekenfonds (Auxiliary Fund) kan afsluiten, waarbij geen aanvullend pakket aangeboden wordt.

Vervolg Kring der verzekerden	
Vervolg Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	De staatsziektekostenverzekering kent twee hoofdschema's: 1) het algemene schema dat het grootste deel van de bevolking bestrijkt (werknemers, arbeidsongeschikten, werklozen, gepensioneerden, weduwen, wezen, studenten, inwoners) en 2) het schema voor zelfstandigen. Dit betekent dat zowel economisch actieve en niet-actieve personen, evenals hun gezinsleden, zijn gedekt.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Alleen van toepassing voor premie gefinancierde systemen. Zelfstandig inschrijven is mogelijk.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn: • Federale autoriteiten. • Gefedereerde entiteiten. • Ziekenfondsen. Rol federale autoriteiten: • Reguleren van de verplichte ziektekostenverzekering, de gezondheidsproducten en de beroepen in de gezondheidszorg. • Vaststellen zorgbegroting voor wat betreft ambulante zorg en ziekenhuizen. • Het overheidsorgaan 'Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering' reguleert de ziekenfondsen en kent budget aan hen toe. Tevens legt het de terugbetalingscriteria vast, bepaalt en controleert de begroting, informeert gezondheidsmedewerkers, bevordert kwaliteit van zorg en organiseert onderhandelingen tussen belanghebbenden. Rol gefedereerde entiteiten (gewesten en gemeenschappen): • Gezondheidsbevordering en ziektepreventie. • Organisatie van de eerstelijnszorg, sociale diensten en gemeenschapszorg. • Financiering van ziekenhuisinfrastructuur en zware medische apparatuur. • Vaststelling van normen voor ziekenhuisvergunningen.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Rol ziekenfondsen: • Afgevaardigden van ziekenfondsen onderhandelen ieder jaar of iedere twee jaar met afgevaardigden van zorgverleners over de tarieven en kostendelingsmechanismen van verzekerde zorg. Hierbij kan het ook gaan over de inhoud, kwaliteit of kwantiteit van zorg. Overeenkomsten die worden gesloten moeten vallen binnen het budget van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering en door deze instantie goedgekeurd worden.
Toegang tot private zorg	Er zijn private for-profit klinieken. De meeste behandelingen in deze klinieken worden niet vergoed (bijvoorbeeld plastische chirurgie). Er zijn enkele uitzonderingen, zoals voor ooglaseren of spataderchirurgie, maar alleen als aan bepaalde criteria wordt voldaan (Zie HiT p. 131 box 5.4 voor meer informatie over private for-profit klinieken, te vinden onder Belgium: health system review 2020 (who.int)).
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: sommige typen zorg. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): sommige behandelingen of typen zorg. Eigen bijdragen variëren van dienst tot dienst. Mensen met een verhoogde tegemoetkoming betalen verlaagde eigen bijdragen (zie HiT Tabel 3.3 p. 80-82, te vinden onder Belgium: health system review 2020 (who.int)). Dit gaat om bepaalde categorieën van kwetsbare mensen (zie HiT Box 3.7 p. 84 bovenste punt voor details over de mensen voor wie dit geldt). Ook zijn er verschillende regelingen die een maximum aan eigen bijdragen stellen en/of bepaalde categorieën in een tegemoetkoming kunnen voorzien (zie HiT Box 3.7 p. 84). Voor sommige zorgverleners (zoals verloskundigen en fysiotherapeuten) verschillen de eigen bijdragen ook afhankelijk of de aanbieder al dan niet gecontracteerd is. Mensen zonder verhoogde tegemoetkoming betalen zowel hogere eigen bijdragen als mogelijk extra eigen bijdragen bij behandeling door niet-gecontracteerde aanbieders.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: opname: ja: vast bedrag per dag dat varieert afhankelijk van de status van de patiënt (met/zonder verhoogde tegemoetkoming, met / zonder gezinsleden, werkloos, afhankelijke kinderen), het type ziekenhuis (acute zorg of psychiatrisch) en de duur van het verblijf. • Consultatie medisch specialist: ja - Mensen met verhoogde tegemoetkoming: 12 euro voor elke medische specialisatie. - Mensen zonder verhoogde tegemoetkoming: 3 euro voor elke medische specialisatie.

Eigen bijdragen	
Vervolg In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Huisartsenzorg: ja - Mensen met verhoogde tegemoetkoming: 1 euro als de patiënt een elektronisch patiëntendossier heeft; 1,50 euro als de patiënt dit niet heeft. - Mensen zonder verhoogde tegemoetkoming: 4 euro als de patiënt een elektronisch patiëntendossier heeft; 6 euro de patiënt dit niet heeft. • Thuiszorg: niet bekend. • Zorg in instellingen: zie bij 'ziekenhuiszorg'. Overige zorg in instellingen: niet bekend. • Farmaceutische zorg: ja, in de meeste gevallen. • Mondzorg: ja. vast bedrag of percentage van de kosten. Daar bovenop wordt een extra eigen bijdrage gevraagd bij behandeling door niet gecontracteerde zorgverleners.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja wat betreft diensten voor thuisverpleging. Overige thuiszorg: onbekend. • Zorg in instellingen: ja wat betreft verpleging in ziekenhuizen en verzorging in rustoorden van bejaarden. Overig: onbekend. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja. *Bijzonderheden*: zie voor gedetailleerde informatie De geneeskundige verstrekkingen die uw ziekenfonds terugbetaalt - RIZIV (fgov.be).
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja, in de zin dat er vaak voor een aanvullende verzekering wordt gekozen om bij ziekenhuiszorg in de kosten voor een eigen kamer te voorzien. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): ja. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: nee.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Burgers die in het buitenland wonen, moeten hun sociale bijdragen betalen, maar geen premie of extra belasting, om recht te hebben op terugbetaling door België van de prestaties die ze ontvangen in de gezondheidszorg in het land waar ze wonen. Ze worden terugbetaald tot het niveau van de kosten in de lidstaat waar ze wonen.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Het uitgebreide antwoord uit België: Wanneer een Belgische verzekerde (actief of inactief) in een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte, Zwitserland of het Verenigd Koninkrijk verblijft, is hij overeenkomstig Verordening (EG) nr. 883 / 2004 en Verordening (EG) nr. 987 / 2009 (en het tussen de Europese Unie en het Verenigd Koninkrijk gesloten protocol betreffende de coördinatie van de sociale zekerheid) gedekt door de ziekteverzekering van de woonstaat alsof hij in die staat verzekerd was (d.w.z. hij wordt ter plaatse terugbetaald door een verzekeraar in de woonstaat). d.w.z. ze worden ter plaatse terugbetaald door een verzekeraar van de woonstaat volgens de voorwaarden en terugbetalingstarieven van de wetgeving van de woonstaat), maar op kosten van België (de verzekeraar van de woonstaat kan de kosten van de gedekte zorg terugvorderen bij de Belgische verzekeraar van de betrokkene). Om in aanmerking te komen voor de Belgische verplichte ziekteverzekering, moet men ten eerste: (1) Eén van de begunstigden zijn bedoeld in artikel 32, paragraaf 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (zoals een loontrekkende of een gepensioneerde die vroeger loontrekkende was) (2) aangesloten zijn bij een Belgisch ziekenfonds van zijn keuze. In België is er één openbare ziekteverzekeringsinstelling, de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV), die alleen verplichte ziekteverzekeringsdiensten aanbiedt. De andere verzekeringsorganen (mutualiteiten of "ziekenfondsen") beheren de verplichte verzekering en bieden ook aanvullende verzekeringen aan (een verplichte aanvullende basisverzekering (aanvullende verzekering) en verschillende optionele aanvullende verzekeringen (die bijvoorbeeld een aanvullende dekking bieden voor hospitalisatie of tandheelkundige zorg). Lid worden van een mutualiteit betekent automatisch lid worden van hun aanvullende basisverzekering en een toetredingsvergoeding betalen voor deze diensten (het bedrag varieert enigszins tussen mutualiteiten, maar komt neer op ongeveer 10-15 euro per maand) (3) Het vereiste bedrag aan sociale premies voor de gezondheidszorgbranche betalen. Gewoonlijk worden deze sociale bijdragen aan de bron ingehouden (op salaris, werkloosheids- of arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, pensioen, enz.) Wanneer dit niet mogelijk is (bv. in het geval van zelfstandigen of mensen die als "ingezetene" geregistreerd zijn), moeten de begunstigden zelf persoonlijke bijdragen betalen aan hun socialeverzekeringsfonds om dekking te krijgen door de Belgische verplichte ziekteverzekering (niet te verwarren met de aansluitingsbijdrage die betaald wordt voor de aanvullende basisverzekering bij de mutualiteit).

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Praktisch gezien, als meneer A als werknemer in België werkt en meneer B alleen een Belgisch pensioen ontvangt, zijn ze allebei aangesloten bij en gedekt door de Belgische verplichte ziektekostenverzekering (meneer A als werknemer en meneer B als gepensioneerde). Zij betalen in België socialezekerheidsbijdragen voor de tak van de gezondheidszorg en normaal gesproken worden deze sociale bijdragen aan de bron ingehouden op het salaris van de heer A en het pensioen van de heer B. Het recht op gezondheidszorg als zodanig is gratis voor gepensioneerden, maar er wordt een solidariteitsbijdrage ingehouden op hun pensioen als het bedrag ervan een bepaalde drempel overschrijdt (wat meestal het geval is). Afgezien van sociale bijdragen (ingehouden aan de bron of betaald aan een Belgisch sociaal verzekeringsfonds), indien van toepassing (het recht op verzekeringsdekking is soms gratis, zoals in het geval van "personen ten laste" of "gehandicapten"), hoef je in elk geval geen extra belasting of premie te betalen om te genieten van de Belgische verplichte ziekteverzekering (niet te verwarren met de aanvullende basisverzekering aangeboden door de mutualiteiten). Om een S1- of SED S072-document te krijgen van je Belgische verzekeraar, waarmee je je kunt inschrijven bij een verzekeraar in het land waar je woont en kunt genieten van een ziektekostenverzekering in dit land, hoef je dus alleen maar je sociale bijdragen te betalen in België voor wat betreft de verplichte ziektekostenverzekering. Je hoeft dus geen bijkomende belasting of premie te betalen. Als meneer A en meneer B in België verzekerd zijn, maar in Frankrijk wonen, geeft hun Belgische verzekeraar (CAAMI of mutualiteit) een document S1 of SED S072 voor hen af, dat moet worden geregistreerd bij een verzekeraar in Frankrijk, zodat ze net als Franse verzekerden kunnen profiteren van de Franse ziektekostenverzekering voor alle gezondheidszorg die in Frankrijk wordt verleend. Wanneer ze zich in Frankrijk laten behandelen, kunnen ze ter plaatse terugbetaling krijgen van de Franse verzekeraar, volgens de voorwaarden en terugbetalingstarieven die zijn vastgelegd in de Franse wetgeving. De Franse verzekeraar heeft dan echter een vordering op de Belgische verzekeraar om de kosten van de behandeling in Frankrijk terug te vorderen. Bijgevolg kunnen A en B voor in Frankrijk verstrekte zorg niet rechtstreeks bij hun Belgische verzekeraar om terugbetaling verzoeken, aangezien het bij Verordening (EG) nr. 883 / 2004 en Verordening (EG) nr. 987 / 2009 ingevoerde circuit inhoudt dat zij zich tot de verzekeraar van de woonstaat moeten wenden om ter plaatse terugbetaling te verkrijgen, alsof zij in die staat verzekerd waren. Voor behandelingen buiten Frans grondgebied (bv. tijdens een tijdelijk verblijf in België of elders in de wereld) kunnen/moeten ze zich daarentegen wenden tot de Belgische verzekeraar om terugbetaling te verkrijgen (de verzekeraar van de woonstaat is niet bevoegd, behalve in uitzonderlijke gevallen).

Vervolg Het basispakket	
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	Federale staat • Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 27 augustus 1994; Inwerkingtreding: 6 september 1994. • Koninklijk Besluit 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, BS 31 juli 1996; Inwerkingtreding: 10 augustus 1996. • Wet 17 juli 1963 betreffende de overzeese sociale zekerheid, BS 8 januari 1964; Inwerkingtreding: 1 juli 1960. • Verordening 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 29 augustus 2003; Inwerkingtreding: 1 september 2003. • Koninklijk Besluit 24 oktober 1936 houdende wijziging en samenordening van de statuten der Hulp- en Voorzorgskas voor zeevarenden, BS 31 januari 1937; Inwerkingtreding: 10 februari 1937. • Programmawet 19 juli 2001, BS 28 juli 2001; Inwerkingtreding: 28 juli 2001. • Koninklijk Besluit 31 juli 2003 betreffende de kosteloosheid van de gezondheidszorgen voor het personeel tewerkgesteld in het Ministerie van Landsverdediging, BS 15 september 2003; Inwerkingtreding: 15 september 2003. Waals Gewest • Reglementair deel van het Waals Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid van 4 juli 2013 , BS 30 augustus 2013; Inwerkingtreding: 1 september 2013; Verordening (EG) nr. 883 / 2004 toepasselijk vanaf 1 september 2013. • Het persoonlijke assistentiebudget. Duitstalige Gemeenschap • Besluit van de Regering 20 juni 2017 betreffende mobiliteitshulpmiddelen, BS 7 juli 2017; Inwerkingtreding: 1 juli 2017; Verordening (EG) nr. 883/2004 toepasselijk vanaf 1 juli 2017. • Decreet van 13 december 2018 betreffende het aanbod aan diensten voor ouderen en personen met ondersteuningsbehoefte, alsook betreffende palliatieve zorg; BS 28 mei 2019; Inwerkingtreding: 1 januari 2019. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie • Besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 19 december 2019 tot vaststelling van de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen, BS 20 januari 2020, Inwerkingtreding: 30 januari 2020.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	Vlaamse Gemeenschap • Decreet 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, BS 17 augustus 2018; Inwerkingtreding: 1 januari 2019; – De mobiliteitshulpmiddelen. Meer informatie vindt u hier: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu)

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- De grootste categorie uitgaven voor gezondheidszorg in België is intramurale zorg, die in 2019 goed was voor meer dan 36% van alle uitgaven voor gezondheidszorg. Dit is hoger dan het EU-gemiddelde van 29%.
- De uitgaven aan langdurige zorg liggen aanzienlijk hoger dan het EU-gemiddelde en zijn goed voor meer dan een vijfde van alle uitgaven voor gezondheidszorg.
- Uitgaven voor preventie bedroegen in 2019 1,6 % van alle uitgaven voor gezondheidszorg, een lager aandeel dan het EU-gemiddelde van 2,9 %, maar deze omvatten alleen uitgaven voor georganiseerde preventieprogramma's en zijn dus onderschat.
- In België staat het patiënten vrij om een specialist te raadplegen zonder verwijzing, er is geen poortwachtsysteem.
- Het sterftecijfer als gevolg van behandelbare oorzaken is laag, maar de sterfte die vermijdbaar is door preventie, ligt dicht bij het EU-gemiddelde.
- De onvervulde medische en tandheelkundige zorgbehoefte is relatief laag, maar hoger bij mensen met een laag inkomen

Digitalisering

EHealth focust op de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners en zorgsetting, en richt zich op digitalisering van medische patiëntendossiers, elektronisch voorschrijven en toegang van patiënten tot hun persoonlijke gezondheidsinformatie. Dit laatste is sinds 2018 gerealiseerd.

Wat gaat er minder goed?

- Het aantal artsen in België is de afgelopen tien jaar langzamer gestegen dan in de meeste EU-landen en ligt nu ver onder het EU-gemiddelde. Ongeveer 44 % van de artsen is ouder dan 55, waardoor zorgen ontstaan over de groeiende tekorten in de toekomst. In reactie hierop is het aantal toegelaten geneeskundestudenten de afgelopen jaren opgetrokken, waardoor het aanbod van nieuwe artsen zal toenemen.
- Er zijn meer mogelijk vermijdbare ziekenhuisopnamen dan in veel andere EU-landen.

Recente beleidsaanpassingen

Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	**2018:** Verbeteringen in het gezondheidssysteem door i) het opzetten van een onderzoeksnetwerk naar Health in All Policies (HiAP); ii) het samenvoegen van instituties **2018:** Ontwikkeling van de "One World One health" strategie. Hiermee wordt gewerkt aan een geïntegreerde aanpak van de gezondheid van mensen, dieren, planten en het leefmilieu (zie folder1w1h_nl.pdf (belgium.be)

Vervolg Recente beleidsaanpassingen	
Vervolg Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	**2018:** Ziekenhuizen kunnen vrijwillig deelnemen aan een pay-for-performance programma waarbij hun budget toegekend wordt op basis van de geleverde kwaliteit van zorg. **2019:** Nieuwe betalingsschema's voor artsen me als doel om (i) ongerechtvaardigde verschillen te corrigeren in de hoogte van de honoraria tussen huisartsen en medisch specialisten en tussen medisch specialisten onderling; (ii) het tariefschema aan te passen aan veranderingen in de medische sector en nieuwe zorgmodellen (zoals telegeneeskunde); (iii) het verbeteren van de logica en transparantie van het vergoedingenschema; en (iv) prikkels introduceren die samenwerking en kwaliteit bevorderen. **2019:** Wet die ziekenhuizen verplicht om hun expertise op bepaalde gebieden te concentreren en samen te werken binnen loco-regionale en bovenregionale netwerken. **2019:** Forfaitaire betaling (lump sum payment) van laagvariabele ziekenhuiszorg. Laagvariabele zorg omvat zorgtrajecten die zeer goed voorspelbaar zijn en weinig variëren tussen de verschillende patiënten en ziekenhuizen. Voor de financiering van zorg aan die patiënten wordt de prijs op voorhand vastgesteld en deze staat los van het reële zorgproces voor de individuele patiënt. Het gaat om behandeling voor 57 ziektebeelden. (bron: Polin et al. (2021) en Hervorming ziekenhuisfinanciering: laagvariabele zorg | Vlaams Artsensyndicaat vzw)

Bronnen

Belgium.be, informatie en diensten van de overheid. Over België: De gewesten. De gewesten | Belgium.be

Belgium.be, informatie en diensten van de overheid. Over België: De gemeenschappen. De gemeenschappen | Belgium.be

European Observatory on Health Systems and Policies (2022), Belgium: Health System Summary. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/belgium-health-system-summary

Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. Health Systems in Transition, 2020; 22(5): pp.i–237. Belgium: health system review 2020 (who.int)

Hervorming ziekenhuisfinanciering: laagvariabele zorg | Vlaams Artsensyndicaat vzw)

Polin, K, Hjortland, M., Maresso, A., Van Ginneken, E., Busse, R., Quentin, W., the HSPM network (2021). "Top-Three"health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health policy 125, 815–832

Roberfroid D et al. (2015). What health care for undocumented migrants in Belgium? KCE Reports 257. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) (http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_257_Health_care_Migrants_Scientific%20Report.pdf, accessed November 2023)

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. De geneeskundige verstrekking die uw ziekenfonds terugbetaalt. De geneeskundige verstrekkingen die uw ziekenfonds terugbetaalt - RIZIV (fgov.be)

4.2 Bulgarije

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Bulgarije georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie van publiek en privaat. *Bijzonderheden*: • Eerstelijns zorg en een groot deel van de ambulante medisch specialistische zorg zijn privaat georganiseerd. Zij worden gecontracteerd door de het Nationale Ziekenfonds. • Ziekenhuizen kunnen zowel privaat (ca. 30% in 2016) als publiek zijn.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Langdurige zorg is een taak van de gemeente.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: een combinatie van premies (29%), belastingen en staatbijdrage aan premies (23%) , en eigen bijdragen (48%). Langdurige zorg: via belastingen (van de staat en van gemeentes). *Bijzonderheden*: Acute zorg en bloedtransfusies vallen buiten het ziekenfondspakket, maar worden door de staat gefinancierd.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van aanvullende financiering: Acute zorg: • Inkomensafhankelijke bijdrage voor ziekenfonds. • Eigen bijdragen: ja. Langdurige zorg: • Eigen bijdragen.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Er is een minimum en maximum inkomen als basis voor de premieberekening, 8% van het inkomen is de premie die geheven wordt. Voor werkenden betaalt zowel de werkgever als de werknemer een deel. Zelfstandigen, freelancers, werklozen betalen 8% van hun inkomen. Mensen zonder inkomen en niet verzekerd op een andere manier moeten de bijdrage zelf betalen en die is vastgelegd op 8% van de helft van het minimum inkomen (235 euro op jaarbasis in 2017).

Vervolg Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Bulgarije wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	n.v.t.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Alle ingezetenen zijn verplicht verzekerd Daarnaast zijn mensen met een buitenlandse nationaliteit die permanent in Bulgarije wonen, mensen met een verblijfsvergunning en mensen met een vluchtelingen of humanitaire status gedekt. Er is echter toch een groot deel van de bevolking niet verzekerd: in 2016 iets meer dan 2 miljoen. Een deel van de bevolking kan de bijdrage niet betalen, maar een ander deel betaalt niet uit wantrouwen voor het systeem. Deze laatsten betalen hun bijdrage alleen op het moment dat ze dure zorg nodig (gaan)hebben. Om weer verzekerd te raken moeten de bijdragen van de afgelopen 60 maanden betaald worden.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Zelfstandig op basis van ingezetenschap
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Zelfstandig inschrijven is mogelijk Zelfstandigen, freelancers, en werklozen betalen 8% van hun inkomen. Mensen zonder inkomen en niet verzekerd op een andere manier moeten de bijdrage zelf betalen en die is vastgelegd op 8% van de helft van het minimum inkomen (235 euro op jaarbasis in 2017).

Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Centrale overheid. Nationaal Ziekenfonds. Rol centrale overheid: • Ministerie van Gezondheid: Overall governance van het zorgstelsel. • Ministerie van Gezondheid en Ministerie van financiën werken samen op het terrein van financiering van de zorg en verdeling van de fondsen. • Het budget wordt door het National Assembly vastgesteld. • Vaststellen van de positive lijst voor farmaceutische producten (door de Nationale Raad voor Prijzen en Vergoeding van Medicijnen). • Verantwoordelijk voor investeringen in vastgoed. Rol Nationaal Ziekenfonds: • Inkoop zorg, er wordt onderhandeld met professionele organisaties van artsen en tandartsen. Er worden National Framework Contract afgesloten tussen het nationale ziekenfonds en de professionele organisaties.
Toegang tot private zorg	Zorg die in het basispakket zit wordt vergoed, ook bij private aanbieders, mits die een contract hebben met het ziekenfonds. Als iemand rechtstreeks naar een specialist wil, zonder verwijzing van een huisarts, of naar een andere huisarts dan de eigen huisarts, dan moet men zelf hiervoor betalen.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: ja, voor sommige typen zorg: mondzorg (voor zorg in het basispakket) en medicijnen buiten het ziekenhuis. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): ja, voor sommige typen zorg: huisartsbezoek, specialistenbezoek, laboratoriumonderzoek, ziekenhuisdag. *Bijzonderheden*: • De eigen bijdrage voor ziekenhuisopname heeft een maximum van 10 dagen. • Bepaalde groepen patienten (o.a. kinderen, chronisch zieken, zwangere vrouwen) hoeven geen eigen bijdrage voor de huisarts te betalen. • In sommige gevallen worden informele betalingen gedaan, meestal om betere zorg te krijgen of om iemand te betalen voor het geven van bloed.

Vervolg Eigen bijdragen	
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja. • Langdurige zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: ja, deels. • Mondzorg: ja. *Bijzonderheden*: Bepaalde groepen hoeven geen eigen bijdrage te betalen voor medische zorg: onder andere kinderen, zwangere vrouwen, mensen met een laag inkomen, chronisch zieken). Voor mondzorg wordt ook voor kinderen voor bepaalde behandelingen een eigen bijdrage gevraagd. De eigen bijdrage is meestal minder dan 20% van de prijs. Bij ziekenhuiszorg worden bepaalde medische hulpmiddelen niet vergoed. Vergoeding van farmaceutische zorg hangt af van diverse criteria, zoals de doel van het product, de mate waarin de conditie het sociaal functioneren beïnvloedt, budget capaciteit en de verwachte uitgaven. Vergoeding varieert tussen de 50 en 100%. Voor sommige medicijnen is het goedkoper om deze rechtstreeks uit eigen zak te betalen dan via een recept van de huisarts, omdat de eigen bijdrage voor een huisarts hoger kan zijn dan het bedrag van het medicijn.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: nee. • Zorg in instellingen: nee. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja, deels. *Bijzonderheden*: Er zijn voor ziekenhuiszorg behandelingen (diagnostische testen, inpatient pathways, ambulante behandelingen) vastgesteld die voor vergoeding in aanmerking komen. Langdurige zorg is maar beperkt aanwezig, soms gefinancierd vanuit de centrale overheid, soms door gemeentes. Mondzorg voor kinderen is wat breder gedekt dan mondzorg voor ouderen. Spoedzorg, intramurale geestelijke gezondheidszorg, bloedtrans-fusie, in vitro fertilisatie en transplantaties worden vanuit het staatsbudget gefinancierd of er zijn speciale fondsen voor opgericht. Voor farmaceutische zorg is er een positieve lijst, waarop medicijnen staan die vergoed worden.

Vervolg Het basispakket	
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): ja. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: nee. *Bijzonderheden*: Aanvullende verzekeringen dekken slechts een klein deel van de bevolking, 0,4% van de totale uitgaven aan zorg in 2015.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Bulgaarse burgers die langer dan 183 dagen per jaar in het buitenland wonen zijn niet verplicht verzekerd in Bulgarije. Het nationale ziekenfonds vergoed geen zorg die deze groep in het buitenland ontvangen heeft. Als ze verzekerd zijn in het land van vestiging kunnen ze zorg krijgen in Bulgarije, die dan vergoed moet worden door de verzekeraar in het land van vestiging. Als Bulgaarse burgers in het buitenland wonen en verzekerd zijn in Bulgarije, dan hebben ze recht op vergoeding door het ziekenfonds op basis van prijzen in Bulgarije.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	• De gezondheidswet van 1 januari 2005 en amendementen. • De Zorgverzekeringswet van 1 januari 1999. • Regulering nr. 9 van 2019, vaststellende het dekkingspakket dat gegarandeerd wordt door het National Health Insurance fund budget (van kracht sinds 13 december 2019). Zie verder: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu)

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- Ondanks een sterke groei in de uitgaven is het budget onvoldoende. De eigen bijdragen blijven groeien en er bestaat grote ongelijkheid. Er zijn grote regionale variaties in de bedragen die per verzekerd individu aan ziekenhuizen betaald worden.
- De levensverwachting in Bulgarije (bij geboorte) is de laagste van alle EU landen.
- Ongeveer de helft van de sterfte in Bulgarije kan toegeschreven worden aan leefstijlfactoren.
- Ongeveer 1 miljoen (15%) Bulgaren hebben geen zorgverzekering. Dit zijn vooral mensen zonder identiteitskaart (met name Roma), Bulgaren die in het buitenland wonen, langdurig werklozen en mensen die hun premie niet willen betalen.
- Huisartsen zijn gatekeepers, maar doordat er verwijsquota zijn moeten patiënten die na het bereiken van het quotum verwezen willen worden ofwel wachten tot het volgende kwartaal ofwel het specialistenbezoek zelf betalen. Als gevolg daarvan gaat ongeveer één derde van alle patienten rechtstreeks naar de spoedeisende hulp in het ziekenhuis.
- De zelfgerapporteerde “unmet needs” zijn sterk gedaald van 10.3% in 2009 naar 1,4% in 2019, wat beneden het Europese gemiddelde ligt.

Digitalisering	
In 2020 is een hervorming ingevoerd die de geleidelijke introductie van elektronisch verwijzen en voorschrijven regelt en de introductie van elektronische patiëntendossiers.	
Wat gaat er minder goed?	
• Er is een tekort aan huisartsen, een overschot aan ziekenhuisbedden en een tekort aan langdurige zorg bedden. • Er is een tekort aan verpleegkundigen door te weinig opleiden, vertrek naar buitenland en vergrijzing van de workforce. • De verwijsquota vormen een belangrijke barrière in de toegang tot zorg. • Eén op de vijf huishoudens rapporteert catastrofale zorguitgaven (zorgkosten bedragen meer dan 40% van de totale uitgaven van het huishouden)	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	**HTA governance (2015, 2019, 2021)**: HTA is in 2015 geïntroduceerd voor de inclusie van nieuwe medicijnen op de positieve lijst (lijst van medicijnen die vergoed worden). In 2019 is hier een speciaal comité voor opgericht (the National Council of Price and Reimbursement of Medicinal Products) en in 2021 zijn wijzigingen doorgevoerd in de criteria voor het samenstellen van een lijst voor medische hulpmiddelen en de vergoeding hiervan. **Regeling voor informele betalingen (2016)** de opties voor het vragen van informele betalingen worden verder ingeperkt. **Verschuiving van inpatient naar ambulant (2016)**: enkele behandelingen zijn verplaats van intramurale zorg naar ambulante settings. **Hervorming van de ziekenhuisfinanciën (2018)**: Een nieuwe standaard voor het financiële management van staatsziekenhuizen **National Health Informatie Systeem (HIS; 2020–2022)**: Geleidelijke introductie van elementen van een geïntegreerd informatiesysteem, waaronder elektronisch verwijzen, elektronisch voorschrijven, elektronische patienten dossiers en vaccinatieregisters.

Bronnen:

Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T, Spranger A, Polin K (2022), *Bulgaria: Health System Summary*, 2022. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.Bulgaria: health system summary | European Observatory on Health Systems and Policies (who.int)

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Bulgaria: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Bulgaria: Country Health Profile 2021 (who.int)

4.3 Denemarken

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Denemarken georganiseerd?	
Is de zorg particulier of privaat ingericht?	Belastingen *Bijzonderheden*: Het Deense gezondheidssysteem wordt grotendeels gefinancierd door belastingen en heeft een gedecentraliseerde organisatie. Er is een ontwikkeling gaande waarbij het wel weer steeds meer gecentraliseerd georganiseerd wordt. Het wettelijke gezondheidssysteem is een universeel, belastinggefinancierd verplicht systeem. Burgers (en hun werkgevers) kunnen een vrijwillige aanvullende verzekering (VHI) afsluiten.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja *Bijzonderheden*: Volgens de Gezondheidswet van 2007 hebben mensen die in Denemarken wonen (dat wil zeggen, mensen die geregistreerd zijn in het nationale register) recht op gezondheidszorgdiensten. Niet-ingezetenen hebben recht op **acute behandeling**, maar niet op geplande behandelingen. De dekking is universeel, onafhankelijk van bijdragen en niet gekoppeld aan lidmaatschap van enig verzekeringsstelsel. **Geestelijke gezondheidszorg**: De financiering van geestelijke gezondheidszorg verschilt niet van somatische gezondheidszorg, aangezien de Gezondheidswet geen onderscheid maakt tussen somatische en psychiatrische gezondheidszorg bij het beschrijven van de taken voor de regio's en de gemeenten. Langdurige zorg wordt niet onafhankelijk gefinancierd van algemene medische diensten. Langdurige zorg wordt vaak verleend in het huis van de patiënt en is daarom meestal een taak van de gemeente.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: belastinggefinancierd. Langdurige zorg: belastinggefinancierd. *Bijzonderheden*: Degene die verantwoordelijk zijn voor het leveren van diensten door ziekenhuizen, huisartsen, medische specialisten, psychologen, fysiotherapeuten en een aantal andere kleine zorgverleners, worden gefinancierd door de nationale overheid (82% in 2011) en de gemeenten (18% in 2011) via een combinatie van vaste subsidies (86% in 2011) en op activiteiten gebaseerde financiering (14% in 2011) (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid, 2010c).

Vervolg **Financiering**	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Ongeveer 19% van de kosten voor gezondheidszorg wordt gefinancierd door eigen bijdragen, met name voor geneesmiddelen (voorgeschreven buiten het ziekenhuis), tandheelkundige diensten en brillen.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Eigen bijdragen. *Bijzonderheden*: Burgers kunnen vrijwillige aanvullende verzekeringen (VHI) afsluiten voor diensten die niet of gedeeltelijk gedekt worden via de Gezondheidswet en om eigen bijdragen in de tijd te spreiden. Werkgevers kunnen ook VHI afsluiten voor hun medewerkers. De kosten van werkgevers worden gedeeltelijk gecompenseerd door verlaging van de bedrijfsbelastingen als alle werknemers zijn gedekt door VHI.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Denemarken wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Niet bekend
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Volgens de Gezondheidswet van 2007 hebben inwoners van Denemarken (dat wil zeggen, mensen die zijn geregistreerd bij het nationale register) recht op gezondheidszorgdiensten. Niet-ingeschrevenen hebben recht op acute behandeling, maar niet op geplande behandeling. De dekking is universeel, onafhankelijk van bijdragen en niet gekoppeld aan lidmaatschap van een verzekeringsregeling.

Vervolg Kring der verzekerden	
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Erkende vluchtelingen hebben dezelfde rechten als inwoners. Asielzoekers vallen niet onder de dekking van de regionale gezondheidszorg en hebben minder rechten. Ongedocumenteerden hebben alleen recht op spoedeisende zorg.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	n.v.t.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Rol **overheid** / lokale overheden (**gemeentes**) en **regionale** overheden: • Het Deense gezondheidssysteem wordt grotendeels gefinancierd via belastingen en heeft een gedecentraliseerde organisatiestructuur. • Het gezondheidssysteem is georganiseerd volgens drie bestuurlijke niveaus: **staat**, **regio** en **lokaal**. Planning en regulering vinden plaats op zowel **staats**- als **lokaal niveau**. De staat heeft de algehele regulerende en toezichthoudende functies, evenals fiscale verantwoordelijkheden, maar neemt ook steeds meer de verantwoordelijkheid op zich voor meer specifieke planningsactiviteiten, zoals kwaliteitsbewaking en planning van de verdeling van medische specialismen op ziekenhuis-niveau. De vijf regio's zijn onder andere verantwoordelijk voor ziekenhuizen en zelfstandige zorgverleners. De **gemeenten** hebben specifieke verantwoordelijkheden met betrekking tot gezondheids-bevordering, ziektepreventie, revalidatie, thuiszorg en langdurige zorg. Dit systeem benadrukt de decentralisatie van de verantwoordelijkheden om de gezondheidszorg dichter bij de lokale gemeenschappen te brengen en maakt gebruik van belastinginkomsten om de gezondheids-diensten te financieren. Rol **zorgverzekeraar**: • Een groeiend aantal bedrijven biedt VHI met variabele dekking aan, en de markt is niet bijzonder transparant voor de gemiddelde consument. De ziektekostenpremies zijn fiscaal aftrekbaar voor bedrijven, en worden daardoor indirect gesubsidieerd door de staat.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Toegang tot private zorg	Een toenemend aantal burgers sluit een vrijwillige aanvullende verzekering af (VHI), die wordt georganiseerd door winstgevende bedrijven, om vergoeding te krijgen voor medische kosten, zoals hun gebruik van **private klinieken.**
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	Patiënten betalen eigen bijdragen voor een deel van de kosten van, medicijnen, tandheelkundige zorg, fysiotherapie, psychologische diensten en andere zorgverleners buiten ziekenhuizen, met uitzondering van huisartsen. Voor tandheelkundige zorg hangt het terug te betalen bedrag af van de uitgevoerde procedure, maar meestal wordt slechts een klein deel van de totale kosten vergoed, wat resulteert in hoge eigen bijdragen. Ongelijkheid in tandheelkundige gezondheidstoestand is toegeschreven aan deze hoge eigen bijdragen. Patiënten met een chronische ziekte en permanente of hoge medicijngebruik kunnen volledige vergoeding aanvragen voor uitgaven boven een jaarlijks plafond. De gemeenten kunnen een deel van de medicijnkosten van gepensioneerden betalen, waarbij de omvang van het aandeel afhangt van het kapitaal van de gepensioneerde. Gepensioneerden die moeite hebben om voor medicijnen te betalen, kunnen bij hun gemeente om financiële ondersteuning vragen. Patiënten met zeer lage inkomens kunnen op een geval-voor-gevalbasis gedeeltelijke vergoeding krijgen. Bovendien kopen veel mensen een vrijwillige aanvullende verzekering (VHI) om het risico van hoge medicijnkosten te spreiden en de kosten van medicijnen die buiten ziekenhuizen zijn voorgeschreven, in de tijd te spreiden.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: nee. • Huisartsenzorg: nee. • Thuiszorg: nee. • Zorg in instellingen: ja (het deel wat niet door de gemeente vergoed wordt). • Farmaceutische zorg: ja (indien niet in het ziekenhuis verstrekt). • Mondzorg: ja. *Bijzonderheden*: Er is geen nationaal beleid ten aanzien van eigen bijdragen en er is geen logisch verband tussen eigen bijdragen en diensten.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja (door gemeente). • Zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: nee.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	*Bijzonderheden*: Het basispakket wordt in brede termen gedefinieerd op nationaal niveau. Gemeenten moeten zorgen voor preventie, revalidatie en thuiszorg, terwijl de regio's verantwoordelijk zijn voor medische zorg. Verpleeghuizen worden gezien als 'gewone huisvesting' (sinds 1987). Als gevolg daarvan werden geen nieuwe verpleeghuizen meer gebouwd en in plaats daarvan is 'sheltered housing' ontstaan, waar diensten geleverd worden naar individuele behoefte.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	**Aanvullende verzekeringen dekken:** VHI vervult een aanvullende rol op de markt met betrekking tot ziekenhuisdiensten en een aanvullende rol met betrekking tot andere gezondheidszorgdiensten. Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang: **ja.** Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): **ja.** Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): **ja.**
Vervolg Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	*Bijzonderheden*: Aanvullende VHI is onderverdeeld in drie categorieën: • VHI met betrekking tot behandeling dekt kosten die verband houden met onderzoek en behandeling (inclusief operaties en medicijnen) in private ziekenhuizen. • Preventieve VHI dekt kosten die verband houden met preventieve diensten door fysiotherapeuten, chiropractors en dergelijke, gericht op het verminderen van het risico dat burgers voortijdig met pensioen moeten. • Gezondheids- en preventieverzekering dekt kosten die verband houden met algemene gezondheidsonderzoeken, maar niet de kosten die verband houden met zorg die voortvloeit uit de resultaten van de onderzoeken.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Deense gepensioneerden die permanent in het buitenland wonen kunnen behandeling volgens het publieke verzekeringssysteem van het land waar ze wonen vergoed krijgen. Ze moeten dan wel aantonen dat ze onder het Deense system vallen, door middel van het S1 formulier. Denen kunnen zich dan inschrijven bij een verzekeraar in het land van vestiging en de kosten hiervan worden verrekend tussen de verzekeraar van het land van vestiging en Denemarken. In de Skandinavische landen is een eHIC voldoende. Er is alleen vergoeding voor zorg in natura. Eigen betalingen en zorg die eerst zelf betaald moet worden komen niet voor vergoeding in aanmerking. Toegang van gepensioneerden die in het buitenland wonen ziekenhuiszorg in Denemarken is afhankelijk van de regels in het land van vestiging en er moet een verwijzing zijn. Toegang tot ambulante zorg (huisarts en specialistische zorg) is voor deze groep gratis. Meer informatie op de website van "Styrelsen for Patientsikkerhed" (The Danish Patient Safety Authority): https://stps.dk/borger-og-patient/det-blaa-eu-sygesikringskort/bopael-og-lange-ophold/dansk-pensionist-med-bopael-i-udlandet

Vervolg Het basispakket	
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheidscoördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheidscoördinatie Vo. 883/2004?	• Delen van de Sociale Diensten Wet (Lov om social service) • Assistentie voor de kosten van verpleeggoederen en vergelijkbaar, Consolidatie Wet No 170 van 24 januari 2022 en amendementen, https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/170 • Gezondheidswet, Consolidatie Wet No 210 van 27 januari 2022 en amendementen, https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210 *Zie verder: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu)*

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- Deense inwoners hebben universele toegang tot een uitgebreid pakket gezondheidsdiensten. Onvervulde behoeften aan medische zorg zijn over het algemeen laag. Echter, omdat tandheelkundige zorg minder goed gedekt is, zijn onvervulde behoeften en uitgaven uit eigen zak voor tandheelkundige diensten hoger, vooral onder groepen met lagere inkomens.
- De uitgaven van Denemarken voor ambulante zorg (inclusief thuiszorg) waren in 2019 opvallend hoger dan het EU-gemiddelde, zowel in per capita-termen als aandeel van de totale gezondheidsuitgaven (35% in vergelijking met 30%) Klinische zorg vertegenwoordigde ongeveer 25% van de gezondheidsuitgaven, wat een lager aandeel is dan het EU-gemiddelde. Dit aandeel is in het afgelopen decennium met 15% afgenomen, wat het gevolg is van hervormingen die de zorg hebben verplaatst van ziekenhuizen naar ambulante zorg instellingen.
- Denemarken gaf in 2019 10% van het bbp uit aan gezondheidszorg, wat een vergelijkbaar aandeel is als het EU-gemiddelde. Over het algemeen lijkt het systeem zijn middelen efficiënt toe te wijzen en te gebruiken. Samenhangende beleidsinspanningen zijn erin geslaagd de zorg te verplaatsen van intramurale instellingen naar de gemeenschap.

Digitalisering

De investeringen van Denemarken in digitale zorgopties hebben eHealth- en telehealth-opties mogelijk gemaakt, wat de toegankelijkheid heeft verbeterd, vooral tijdens de pandemie.

Wat gaat er minder goed?

- Denemarken heeft een relatief laag sterfteaantal als je kijkt naar behandelbare oorzaken. Ook het aantal sterftes aan overkomelijke oorzaken is laag, maar dit kan nog verder verbeterd worden door aanpassing van het beleid, met name rondom alcohol en roken.
- Voor sommige chronische ziektes blijft het aantal ziekenhuisopnames relatief hoog, zoals voor COPD en astma. Voor kanker zijn de overlevingscijfers over het algemeen relatief goed, maar de incidentie blijft hoog.
- Medicijnen en tandartszorg worden relatief weinig vergoed in Denemarken, maar extramurale zorg wordt zeer ruim vergoed.

Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	Een voorstel van de regering in Denemarken beoogde de decentralisatie van regionaal bestuur van zorgverleners, waarbij 21 geïntegreerde zorgclusters werden gecreëerd die verantwoordelijkheid combineerden voor ziekenhuiszorg, huisartspraktijken en gemeentelijke zorg. Uiteindelijk is dit stop gezet (2018). Het vervangen van de op activiteiten gebaseerde financieringspool voor regio's (ziekenhuizen) door 5 nieuwe criteria die zich richten op coördinatie en kwaliteit (2018). Er is in 2023 een commissie ingesteld die een structurele hervorming moet voorstellen in 2024. De hervorming is vooral gericht op het versterken van de samenhang en burgernabijheid binnen het gezondheidszorgsysteem door middel van verschillende stappen gericht op het verhogen van de kwaliteit en competentie van de lokale gezondheidszorg.

Bronnen:

Health systems in transition, Denmark: health system review 2012 (who.int)

OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU, Denmark Country Health Profile, Country Heath Profile Series, 2021, (2021_chp_da_english.pdf (europa.eu))

Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021

The Danish Goverment. Denmark's national reform programme2023. Copenhagen, 2023 (Denmarks National Reform Programme 2023 - Ministry of Finance (fm.dk))

4.4 Duitsland

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Duitsland georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie van privaat en publiek. *Bijzonderheden*: Ziekenhuizen kunnen private met winstoogmerk (19%), privaat non-profit (33%) of publiek (48% van de bedden) zijn. Langdurige zorg: private instellingen met winstoogmerk zijn toegestaan en hebben dezelfde rechten als publieke instellingen, met als doel competitie te bevorderen. 66% van de instellingen heeft een winstoogmerk, 33% is non-profit en 1% publiek (in 2017).
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Er is een verplichte verzekering voor ziektekosten en een verplichte verzekering voor langdurige zorg.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: premie gefinancierd, inkomensafhankelijk. Langdurige zorg: premie gefinancierd, inkomensafhankelijk. *Bijzonderheden*: Acute zorg: 87,7% van de bevolking is verzekerd via een ziekenfonds, 10,5% heeft particuliere verzekering. De ziekenfondsverzekering kent een inkomensafhankelijke premie die door werkgevers en werknemers betaald wordt. De langdurige zorg verzekering is geheel inkomensafhankelijk (dus ook voor degenen die privaat verzekerd zijn voor de acute zorg) en wordt ook gelijkelijk verdeeld over de werkgever en werknemer.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Premies • Aanvullende verzekering Langdurige zorg: • Geen aanvullende verzekering

Vervolg Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Aanvullende financiering is van toepassing: ja Acute zorg: • Inkomensafhankelijke premie (14,6% van het bruto inkomen). Langdurige zorg: • Inkomensafhankelijke premie (3,05% van het bruto inkomen). *Bijzonderheden*: Als de uitgaven de inkomsten (na risicoverevening) overstijgen, kan het ziekenfonds een extra bijdrage vragen aan de leden. Zelfstandig artiesten, journalisten en schrijvers ontvangen een overheidssubsidie. Studenten betalen een vast bedrag per maand (76,84 euro in 2020) Duitsland kent een risicoverevingssysteem (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich). Ziekenfondsleden zonder kinderen betalen een iets hogere premie voor de langdurige zorg (3.3%).
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Duitsland wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Nee. Iedereen die voor langere tijd in Duitsland woont moet verplicht een ziektekostenverzekering afsluiten. Health Insurance for Foreign Workers in Germany - Germany Visa (germany-visa.org) Expat Health Insurance In Germany - All you need to know (welcome-center-germany.com) Gepensioneerden uit de EU die in Duitsland komen wonen mogen de zorgverzekering uit het land van herkomst behouden als ze van dat land ook pensioen ontvangen. Health Insurance upon Return from Abroad - These Principles Apply (health-insurance.de)
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Alle ingezetenen. Ziektekostenverzekering is verplicht voor alle burgers en mensen met permanent verblijf in Duitsland. Het ziekenfonds is voor mensen onder een bepaalde inkomensgrens. Mensen die een inkomen boven een bepaalde drempel hebben (62.500 euro per jaar in 2020) kunnen kiezen om binnen het de sociale zorgverzekering te blijven als vrijwillig lid of kiezen voor private verzekering. Voor vluchtelingen en ongedocumenteerden is het pakket beperkt in de eerste 15 maanden van hun verblijf. De dekking bestaat dan uit spoedzorg, geboortezorg en preventieve zorg (screenings en vaccinaties).

Vervolg Kring der verzekerden	
Wat is de verzekeringspositie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Familieleden (meeverzekerd bij werkende of niet): ja . Overige niet-werkenden (kunnen wel/niet deelnemen): wel. Familieleden die zelf geen inkomen hebben kunnen gratis meeverzekerd worden onder bepaalde voorwaarden. Mensen in dienst van de overheid (en hun familieleden) mogen toetreden tot een ziekenfonds, maar dit is financieel niet aantrekkelijk, omdat een deel van de zorg apart bijverzekerd is voor hen door de overheid (Beihilfe). Ziekenfondsen kunnen alleen een totaalpakket aanbieden en geen deelpakket. Hierdoor kiezen veel ambtenaren voor een private zorgverzekering.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Zelfstandigen moeten zich privaat verzekeren. Find your place in the health insurance system (health-insurance.de) Familieleden die zelf geen inkomen hebben kunnen gratis meeverzekerd worden in het ziekenfonds onder bepaalde voorwaarden. Private verzekeringen bieden meestal een vergelijkbare of betere dekking dan het ziekenfondspakket.
Verantwoordelijkheden	

Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn:
	• Centrale overheid
	  ○ Voorstellen en coördineren wetgeving
	  ○ Preventie en health promotion
	  ○ Taken gedelegeerd naar:
	  ▪ Robert Koch instituut: surveillance van ziekten
	  ▪ Federaal Instituut voor farmaceutische producten en medische hulpmiddelen: monitoren en surveillance (;Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM); beoordelen ehealth applicaties
	  ▪ Paul Erlich Instituut: licenties van vaccins en geavanceerde medicinale producten (ATMPs), registreren clinical trials
	  ▪ Federaal centrum voor gezondheidseducatie (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI):health promotion en ziektepreventie
	• Regionale overheid (16 deelstaten)
	  ○ Ziekenhuisplanning
	  ○ Publieke gezondheidsdiensten
	  ○ Supervisie van regionale ziekenfondsorganisaties en extramurale zorgverleners

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Vervolg Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Zorgverzekeraars: inkoop zorg. De federale associatie van ziekenfondsen (GKV-Spitzenverband) is verantwoordelijk voor : collectieve onderhandelingen en contractvoorwaarden, betalingsschema's voor ziekenhuizen en extramurale zorg; vaststellen van vergoeding voor medicijnen.
Toegang tot private zorg	Kunnen mensen naar private zorgaanbieders en wordt die zorg dan via de zorgverzekering vergoed of moet (deels) uit eigen zak betaald worden. Zorgaanbieders worden door de ziekenfondsen over het algemeen collectief gecontracteerd via hun beroepsverenigingen. Voor ziekenfondsverzekerden bestaat een andere tarieflijst dan voor privaat verzekerden. Voor de laatste groep krijgt een arts meestal meer betaald, waardoor artsen vaak een voorkeur hebben voor privaat verzekerde patiënten.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: sommige typen zorg. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): sommige typen zorg. Eigen bijdragen zijn relatief laag in Duitsland vergeleken met andere EU landen (12,3% van de totale uitgaven aan zorg).
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg ja, vast bedrag (10 euro per dag, maximaal 280 euro). • Huisartsenzorg: nee. • Thuiszorg: onduidelijk. • Zorg in instellingen: onduidelijk. • Farmaceutische zorg: ja, 10% eigen bijdrage, minimaal 5 euro, maximaal 10 euro. • Mondzorg: alleen als de zorgverlener meer rekent dan vergoed wordt. Orthodontie wordt alleen vergoed voor kinderen met 20% eigen bijdrage. *Bijzonderheden* Arme mensen en mensen met een zware zorgvraag kunnen vrijstelling van eigen bijdragen krijgen. Kinderen onder de 18 jaar hoeven meestal geen eigen bijdragen te betalen (behalve voor mondzorg, orthodontie en transport). Geboortezorg is vrij van eigen bijdrage. Er is een maximum eigen bijdrage van 2% van het jaarlijks inkomen (1% voor mensen met ernstige chronische aandoeningen). Bij langdurige zorg gelden maximum bedragen per zorgzwaarte, als er meer kosten gemaakt worden, dan wordt dat uit een eigen bijdrage betaald. Het is niet bekend of de vaste bedragen voldoende dekkend zijn.

Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja. • Zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja, deels. *Bijzonderheden*: Onder mondzorg worden tandprotheses en orthodontie (voor kinderen) vergoed. Screening voor ziektes valt onder het basispakket. Hulpmiddelen (zoals rolstoelen, brillen (onder de 18 jaar), hoortoestellen en beademingsapparaten) vallen ook onder het basispakket. Ziekenfondsen betalen ook salaris (tot 70%) van zieke leden vanaf week 7 tot en met week 78 van de vastgestelde ziekte. Thuiszorg valt onder de langdurige zorg verzekering. Bij een aanvraag voor langdurige zorg vindt een evaluatie plaats van een Medisch Review Board. Een vergoeding wordt alleen gegeven als de zorg naar verwachting langer dan 6 maanden nodig is. Als familieleden de zorg op zich nemen, krijgen ze diverse voordelen (Countries covered by the HSPM platform (who.int) chapter 5.9). Er zijn maximum bedragen voor de vergoeding van zorg in natura, afhankelijk van de zorgzwaarte.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): ja. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja. *Bijzonderheden*: Private verzekeringen geven dekking voor: 1. Alle zorg, voor mensen die niet onder de ziekenfondsen vallen. De verzekeraar moet een standaard tarief aanbieden, waarbij de premie mag niet hoger zijn dan het gemiddelde maximum bijdrage voor de ziekenfondsen (730 euro per maand in 2020), deze verzekering is voor een beperkte groep mensen toegankelijk (ouderen, laag inkomen) 2. Aanvullende verzekering kan de volgende elementen bevatten: extra services zoals een éénpersoons kamer, of dekking van eigen bijdragen of vergoeding voor zorg die niet of deels vergoed wordt door het ziekenfonds.

Vervolg Het basispakket	
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buiteland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land?	In Duitsland wordt dit verzorgd door de ziekenfondsen, die elk hun eigen beleid hebben ten aanzien van aanvragen. Er is een maximum tijdslimiet waarbinnen aanvragen verwerkt moeten worden (meestal drie weken). Er is geen maximum termijn voor de uitbetaling van een vergoeding. Duitsland verzamelt geen data hierover omdat het van beperkte financieel belang is. In 2021 zijn er in Duitsland 366 verzoeken voor vooraf toestemming toegekend. Bron: Olsson, J, De Smedt, L, De Wispelaere, F. Data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU, Refence year 2021, HIVA- KU Leuven, februari 2023 Bij gebruikmaking van de EHIC gelden de volgende regels: • Alleen zorg die onder het publieke systeem valt en ongepland is wordt vergoed. • EHIC kan alleen gebruikt worden als de verblijfsduur korter dan 6 maanden is. European Health Insurance Card (EHIC)(germany-visa.org). Er is geen informatie beschikbaar over nationaal verzekerden in permanent in het buitenland gevestigd zijn.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	• Volume V van de Sociale Verzekeringswet, Zorgverzekering: Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Krankenversicherung. • Volume XI van de Sociale Verzekeringswet, verpleegkundige zorgverzekering: Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung. • Revalidatie als onderdeel van de pensioenverzekering beschreven in hoofdstuk 2, sectie 1 van Volume VI van de Sociale Verzekeringswet: Rechtsvorschriften betreffend die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung im Zweiten Kapitel, Erster Abschnitt des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. • Enkele wetten voor (gepensioneerde) landbouwers. • Voor meer informatie, zie: Official documents Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu).

Opvallendheden t.a.v. het systeem
• Duitsland is binnen de EU het land dat het meeste uitgeeft aan zorg (per hoofd van de bevolking) en de meeste uitgaven zijn publieke uitgaven. • De strikte scheiding tussen intra- en extramurale zorg leidt tot problemen met continuïteit en coördinatie van zorg. • Duitsland heeft de meeste ziekenhuisbedden per hoofd van de bevolking in de EU en bovengemiddeld veel artsen en verpleegkundigen. • Er worden vrijwel geen “unmet needs” gerapporteerd door de inwoners. • De COVID-19 pandemie leidde tot uitgestelde en afgestelde zorg, maar ook tot de invoering van meer e-health opties zoals tele-consultaties. • Vergeleken met de andere EU landen is de vergoeding voor tandzorg ruim, ongeveer twee keer zoveel als het EU gemiddelde.

Digitalisering	
Duitsland heeft een lage graad van digitalisering, zowel op het gebied van infrastructuur als van online diensten. Het staat wel hoog op de politieke agenda.. De invoering van een elektronische gezondheidskaart (elektronische Gesundheitskarte) verloopt langzaam. Er is hiermee een begin gemaakt in 2005 en het is nog niet afgerond. In 2021 is een begin gemaakt met het introduceren van een elektronisch patiëntendossier en elektronisch voorschrijven. Mobiele applicaties voor behandelingen die onder de zorgverzekering vallen worden één jaar vergoed en in dat jaar moet de fabrikant aantonen dat de applicatie een positief effect heeft op de dienstverlening.	
Wat gaat er minder goed?	
• De vermijdbare sterfte is relatief hoog in Duitsland (rond de 25% hoger dan de best presterende landen) • De ziekenhuisopnames voor astma en COPD stijgen sinds 2016 (van 216 opnames per 100.000 inwoners naar 281 opnames in 2019. Dit wordt toegeschreven aan de gebrekkige coördinatie tussen de eerste en tweede lijn.	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	• Sinds 2012 zijn er geen grote stelselwijzigingen geweest, maar wel heel veel kleinere incrementele wijzigingen. • De meeste wijzigingen betroffen het stimuleren van gelijke toegang tot extramurale zorg, kwaliteit van de intramurale zorg en versterken van de coördinatie van de zorg. Verder was er aandacht voor verbeteringen van de curricula en kwalificatie-eisen van zorgpersoneel • Er wordt veel aandacht besteed aan digitalisering van de zorg. • Afspraak service punten (ingesteld in 2016), georganiseerd door de regionale associatie van ziekenfondsartsen moeten ervoor zorgen dat mensen binnen vier weken en binnen een redelijke geografische afstand een afspraak kunnen krijgen met een extramurale medisch specialist of huisarts. Sinds 2020 moeten deze punten 24/7 bereikbaar zijn via een algemeen telefoonnummer (116117). Er zijn financiële incentives ingesteld voor huisartsen die zich in rurale gebieden vestigen. • In 2019 is het Duitse DRG systeem gewijzigd: de kosten van verpleegkundigen in ziekenhuizen worden rechtstreeks vergoed door de ziekenfondsen, terwijl alle andere variabele kosten via het DRG-systeem lopen. • In 2019 is de digitale gezondheidszorgwet ingesteld ter bevordering van ehealth applicaties en de vergoeding ervan door de ziekenfondsen. Wetten en hervormingen ingevoerd tussen 2018 en 2020: **2018** Wet ter versterking van de positive van verpleegkundigen in het ziekenhuis en een AmvB voor minimale vereisten voor verpleegkundigen in ziekenhuizen **2018** Kosten van verpleegkundigen uit het DRG-systeem **2019** Hervorming om de toegang tot eerstelijns en ambulante medisch specialistische zorg te verbeteren. **2019** Digitale gezondheidszorgwet **2019** Bevorderen van eerlijke competitie tussen ziekenfondsen door aanpassingen in het risicovereveningssysteem.

Bronnen:

Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health system review. Health Systems in Transition, 2020; 22(6): pp.i–273

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Germany: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/e4c56532-en

Olsson, J, De Smedt, L, De Wispelaere, F. Data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU, Refence year 2021, HIVA- KU Leuven, februari 2023

Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021

4.5 Frankrijk

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Frankrijk georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie van privaat en publiek. Er wordt zorg aangeboden door private artsen en andere zorgverleners, private ziekenhuizen zonder winstoogmerk, private ziekenhuizen met winstoogmerk en publieke ziekenhuizen. Huisartsen werken als zelfstandig ondernemer en zij zijn vrij om zich te vestigen waar ze willen en te werken zoals zij willen (evenals andere eerstelijnszorgverleners). Er zijn regionale gezondheidsbureau's (Agence régionale de santé) die verantwoordelijk zijn voor de capaciteit en planning van investeringen in de eerstelijnszorg.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: De langdurige zorg valt grotendeels onder het Ziekenfonds waar het medische en verpleegkundige behandeling van langdurige aandoeningen betreft, zoals medische consulten, palliatieve zorg, pijnbestrijding en revalidatie. Diensten voor hulp en zorg met betrekking tot persoonlijke verzorging en ADL, zoals eten, douchen, aankleden, winkelen, koken, huishoudelijke taken en recreatieve activiteiten worden beheerd en gefinancierd door lokale autoriteiten (departementen). Wat betreft wetgeving valt alle zorg onder de Publieke gezondheidswet (Code de la santé publique). De langdurige zorg valt daarnaast onder de Sociale actie en familie wet (Code de l'action sociale et des familles)
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: belasting en premie gefinancierd. Langdurige zorg: belasting en premie gefinancierd. *Bijzonderheden*: Alle inwoners van Frankrijk zijn verplicht verzekerd bij het Ziekenfonds. 96% heeft een aanvullende ziektekostenverzekering (data van 2019). Werkgevers zijn verplicht hun werknemers een aanvullende ziektekostenverzekering aan te bieden waarbij zij zelf ten minste 50% van de premiekosten voor hun rekening nemen.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Het ziekenfonds wordt deels gefinancierd via geoormerkte belastingen op het inkomen, deels via algemene belastingen. Hele lage inkomens hoeven geen bijdrage te betalen (onder de 11.306 euro per jaar), voor lage inkomens is er een gereduceerde bijdrage.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Premies. • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Premies. • Eigen bijdragen.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Acute zorg: • Anders, namelijk: Premies voor de aanvullende ziektekostenverzekering variëren afhankelijk van de leeftijd van de verzekeringnemer (voor individuele contracten) of op basis van de gemiddelde leeftijd van de groep verzekerden voor collectieve contracten (waarbij de premies voor alle verzekerden gelijk zijn onder hetzelfde contract). Premies voor een aanvullende ziektekosten- verzekering verkregen via de werkgever zijn gesubsidieerd via belastingvrijstellingen en vrijstellingen van sociale bijdragen. Langdurige zorg: • Anders, namelijk: Premies variëren afhankelijk van de leeftijd van de verzekeringnemer (voor individuele contracten) of op basis van de gemiddelde leeftijd van de groep verzekerden voor collectieve contracten (waarbij de premies voor alle verzekerden gelijk zijn onder hetzelfde contract). Premies voor een aanvullende ziektekosten- verzekering verkregen via de werkgever zijn gesubsidieerd via belastingvrijstellingen en vrijstellingen van sociale bijdragen.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Frankrijk wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Geen informatie beschikbaar

Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	• Alle ingezetenen van Frankrijk zijn verplicht verzekerd bij het Ziekenfonds (buitenlanders als zij langer dan drie maanden legaal in Frankrijk wonen). Er is geen vrije keuze van ziekenfonds. • Ongedocumenteerde migranten zijn onder bepaalde condities verzekerd bij het Ziekenfonds. Als zij korter dan drie maanden in Frankrijk wonen hebben ze alleen recht op spoedeisende ziekenhuiszorg. Als ze langer dan drie maanden in Frankrijk wonen hebben ze recht op een beperkt basispakket van zorg. • Werkenden kunnen zich aanvullend verzekeren via een door de werkgever aangeboden aanvullende zorgverzekering onder een collectief contract. Werkgevers zijn wettelijk verplicht dit aan te bieden en tenminste 50% van de premie te betalen. Als werkenden hun baan verliezen kunnen ze deze verzekering nog twaalf maanden aanhouden. Gezinsleden kunnen worden meeverzekerd. • Niet-actieven zijn als ingezetenen van Frankrijk verplicht verzekerd bij het Ziekenfonds. Daarnaast kunnen zij individueel een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Alleen van toepassing voor premiegefinancierde systemen. Categorieën: • Familieleden (meeverzekerd bij werkende of niet): ja. • Overige niet-werkenden (kunnen wel/niet deelnemen): ja. Dit geldt voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor het Ziekenfonds is dit niet van toepassing omdat alle ingezetenen (onafhankelijk van werk/geen werk) daar verplicht bij verzekerd zijn.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Alleen van toepassing voor premie gefinancierde systemen. Antwoordcategorieën: • Zelfstandig inschrijven is mogelijk. De particuliere markt voor aanvullende ziektekostenverzekeringen is sterk gereguleerd in termen van premietarieven, met voorwaarden die de selectie van patiënten beperken en het bieden van bepaalde garanties.

Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn: • Centrale overheid. • Regionale overheid. • Zorgverzekeraars. • Zorgverleners. Rol centrale overheid: • Vaststellen zorguitgaven / zorgbegroting. • Voorbereiden en uitvoeren van beleid op het gebied van de volksgezondheid en de organisatie en financiering van de gezondheidszorg. • Goedkeuren van de overeenkomsten tussen het Ziekenfonds en de vakbond van zelfstandig werkende zorgverleners. • Vaststellen basispakket. Rol regionale overheid: • Regionale gezondheidsinstanties (Agence régionale de santé, ARS) zijn verantwoordelijkheid voor het waarborgen dat de gezondheidszorg aan de behoeften van de bevolking voldoet op domeinoverstijgende wijze ten aanzien van gezondheidszorg, volksgezondheid en sociale zorgsectoren. Rol zorgverzekeraar: • Ziekenfonds: onderhandelen over en opstellen van overeenkomsten met de vakbond van zelfstandig werkende zorgverleners. • Bond van aanvullende ziektekostenverzekeraars: wordt geconsulteerd bij het opstellen van wetgeving over gezondheidszorg, met name de bekostiging. Deze bond wordt tevens betrokken bij belangrijke veranderingen in het basispakket van het Ziekenfonds.. Rol zorgverleners: • Gemengd zelfstandig en in dienst van overheid. • De vakbond van zelfstandig werkende zorgverleners onderhandelt en stelt overeenkomsten op met het Ziekenfonds.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	We houden hier de volgende indeling aan voor eigen bijdragen: • Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: ja meeste typen zorg. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): sommige behandelingen of typen zorg. Frankrijk heeft de laagste eigen bijdrage in de EU (rond de 9% van de totale uitgaven aan zorg).

Vervolg Eigen bijdragen	
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	Patiënten betalen een procentuele bijdrage voor de meeste medische diensten en producten. Deze wordt echter in de meeste gevallen voor 100% vergoed door een aanvullende ziektekostenverzekering (96% van de bevolking is aanvullend verzekerd). Voor ambulante eerstelijns- en specialistische zorg buiten standaard zorgpaden geldt een eigen bijdrage van 70% die niet wordt vergoed. Voor de volgende typen zorg wordt al dan niet een vaste bijdrage gerekend. Deze wordt niet gedekt door de aanvullende ziektekostenverzekering: • Ziekenhuiszorg: ja, bij ziekenhuisopname is een bijdrage van 15- 20 euro per dag voor max 30 aaneengesloten dagen (bijdragen voor de ziekenhuiscatering uitgezonderd in de meeste gevallen). De eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden is 20%. Dit wordt gedekt door de aanvullende verzekering. De dekking voor de bijdrage per dag verschilt per aanvullende verzekering. • Huisartsenzorg: ja. • Een bezoek aan een arts kost 1 euro (max 4 euro per dag en 50 euro per persoon per jaar). Het ziekenfonds rekent 30% eigen bijdrage, deze worden gedekt door de aanvullende verzekering. Ambulante diensten / behandelingen die meer dan 120 euro kosten: 24 euro per service • Thuiszorg: onduidelijk • Zorg in instellingen: psychiatrische instellingen met overnachting: 15 euro per dag. Andere instellingen onduidelijk. • Farmaceutische zorg: ja 0,50 euro per medicatiepakket, max 2 euro per dag. • Mondzorg: onduidelijk. *Bijzonderheden*: Arme mensen, langdurig zieken en zwangere vrouwen in het derde trimester zijn vrijgesteld van eigen bijdragen.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: wijkverpleging wordt gedekt door het ziekenfonds, overige thuiszorg hangt af van de situatie: voor mensen boven de 60 en mensen met een handicap kunnen een tegemoetkoming krijgen, afhankelijk van hun inkomen. • Zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja (basis tandheelkundige zorg zie verder details onder bijzonderheden)

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	*Bijzonderheden*: Tevens valt het volgende onder het basispakket van het Ziekenfonds: • Zorg verleend door paramedici indien voorgeschreven door een arts. • Diagnostiek (zoals biologische tests) uitgevoerd door artsen, tandartsen, vroedvrouwen en laboratoriumpersoneel. • Tandheelkundige zorg betreffende jaarlijkse controle en schoonmaak, vullingen, extracties, wortelkanaalbehandelingen en orthodontische behandelingen voor kinderenjonger dan 16 jaar. • Voorgeschreven medische hulpmiddelen en prothesen die zijn opgenomen in lijsten met producten die voor vergoeding in aanmerking komen, zoals brillen, gehoor- hulpmiddelen, orthopedische apparaten, prothesen en rolstoelen. • Zorggerelateerd vervoer. • Screening (darm-, borst- en baarmoederhalskanker). • Alle zwangerschaps- en geboortegerelateerde zorg voor vrouwen (inclusief onvruchtbaarheid behandelingen) en zuigelingen, anticonceptie voor vrouwen (gratis voor vrouwen jonger dan 25 jaar) en zwangerschapsafbrekingen. • Therapeutische thermische behandelingen. • Verplichte en aanbevolen inentingen.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): nee. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): ja. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): nee.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Geen informatie beschikbaar.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	Artikel L. 111-2-2 and L. 111-2-3, Artikel L. 160-1 et seq. van de Social Security Code (SSC), universele gezondheidsbescherming. Diverse algemene en speciale schema's voor diverse beroepsgroepen. Aanvullende gezondheidsbescherming op basis van stabiel en legaal verblijf (inkomenstoets van toepassing). Voor meer informatie zie: Official documents Employment, Social Affairs & Inclusion European Commission (europa.eu).

Opvallendheden t.a.v. het systeem	
• De staat heeft in Frankrijk traditioneel een sterke rol in het gezondheidszorgsysteem. Regionale autoriteiten hebben verantwoordelijkheden in onder meer het zorgen voor voldoende beschikbaarheid van zorg. • Frankrijk besteedt relatief veel geld aan zorg (11,1% van het BBP in 2019), wat samen met Duitsland het hoogste percentage was in de EU. Wat betreft uitgaven per hoofd van de bevolking stond Frankrijk op de zevende plaats. • Frankrijk kent het laagste aandeel van eigen bijdragen aan de zorg van de EU (9,3% ten opzichte van een EU gemiddelde van 15,4%) • Er worden weinig 'unmet needs' gerapporteerd. De unmet needs die er zijn, zijn echter ongelijk verdeeld en komen vooral voor bij de mensen met de laagste inkomens.	
Digitalisering	
Er wordt nog gewerkt aan elektronisch voorschrijven en gedeelde medische dossiers. In 2019 zijn twee organisaties ingesteld om eHealth te managen: de ministeriële delegatie voor digital health (Délégation ministérielle du numérique en santé, DNS) en het digitale gezondheidsagentschap (Agence du numérique en santé). Sinds 2018 worden teleconsulten door artsen vergoed.	
Wat gaat er minder goed?	
• Er zijn weinig artsen per hoofd van de bevolking wat leidt tot regionale tekorten ('medische woestijnen'). Dit probleem is het afgelopen decennium toegenomen en er zijn zorgen over een verdere verslechtering omdat een groot deel van de huisartsen komend decennium met pensioen zal gaan. • De werkomstandigheden in instellingen voor langdurige zorg zijn matig en instellingen kampen met personeelstekorten.	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	In de Nationale Gezondheidsstrategie 2018-2022 was het doel gesteld om 1000 communities van zorgverleners vorm te geven. De taak van deze communities is de coördinatie van ambulante zorg met als doel het leveren van persoonsgerichte zorg en betere toegang tot zorg. Wetten en hervormingen ingevoerd van 2018 t/m 2021 **2018** Ontwikkeling van nieuwe bekostigingsmodellen voor langdurige zorg in ziekenhuizen. **2018** Wet waarmee de rol van de advanced practice nurse (vergelijkbaar met onze verpleegkundig specialist en/of praktijkverpleegkundige) geformaliseerd is en een nieuwe functie van medisch assistent is opgesteld. **2018** Investeringen in digitale gezondheidszorg. **2019** Ontwikkeling voor lokale verantwoordelijkheid van gezondheid. **2019** Wet over de organisatie en hervorming van het gezondheidszorgsysteem.

Vervolg Recente beleidsaanpassingen	
Vervolg Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	In het bijzonder: hervorming van de medische studies; oprichting van 'proximity hospitals': ziekenhuizen die voor een bepaalde streek verantwoordelijk zijn voor het aanbieden van bepaalde diensten in samenwerking met ambulante aanbieders; creëren van nationale gezondheidsprojecten; uitbreiding van het vaccinatierecht voor apothekers en vroedvrouwen. **2019** Meerdere maatregelen om digitale zorg te stimuleren: het vormgeven van een digitaal portaal en files voor alle zorggebruikers, het opheffen van geografische belemmeringen voor digitale zorg en het vormgeven van een Gezondheidsdatahub voor het verzamelen van data voor wetenschappelijk onderzoek. **2020** '100% gezondheid' hervorming: hierin wordt volledige dekking van optische hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en hoortoestellen door het Ziekenfonds in combinatie met de aanvullende zorgverzekering geregeld. **2021** Hervorming 'Ségur de la santé': hervormingspakket ter verbetering van de arbeidsomstandigheden van 1,5 miljoen gezondheidsprofessionals in acute en langdurige zorginstellingen. Lonen van alle categorieën gezondheidswerkers stegen tussen gemiddeld 15% en 20% per oktober 2021. **2021** Decreet betreffende financieringsvormen voor spoedeisende hulp. **2021** Wet van ter verbetering van het gezondheidszorgsysteem door vertrouwen en vereenvoudiging. In het bijzonder: het vergroten van de bevoegdheid om medicijnen voor te schrijven van verloskundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten. **2021** Wet inzake bio-ethiek. In het bijzonder: uitbreiding van kunstmatige voortplantingstechnologie voor alle vrouwen, ook alleenstaanden vrouwen en lesbische stellen. **2021** Besluit tot vaststelling van de meerjarige nationale doelstellingen voor het aantal beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg dat tussen 2021 en 2025 opgeleid moet worden. **2021** Decreet betreffende de hervorming van de financiering van psychiatrische zorg.

Bronnen:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), France: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, France: Country Health Profile 2021| European Observatory on Health Systems and Policies (who.int)

Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2023; 25(3): i–241, France: health system review 2023 (who.int)

Polin K, et al (2021). "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021

4.6 Griekenland

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Griekenland georganiseerd?	
Is de zorg particulier of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: Het gezondheidszorgsysteem in Griekenland wordt gefinancierd door een mix van publieke en private middelen, waaronder verplichte ziektekostenverzekering en belastingen (ongeveer 30%), en eigen bijdragen (41%). De private sector omvat for-profit ziekenhuizen, diagnostische centra en onafhankelijke praktijken. Een groot deel hiervan heeft contracten met de Nationale Organisatie voor het Aanbieden van Gezondheidszorg (EOPYY), de enige partij die zorg inkoopt voor mensen die verzekerd zijn bij het publiek gefinancierde Nationale Gezondheidssysteem.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. Acute zorg: Het staatsbudget, via directe en indirecte belastinginkomsten, is verantwoordelijk voor het financieren van eerstelijns- en poliklinische gezondheidszorg. Langdurige zorg: Langdurige zorg is gefinancierd door de staatsbegroting en door dagelijkse vergoedingen die worden betaald door de Sociale Ziektekostenverzekering (SHI).
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Hybride. Het Nationale Gezondheidssysteem (bekend als ESY) wordt gefinancierd via de **staatsbegroting**, **directe en indirecte belastinginkomsten en sociale verzekeringsbijdragen**. Private uitgaven vormen een belangrijke bron van financiering voor de gezondheidszorg in Griekenland. Deze bron van financiering is in de vorm van eigen bijdrage voor diensten die niet worden gedekt door de Sociale Ziektekostenverzekering (SHI), betalingen voor diensten van private zorgverleners, eigen bijdragen (voornamelijk voor geneesmiddelen) en informele betalingen. Private uitgaven omvatten ook premies voor private ziektekostenverzekeringen.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: combinatie van premies en belasting. Langdurige zorg: belasting. *Bijzonderheden*: Via de belastingen worden de salarissen van publieke zorgverleners betaald, wordt de eerstelijns en ambulante zorg betaald evenals subsidies voor publieke ziekenhuizen.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Premies voor vrijwillige aanvullende ziektekosten verzekering. • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Premies voor vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekering, al vormen deze slechts 0,03% van de totale uitgaven aan langdurige zorg (in 2015). • Eigen bijdragen. • Anders, namelijk: NGO's en bijdragen uit het buitenland. *Bijzonderheden*: Grieken betalen hoge eigen bijdragen voor gezondheidszorg. Deze vormen 41% van de totale gezondheidszorguitgaven, wat een van de hoogste percentages in de EU is.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	De premies worden door zowel werknemers en werkgevers betaald. Deze is inkomensafhankelijk. Een deel is voor zorg in natura en een deel voor cash benefits.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Griekenland wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Niet bekend.

Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	• Werkenden. • Werklozen. • Ingezetenen (alleen voor eerstelijns en ambulante specialistische zorg). *Bijzonderheden*: De dekking in het Griekse gezondheidssysteem is voornamelijk gekoppeld aan de werkstatus via de Sociale Ziektekostenverzekering (SHI) voor werknemers en hun gezinsleden. Personen die verzekerd zijn bij de (verplichte) SHI hebben recht op een uitgebreid zorgpakket, inclusief eerstelijns/ambulante zorg, diagnostiek, specialistische intramurale en extramurale zorg, inclusief van private aanbieders die gecontracteerd zijn met EOPYY. Na pensionering blijven voormalige werknemers verzekerd bij het fonds waartoe hun werkgever behoort, en hun bijdrage wordt ingehouden op hun pensioen. Vanaf 2016 behoren werklozen wettelijk tot een werkloosheidsfonds gefinancierd door de centrale overheidsbegroting. Een andere grondslag voor recht op gezondheidsdekking is het Griekse staatsburgerschap (of staatsburgerschap van een andere lidstaat van de EU), waarmee gratis toegang wordt verleend tot eerstelijns/ambulante zorg en specialistische poliklinische diensten die worden geleverd door het ESY. Er is ook recht op diensten voor mensen met een laag inkomen, die gratis toegang hebben tot gezondheidscentra en openbare ziekenhuizen.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekering-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	• Familieleden zijn meeverzekerd met de werkende. • Gepensioneerden blijven bij het fonds waar ze zaten voor pensionering. • Geregistreerde vluchtelingen hebben dezelfde rechten als alle Grieken, ongedocumenteerden hebben alleen recht op spoedeisende hulp. • Een wetswijziging in 2016 zorgde ervoor dat groepen die voorheen geen toegang hadden, nu gratis toegang kregen.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Vrijwel iedereen valt onder het centrale ziekenfonds.

Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Rol centrale overheid: • Vaststellen basispakket. • Vaststellen zorguitgaven / zorgbegroting. • Uitvoering van de zorg. Rol ziekenfonds: • Inkopen van zorg. *Bijzonderheden*: Rol regionale overheid: De rol van regionale en lokale overheden in de planning, organisatie en verstrekking van gezondheidszorg is beperkt geweest; pogingen om meer verantwoordelijkheden over te dragen aan gemeenten werden nooit volledig uitgevoerd.
Toegang tot private zorg	De private sector omvat winstgerichte ziekenhuizen, diagnostische centra en onafhankelijke praktijken, die hoofdzakelijk worden gefinancierd door eigen bijdragen en in mindere mate door private ziektekostenverzekeringen.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	We houden hier de volgende indeling aan voor eigen bijdragen: • Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee • Procentuele bijdragen: ja, voor farmaceutische zorg, medische hulpmiddelen, zorg in gecontracteerde private ziekenhuizen, diagnostische zorg en laboratoriumtesten • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling) sommige behandelingen of typen zorg, namelijk een fee-for-service voor bezoeken aan private klinieken. De bedragen variëren naar locatie en kwalificatie van de arts
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: nee. • Huisartsenzorg: nee. • Thuiszorg: ja. • Zorg in instellingen: nee. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja. *Bijzonderheden*: In principe is huisartsenzorg en poliklinisch bezoek gratis. Er is wel een maximum aan het aantal patiënten dat een arts mag behandelen. Als dat maximum bereikt is moet de patiënt op zoek naar een private arts. De fee-for-service die ze daar moeten betalen kan later deels teruggevraagd worden. Artsen in ziekenhuizen mogen in de namiddag privé werken, zijn dragen dan 40% van de betalingen af aan het ziekenhuis.

Vervolg Eigen bijdragen	
Vervolg In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	Hoewel er in de publieke sector geen eigen bijdragen zijn voor ziekenhuisbehandeling voor degenen die verzekerd zijn, zijn er enkele directe betalingen (out-of-pocket payments, OOP) in openbare ziekenhuizen (bijvoorbeeld een extra vergoeding luxer verblijf, betalingen voor sommige farmaceutische producten, directe betalingen en eigen bijdragen voor sommige laboratorium- of diagnostische tests). De informele betalingen omvatten een groot deel van eigen bijdragen (ongeveer een kwart).
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: nee. • Zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: deels. *Bijzonderheden*: Tandheelkunde en tandzorg vallen binnen het basispakket, maar slechts voor een zeer beperkt aantal diensten.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): nee . • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: nee.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Geen informatie beschikbaar.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	Griekenland heeft een groot aantal wetten en regelingen opgegeven op basis van artikel 9. De belangrijkste zijn: • Wet 3918/2011 over structurele veranderingen in het zorgstelsel en andere voorzieningen. • Artikel 8 van Wet 4237/2014 die uitwisseling van gegevens regelt uit het register voor de verzekerden en aanspraak op verzekering. • Wet 4238/2014: over het nationale eerstelijns netwerk. Zie verder: Official documents Employment, Social Affairs & Inclusion European Commission (europa.eu).

Opvallendheden t.a.v. het systeem
• In 2019 besteedde Griekenland 7,8% van het bbp aan gezondheid, in vergelijking met 9,9% in de gehele Europese Unie. • In 2019 was de publieke financiering als percentage van de totale gezondheidsuitgaven 60%, wat het op een na laagste aandeel was na Cyprus en aanzienlijk lager dan het gemiddelde in de Europese Unie (80%). Dit betekent dat een zeer groot deel van de uitgaven voor gezondheidszorg afkomstig is van huishoudens (35%) in de vorm van directe betalingen (out-of-pocket, OOP) - voornamelijk eigen bijdragen voor geneesmiddelen en directe betalingen voor diensten die buiten het pakket vallen, zoals bezoeken aan private specialisten, verpleegzorg en tandheelkundige zorg. Informele betalingen vertegenwoordigen ook meer dan een kwart van de OOP-betalingen. • Vrijwillige ziektekostenverzekering speelt slechts een kleine rol en is goed voor 5% van de totale gezondheidsuitgaven. • Er heeft zich een opmerkelijke toename van directe betalingen (out-of-pocket payments, OOP) voor ziekenhuisdiensten voorgedaan, waarbij het percentage is verdubbeld van 5,2% van de huidige gezondheidsuitgaven in 2009 tot 11,2% in 2015. Mogelijke redenen voor deze stijging zijn onder andere verhoogde gebruikerskosten, het grote aantal mensen dat niet verzekerd was en moest betalen voor ziekenhuisopnamekosten, evenals directe betalingen voor dure tests die niet worden gedekt door de sociale ziektekostenverzekering (SHI). Directe betalingen voor medische goederen (bijvoorbeeld farmaceutische producten en apparaten) zijn ook toegenomen, van 6,7% van de huidige gezondheidsuitgaven in 2009 tot 13,0% in 2015, als gevolg van aangescherpte vrijstellingen en een toename van medeverzekering voor bepaalde medicijnen. Daarentegen zijn de betalingen voor ambulante diensten gedaald van 15,5% van de huidige gezondheidsuitgaven in 2009 tot 9,3% in 2015, mogelijk als gevolg van de beperkte financiële capaciteit van huishoudens om te betalen voor niet-spoedeisende consultaties en preventieve diensten.
Digitalisering
Ondanks de vooruitgang van de afgelopen 10 jaar, waaronder de succesvolle implementatie van een landelijk ePrescription-systeem, behoren gezondheidsinformatie en de digitalisering van gezondheidsdiensten in Griekenland tot de minst ontwikkelde in de EU-landen (Europese Commissie, 2020c). Erkennend de veelzijdige uitdagingen, lanceerde de regering een Digitaal Transformatiebeleid voor de gehele publieke sector, waarbij gezondheidsdiensten een gebied van gerichte investering vormen. Er werd een nieuw Ministerie van Digitale Governance opgericht, dat overheidsmaatregelen zal coördineren en belangrijke informatietechnologieprogramma's zal uitvoeren. Het lanceerde een nieuw overheidsportaal, dat meer dan 500 openbare e-diensten biedt, waaronder platforms om elektronische medische dossiers te raadplegen, online afspraken te maken en zich te registreren bij een huisarts. Ondersteuning voor nationale digitaliseringsstrategieën zal ook beschikbaar zijn via de nieuw opgerichte Europese Data Space (Europese Commissie, 2021b), dat is ontworpen om een betere uitwisseling en toegang tot verschillende soorten gezondheidsgegevens te bevorderen (zoals elektronische gezondheidsdossiers, genomische gegevens en gegevens van patiëntenregisters), en om de gezondheidszorg te ondersteunen, evenals gezondheidsonderzoek en beleidsvorming.

Wat gaat er minder goed?	
Gezondheidsdiensten en -faciliteiten zijn sterk geconcentreerd in stedelijke gebieden. Vóór de pandemie waren er gemiddeld 4,2 ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners, wat aanzienlijk lager is dan het gemiddelde van 5,3 in de gehele Europese Unie. Het aantal ziekenhuisbedden en de gemiddelde ligduur (momenteel bijna gelijk aan het EU-gemiddelde van 7,4 dagen) zijn sinds 2013 redelijk constant gebleven, terwijl het aantal ontslagen patiënten licht is afgenomen en in 2015 op 13.719 per 100.000 inwoners stond, wat een van de laagste tarieven is in de EU. Tijdens de tweede golf van de COVID-19-pandemie in 2020, toen het aantal gevallen aanzienlijk steeg, hadden sommige van de zwaarst getroffen regio's niet genoeg ziekenhuisbedden en zochten ze naar extra capaciteit. De private sector en de huidige voorraad intensive care unit (ICU) bedden werden aanzienlijk uitgebreid.	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	Hervormingen gericht op het versterken van de eerstelijnszorg vertrouwen op voldoende aantallen artsen en verpleegkundigen. Griekenland heeft het hoogste aantal artsen per hoofd van de bevolking onder de EU-landen, deels omdat de gegevens alle artsen omvatten die gemachtigd zijn om te praktiseren, in plaats van alleen degenen die daadwerkelijk actief zijn. Aan de andere kant heeft Griekenland het laagste aantal verpleegkundigen per bevolking, maar het telt opmerkelijk alleen verpleegkundigen in ziekenhuizen. Het overgrote deel van de artsen zijn specialisten, terwijl huisartsen slechts 7% van alle artsen uitmaken, vergeleken met het EU-gemiddelde van 26%. Het waarborgen van een voldoende aanbod van huisartsen is een van de grootste uitdagingen geweest bij het uitbreiden van het netwerk van lokale gezondheidseenheden (TOMY's) en gezondheidscentra onder een belangrijke hervorming die in 2017 is gestart (Myloneros & Sakellariou, 2021). De hervorming heeft tot doel de toegang te vergroten en eerstelijnszorg op gemeenschapsniveau, gezondheidsbevordering en preventieve diensten te versterken, met op lange termijn het streven naar een geïntegreerd gezondheidszorgmodel. Op dezelfde manier hebben lage aantallen verpleegkundigen, vooral community-verpleegkundigen, en hun inzet tijdens de COVID-19-crisis invloed gehad op de uitrol van deze verbeterde eerstelijnszorgfaciliteiten. Griekenland is bezig met uitgebreide hervormingen van zijn eerstelijnszorgsysteem: niet alleen om de reikwijdte van publiekelijk geleverde diensten uit te breiden, maar ook om effectievere, tijdige en gecoördineerde behandeling te bieden aan patiënten met chronische aandoeningen.

Bronnen:

Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017; 19(5):1–192. HiT-19-5-2017-eng.pdf (who.int)

European Commission (2020), Country Report Greece 2020

European Commission (2021), The European Health Data Space

Myloneros T, Sakellariou D (2021), The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. BMC Health Services Research, 21:628

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Greece: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 2021_chp_gr_english.pdf (europa.eu)

4.7 Ierland

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Ierland georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: Ierland heeft een nationaal gezondheidssysteem dat voornamelijk wordt gefinancierd via belastingen. Desondanks schaft bijna de helft van de bevolking vrijwillige private ziektekostenverzekering (VHI) aan, voornamelijk om snellere toegang tot zorg te verkrijgen voor diagnostiek, afspraken met specialisten en geplande ziekenhuisbehandelingen.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Nee, beide vormen van zorg vallen onder de National Health Service. *Bijzonderheden*: Er is een apart 'Long term illness scheme' voor mensen met een chronische ziekte. Mensen die hieronder vallen krijgen alle benodigde medicijnen en behandelingen vergoed.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: combinatie (voornamelijk belastingen). Langdurige zorg: combinatie (voornamelijk belastingen). *Bijzonderheden*: De zorg wordt vooral gefinancierd door algemene belastingen, aangevuld met een universele sociale heffing voor werknemers en zelfstandigen. Acute zorg: Ondanks dat het Ierse gezondheidssysteem voornamelijk gefinancierd is door belastingen, is percentage zorguitgaven afkomstig uit vrijwillige aanvullende verzekeringen veel hoger dan gemiddeld in de EU, namelijk 14% in 2019. Langdurige zorg: Er zijn maar een paar faciliteiten voor langdurige zorg die de Health Service Executive (HSE) verzorgt. Daarnaast heeft de HSE contracten met private instellingen. Mensen die hiervan gebruik maken kunnen een inkomensafhankelijke toelage aanvragen.

Vervolg Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Acute zorg: • Private verzekering. • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Eigen bijdragen. *Bijzonderheden*: zie 'Kring der verzekerden'.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Opbouw van de premie: Dit geldt voor de vrijwillige verzekeringen: Werkgevers en werknemers deel (voor een groot deel van de aanvullende vrijwillige verzekeringen). Vrijwillige verzekering die niet via de werkgever gaat heeft een vaste prijs voor een bepaald pakket.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Ierland wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Geen informatie beschikbaar.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Alle inwoners. *Bijzonderheden:* Dekking is zo goed als universeel en gebaseerd op de duur van het verblijf in Ierland en niet op burgerschap of mogelijkheid tot belastingbijdrage. De duur van het verblijf wordt beoordeeld door de Health Service Executive (HSE) en is meestal gebaseerd op of je al langer dan een jaar in Ierland woont of van plan bent op zijn minst een jaar in Ierland te wonen. Er zijn twee categorieën "verzekerden": mensen die in aanmerking komen voor een 'medical card' en mensen zonder een 'medical card'. De eerste categorie ontvangt gratis zorg (op zorg waarvoor opname nodig is na), de tweede categorie heeft alleen gratis toegang tot tweedelijnszorg (met soms een eigen bijdrage) en moet bij de meeste eerstelijnszorg een eigen bijdrage betalen en soms het volledige bedrag als eigen bijdrage bijleggen.

Vervolg Kring der verzekerden	
Vervolg Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	*Vervolg Bijzonderheden*: Er geldt een uitzondering voor asielzoekers. Zij hoeven niet te voldoen aan de voorwaarden voor de duur van verblijf en worden toegewezen aan dezelfde zorg als mensen met een 'medical card'.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Alleen van toepassing voor premiegefinancierde systemen. Categorieën: • Familieleden (meeverzekerd bij werkende of niet): ja, in de zin dat ze in dezelfde categorie (wel/niet 'medical card') vallen als hun familielid. Alleen kinderen van ouders met een medical card kunnen dus gratis zorg ontvangen. • Overige niet-werkenden (kunnen wel/niet deelnemen): ja.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Alleen bij aanvullende verzekering van actief familielid: kinderen en studenten onder de 23 die full-time naar school gaan, worden meeverzekerd bij hun ouders.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Rol centrale overheid: • Vaststellen basispakket. • Vaststellen zorguitgaven / zorgbegroting. • Regulatie en beleid. Rol 'Health Service Executive (HSE)': • Management en uitvoering van de gezondheidszorg en sociale zorg. • Eigenaar van ziekenhuizen en heeft zorgverleners in dienst.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Toegang tot private zorg	Ja, veel mensen hebben VHI en daarmee toegang tot private zorg. Wel moeten mensen dit vaak zelf betalen. *Bijzonderheden*: De lange wachtlijsten en wachttijden in het publieke systeem, zorgen ervoor dat veel mensen VHI kopen om snellere toegang te krijgen tot ziekenhuiszorg en diagnostiek, waardoor feitelijk een tweeledig gezondheidszorgsysteem ontstaat. Deze context is deels verantwoordelijk voor veel ongelijkheden in het Ierse gezondheidszorgsysteem, die worden aangepakt door het Sláintecare-hervormingsprogramma en diens streven naar universele gezondheidszorg.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: nee. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): ja.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: Per 17 april 2023 zijn alle eigen bijdragen voor ziekenhuiszorg afgeschaft. • Huisartsenzorg: alleen voor mensen zonder medical card (categorie 2). Ze betalen per huisartsbezoek en hiervoor geldt bovendien geen jaarlijks maximum, wat uitzonderlijk is in West-Europa. • Thuiszorg: onduidelijk. • Langdurige zorg in instellingen: inkomensafhankelijke eigen bijdrage. • Farmaceutische zorg: voor mensen zonder medical card (categorie 2), tot een maximum van 90 euro per maand, voor ouderen met een medical care: 1 euro met een maximum van 10 euro per maand. • Mondzorg: alleen voor mensen zonder medical card (categorie 2). *Bijzonderheden*: ook brillen en lenzen (en oogtesten) worden voor mensen met een medical card volledig vergoed en moeten door mensen zonder medical card volledig met eigen bijdrage worden betaald.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg : ja. • Huisartsenzorg: alleen voor mensen met een medical card. • Thuiszorg: onduidelijk. • Zorg in instellingen: onduidelijk. • Farmaceutische zorg: alleen voor mensen met een medical card. • Mondzorg: alleen voor mensen met een medical card. *Bijzonderheden*: Er zijn verschillende basispakketten in het Iers gezondheidssysteem, waarvan het GMS schema de grootste is.

Vervolg Het basispakket	
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): **ja.** • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): **ja.** • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): **onduidelijk.** *Bijzonderheden*: De aanvullende verzekering is “flat rate”: iedereen betaalt dezelfde premie voor hetzelfde pakket.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Geen informatie beschikbaar.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	• Gezondheidswet 1947 (No. 28 of 1947). • Hoofdstuk 22 van Deel 2 van de Social Welfare Consolidation Act 2005 (No. 26 of 2005) en amendementen. De datum waarop Verordening (EC) No 883/2004 van toepassing is op bovenstaande wetten is 1 May 2010.

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- Per capita gezondheidsuitgaven in Ierland bedroegen EUR 3.513 in 2019 (gecorrigeerd voor koopkracht), wat dicht bij het EU-gemiddelde ligt. Het aandeel van de uitgaven uit vrijwillige ziektekostenverzekeringsregelingen was 14%, het op een na hoogste in de EU, en bijna drie keer hoger dan het EU-gemiddelde van 5%.
- Over het algemeen presteert Ierland beter dan veel EU-landen als het gaat om het vermijden van sterfgevallen door zowel behandelbare als vermijdbare oorzaken. Er zijn echter verdere inspanningen nodig om de last van kanker te verminderen. Het initiatief Gezond Ierland en de Nationale Kankerstrategie streven ernaar de preventie en zorg voor kanker te verbeteren.

Digitalisering

In het Nationaal Herstel- en Veerkrachtplan 2021 staat beschreven dat een van de prioriteiten is om de strategische hervormingsagenda voor de gezondheidszorg te ontwikkelen, zoals uiteengezet onder Sláintecare. Dit wordt bereikt door "zich te committeren aan de uitvoering van initiatieven die de toegang tot zorg in de gemeenschap zullen verbeteren en het proces van het verwijderen van private gezondheidszorg uit openbare ziekenhuizen zullen starten." Daarnaast is er EUR 75 miljoen toegewezen aan investeringen in e-gezondheid, met inbegrip van de digitalisering van ziekenhuisinformatiesystemen en e-farmacie.

Wat gaat er minder goed?	
• Ierland kampt met een tekort aan artsen en verpleegkundigen. Het aantal artsen bedroeg 3,3 per 1.000 inwoners in 2019, het zesde laagste tarief in de EU. Hoewel het aantal verpleegkundigen (12,9 per 1.000 inwoners) boven het EU-gemiddelde lag (8,4), is dit aantal in de afgelopen 10 jaar gedaald, en veel verpleegkundigen werken deeltijds. Als gevolg hiervan is Ierland in toenemende mate afhankelijk van het werven van buitenlands opgeleide artsen en verpleegkundigen. Paradoxaal genoeg heeft Ierland de afgelopen jaren het hoogste aantal afgestudeerde artsen per hoofd van de bevolking gehad van alle EU-landen, met ongeveer 25 nieuwe afgestudeerden per 100.000 inwoners per jaar. Veel van deze medische afgestudeerden zijn echter internationale studenten met beperkte mogelijkheden om hun postdoctorale opleiding te voltooien en in Ierland te praktiseren. • De begroting van 2021 heeft nieuwe financiering toegezegd om de werving van maximaal 16.000 nieuwe medewerkers in de gezondheidssector te ondersteunen. Daarnaast streeft Sláintecare ernaar het aantal artsen in openbare ziekenhuizen te vergroten via een schema voor exclusieve publieke contracten.	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	• In 2018 werden in Ierland plannen aangekondigd als onderdeel van de grootschalige Sláintecare-hervorming om zes Gezondheidsregio's in het land op te richten. Deze regio's zijn verantwoordelijk voor de verstrekking en financiering van eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg vanuit een gemeenschappelijk budget. • Het Sláintecare-hervormingsprogramma van Ierland (2019-28) heeft tot doel de manier waarop gezondheids- en sociale zorgdiensten worden geleverd te transformeren. Het omvat een verhoogde toewijzing van middelen om het initiatief Gezond Ierland te ondersteunen (lopend sinds 2013), dat prioriteit geeft aan openbare gezondheidsinterventies om de belangrijkste oorzaken van vermijdbare sterfgevallen aan te pakken, zoals uiteengezet in het Nationaal Beleid en Actieplan inzake Obesitas en Tabaksvrij Ierland. In mei 2021 werd de Sláintecare-implementatiestrategie en actieplan 2021-23 gepubliceerd (Government of Ireland, 2021a). • Hervormingen zijn gaande om de eerstelijnszorg te versterken en capaciteitsproblemen in ziekenhuizen en de gemeenschap aan te pakken. Tweede- en derdelijnszorg in Ierland worden voornamelijk geleverd in openbare ziekenhuizen. De meerderheid van de huisartsen zijn particuliere praktijkhouders die zorg verlenen aan particuliere patiënten die vergoedingen betalen of aan publieke patiënten met medische kaarten of huisartsbezoekkaarten wanneer ze zijn gecontracteerd door de overheid. Huisartsen fungeren als de eerste poortwachters naar secundaire zorg.

Bronnen:

European Observatory, Ireland, Health Systems and Policy Monitor, Countries covered by the HSPM platform (who.int), accessed 8-12-2023

Government of Ireland (2021a), Sláintecare Implementation Strategy and Action Plan 2021-2023

McDaid D, Wiley M, Maresso A and Mossialos E. Ireland: Health system review. Health Systems in Transition, 2009; 11(4): 1 – 268 Health Systems in Transition - Ireland (who.int)

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Ireland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 2021_chp_ir_english.pdf (europa.eu)

Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021

4.8 Italië

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Italië georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie van privaat en publiek. *Bijzonderheden*: De zorg wordt op drie niveaus aangestuurd: nationaal, regionaal en lokaal. Regionale overheden hebben hierbij de bevoegdheid over de uitvoering. Per regio zijn de afspraken met de nationale overheid anders vormgegeven. Ziekenhuizen zijn: ofwel direct aangestuurd door de overheid, ofwel semi-onafhankelijk (publieke ziekenhuizen), ofwel privaat en geaccrediteerd.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: er is geen verzekering voor long-term care, maar alleen een vergoeding van 525 euro per maand (2022) voor mensen die niet meer zelfstandig kunnen functioneren. Deze vergoeding is niet inkomensafhankelijk, maar vast. Daarnaast bieden sommige regio's of gemeentes aanvullende vergoeding.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: voornamelijk belasting. Langdurige zorg: alleen de gezondheidszorg en thuiszorg worden via belasting betaald. De rest wordt direct door gemeentes (en dus door lokale belasting) en patiënten zelf gefinancierd en, indirect, door het nationaal instituut voor sociale zekerheid (Istituto nazionale della previdenza sociale; INPS). *Bijzonderheden*: Maar 20% van de bevolking heeft een vrijwillige ziektekostenverzekering, het grootste deel van de kosten wordt gedekt door verplichte bijdrage aan het publieke zorgstelsel (Servizio Sanitario Nazionale; SSN). Vrijwillige aanvullende verzekering is beschikbaar voor alle inwoners.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van aanvullende financiering: Acute zorg: • Nominale premies. • Eigen bijdragen. • Regionale belastingen. Langdurige zorg: • Eigen bijdragen. • Regionale en lokale belastingen. *Bijzonderheden*: Acute zorg wordt over het algemeen gefinancierd door een mix van nationale en regionale belastingen. Nationale belastingen egaliseren de inkomensongelijkheid tussen noordelijke en zuidelijke regio's, maar de rol van regionale belastingen vergroot deze ongelijkheid. Zie: Countries covered by the HSPM platform (who.int).
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Acute zorg: • Onbekend wat voor soort premie, maar sommige mensen zijn uitgezonderd van premie. De uitzonderingcategorieën zijn op basis van: inkomen, leeftijd, chronische ziekte of beperking. Langdurige zorg: • Alleen belasting gefinancierd, er is geen verzekering beschikbaar voor langdurige zorg. *Bijzonderheden*: Eigen bijdrage is niet van toepassing op: intramurale zorg, eerstelijnszorg, langdurige opname in het ziekenhuis, revalidatiezorg en zorg die in het voordeel van de samenleving is (bv: orgaandonatie of vaccinaties). Eigen bijdrage voor medicijnen is verschillend geregeld per regio.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Italië wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Expats kunnen over het algemeen gratis deelnemen aan de nationale verzekering en moeten daarbij o.a. hun belastingnummer doorgeven om een verzekeringskaart te krijgen Omdat de wachttijden van het publieke systeem lang zijn en artsen niet altijd Engels spreken, kiezen veel expats die het kunnen betalen voor private zorg. Omdat deze zorg erg duur is, is een aanvullende verzekering nodig.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Als een deel van de zorg premie gefinancierd wordt, hoe dragen in het buitenland wonende verzekerden / verdragsgerechtigden, waar Italië de bevoegde lidstaat voor is, bij aan het zorgstelsel? Betalen zij ook een premie?	Informatie niet beschikbaar.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Ziektekostenverzekering van de staat (op basis van belasting) is automatisch verplicht voor alle burgers en mensen met permanent verblijf. Burgers kunnen kiezen voor een vrijwillige ziektekostenverzekering, maar enkel 20% van de bevolking heeft dit. Gevangenen nemen ook deel aan de zorgverstrekking van de staat en zijn vaak vrijgesteld van eigen bijdrage. Ongedocumenteerden hebben alleen toegang tot urgente en essentiële zorg.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	n.v.t.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekostenverzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	n.v.t

Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn: • Centrale overheid. • Regionale overheid. • Lokale overheid. Rol centrale overheid: • Vaststellen basispakket (in overleg met regionale overheden): een nationale commissie met daarin vertegenwoordigers van alle regionale overheden en met als voorzitter de minister van gezondheid stelt het 'basispakket' vast. • Vaststellen zorgbegroting, namelijk: de strategie voor het gezondheidsbeleid en het vaste per capita budget. Rol regionale overheid: • Vaststellen zorguitgaven / zorgbegroting (verschilt per regio). • Uitvoering van de zorg (verschilt per regio). Rol lokale overheid: • Vaststellen zorguitgaven / zorgbegroting (verschilt per regio). • Uitvoering van de zorg (verschilt per regio). Rol zorgverzekeraar: • N.v.t. *Bijzonderheden*: Of de regionale overheid of de lokale overheid verantwoordelijk is voor inkoop en/of uitvoer, verschilt per regio. Er zijn grofweg drie smaken. De meeste regio's laten zowel inkoop als uitvoer over aan lokale overheden. Sommige regio's doen de meeste inkoop regionaal en de uitvoer grotendeels lokaal. Alleen Lombardije doet het anders: lokale instanties voor gezondheidsbescherming doen de inkoop van private en publieke zorg, de regio reguleert alleen.
Toegang tot private zorg	Mensen kunnen naar private zorgaanbieders of naar overheidszorgverleners of onafhankelijke zorgverleners die buiten hun reguliere uren ook privaat patiënten mogen zien. Bij beide opties moet deze private zorg uit eigen zak betaald worden.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee • Procentuele bijdragen: nee, maar bij medicijnen betaalt soms de patiënt het verschil in prijs tussen het duurdere product (indien gewenst) en het goedkopere (door de overheid vergoedde) product. • Vaste bijdragen: ja, soms. Er is een vast bedrag per behandeling dat verschilt per regio. Voor medicijnen wordt soms een vaste bijdrage gevraagd en deze zijn vaak regionaal vastgesteld

Vervolg Eigen bijdragen	

In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg:
	  ○ Nee, voor opnames
	  ○ Ja, voor ambulante medisch specialistische zorg: vaste regionaal vastgestelde bijdrage per product. Eigen bijdrage wordt ook gerekend voor laboratorium- en diagnostisch onderzoek en niet-urgente spoedeisende hulp.
	• Huisartsenzorg: nee.
	• Thuiszorg: nee .
	• Zorg in instellingen: ja, afhankelijk van gemeente/regio. Inwoners kunnen een maandelijkse bijdrage krijgen van 525 euro in 2022, onafhankelijk van het inkomen.
	• Farmaceutische zorg: ja, afhankelijk van de regio (regionaal vastgestelde bijdrage per product).
	• Mondzorg: ja, vaste regionaal vastgestelde bijdrage per product.
	
	Bijzonderheden:
	Sommige groepen zijn uitgezonderd van eigen betalingen (bijvoorbeeld op basis van leeftijd of inkomen).
	Voor medicijnen zijn er twee soorten eigen bijdragen: een bedrag per doosje en het verschil tussen de verkoopprijs en de referentieprijs.

Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg : ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja. • Langdurige zorg in instellingen: verschilt per regio. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: nee. *Bijzonderheden*: Er is een nationale positieve lijst van zorg die in het basispakket zit. Dit betreft eerstelijnszorg, spoedzorg, medicijnen, ambulante medisch specialistische zorg, geïntegreerde zorg , thuiszorg, en (semi-) langdurige zorg in instellingen. Ziekenhuiszorg is niet specifiek gedefinieerd, maar voor verrichtingen waarvoor opname niet geïndiceerd is (zoals een cataract operatie) bestaat een zogenaamde negatieve lijst. Een nationaal orgaan monitort of regio's zich houden aan het leveren van dit basispakket. Regio's mogen echter zelf meer zorg aan het basispakket toevoegen, als dit ook door regionale belastingen bekostigt wordt
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): nee. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja.

Vervolg Het basispakket	
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Informatie niet beschikbaar.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheidscoördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheidscoördinatie Vo. 883/2004?	Informatie niet beschikbaar.

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- De centrale overheid is alleen verantwoordelijk voor het opstellen van het basispakket, het vaststellen van per capita budget en het beheer en de landelijke strategie van het zorgstelsel. De regionale (en lokale) overheden zijn verantwoordelijk voor de organisatie en levering van zorg.
- Maar een heel klein deel van de financiering komt voort uit vrijwillige aanvullende verzekering, namelijk maar 2.8%.
- Italië heeft een relatief laag aantal mensen met een chronische ziekte en ook relatief lage aantallen sterfgevallen door ziektes die behandelbaar of overkomelijk zijn. Ook de overlevingscijfers voor verschillende typen kanker liggen boven het Europese gemiddelde. Deze getallen lijken deels zo laag, omdat de eerstelijnszorg goed functioneert als poortwachter en goede acute, chronische en preventieve zorg levert.
- Italianen betalen relatief veel aan eigen bijdragen (26,5% van de totale zorguitgaven in 2020).

Digitalisering

Per Ministerieel Decreet 77/2022 is een programma gestart ter versterking van eerstelijns- en sociale zorg, intermediaire zorg, digitaliseren en research en innovatie, via het EU gefinancierde Recovery en Resilience Plan.

Sinds de COVID-19 pandemie worden teleconsulten vergoed, toch is het tempo van innovatie op dit terrein laag. Er zijn afsprakencentra, waar patiënten online afspraken kunnen maken. Via de elektronische patiëntendossiers kunnen burgers hun gezondheidsdata inzien, alleen is dit maar bij een klein deel van de bevolking bekend.

Wat gaat er minder goed?

- Er is een relatief laag aantal beschikbare ziekenhuisbedden, maar een relatief hoge gemiddelde opnameduur.
- Er kunnen lange wachtlijsten zijn, dit verschilt per regio en zelfs binnen regio's.
- Er zijn relatief veel artsen beschikbaar, maar verwacht wordt dat dit gaat veranderen vanwege de relatief hoge leeftijd van artsen.
- Er zijn relatief weinig verpleegkundigen beschikbaar in Italië (25% lager dan gemiddeld in de EU).

Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	• In 2018 is het vaccinatiesysteem herzien en is onder andere een voor kinderen verplichte vaccinatie voor mazelen en rodehond ingesteld. • In 2019 is een nieuw plan geïntroduceerd om de (lange) wachtlijsten en wachttijden voor de publieke zorg te reguleren. • Naar aanleiding van de impact van COVID-19 op de zorg in Italië zijn verschillende veranderingen doorgevoerd in het zorgsysteem, zoals verbetering van informatiesystemen en het versterken van eerst hulp. Ook is er naar aanleiding van de toenemende psychische problemen, vanaf 2023, een extra vergoeding opgenomen in het basispakket voor psychologische zorg • Per okt 2022 is er een wet aangenomen die het systeem voor long-term care moet vernieuwen voor maart 2024. De belangrijkste wijzigingen zijn: 1. Het vernieuwen van het systeem voor thuiszorg en het vergemakkelijken van de aanvraag van thuiszorg. 2. Het vervangen van de vaste maandelijkse toelage voor mensen die niet (meer) voor zichzelf kunnen zorgen door een bijdrage die aangepast is op persoonlijke zorgbehoeftes.

Bronnen:

De Belvis AG, Meregaglia M, Morsella A, Adduci A, Perilli A, Cascini F, Solipaca A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A, Scarpetti G (2022). Italy: Health system summary, 2022 Italy: health system summary | European Observatory on Health Systems and Policies (who.int)

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Italy: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 2021_chp_it_english.pdf (europa.eu)

Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021

4.9 Kroatië

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Kroatië georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: Kroatië heeft een ziekenfonds waar inwoners verplicht bij verzekerd zijn. Aanvullende zorgverzekeringen kunnen via het ziekenfonds of private aanbieders worden afgesloten. Hoewel de meeste zorgverleners (vooral in de tweede en derdelijnszorg) publiek zijn, is het aantal private aanbieders gegroeid, met name in de eerstelijnszorg, tandheelkundige zorg en gespecialiseerde klinieken. De meeste eerstelijnszorgpraktijken zijn inmiddels geprivatiseerd. Maximaal 25% van de artsen en verpleegkundigen in de eerstelijnszorg mag in dienst zijn van publieke gezondheidscentra. Universitaire ziekenhuiscentra, universitaire ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, medische instituten en gezondheidscentra mogen niet met winstoogmerk opereren. Bovendien moet er per provincie ten minste één openbaar centrum voor eerstelijnsgezondheidszorg zijn, en ten minste drie in de hoofdstad Zagreb.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: De langdurige zorg in Kroatië is onderontwikkeld, met weinig of geen coördinatie tussen de systemen van het sociaal domein, gezondheidszorg en zorg voor oorlogsveteranen; tussen nationaal, provinciaal en gemeentelijk/stedelijk niveau en tussen publieke en particuliere (not-for-profit en for-profit) aanbieders. Uitgaven voor de langdurige zorg maakte in 2018 slechts 3,0% uit van de gezondheidszorguitgaven in Kroatië, ver beneden het niveau het EU-27-gemiddelde van 16,1%. Zorg die valt onder ‘cure’ is beter ontwikkeld en wordt beter gefinancierd. Er is geen specifieke langdurige zorg schema/verzekering/bijdrage.

Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: premie. Langdurige zorg: onduidelijk, gezien de beperkte beschikbaarheid en het beperkte aandeel in de totale zorgkosten is waarschijnlijk de grootste bijdrage uit eigen betalingen. *Bijzonderheden*: Het budget van het ziekenfonds komt voor 79,5% uit verplichte premies en voor 12,4% vanuit het staatsbudget.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute en langdurige zorg: niet helemaal duidelijk, er is geen aparte langdurige zorg verzekering / bijdrage. • Premies. • Eigen bijdragen. • Anders, namelijk: fondsen vanuit de EU en de Wereldbank. *Bijzonderheden*: premies betreffen zowel premies voor het ziekenfonds als voor vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekeringen.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Opbouw van de premie. Ziekenfonds: • Flat rate van 16.5% voor werkenden. • Boeren, priesters en andere religieuze functionarissen: 7,5% van een deel van het gemiddelde salaris in het land (dit aandeel • bedroeg 35% in 2013). • Gepensioneerden: 3% van het pensioeninkomen boven het gemiddelde nettoloon. Een groot deel van de bevolking is vrijgesteld van betaling van de premie (zie voor meer details onder 'Wat is de verzekeringspositie van niet-actieven'). Slechts iets meer dan een derde van de bevolking, bestaande uit economisch actieven, betaalt de volledige premie voor het ziekenfonds.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Kroatië wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Kroatië werkt volgens de Europese regelgeving. Zie: Health insurance in the Republic of Croatia | HZZO.

Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	• Alle ingezetenen zijn verplicht verzekerd bij het ziekenfonds. • Buitenlanders met een permanente verblijfsvergunning, en buitenlanders die langer dan drie maanden in Kroatië verblijven moeten zich verzekeren bij het ziekenfonds tenzij een internationale overeenkomst over sociale verzekeringen anders bepaalt. • Mensen die niet verzekerd zijn bij het ziekenfond hebben alleen door de overheid gefinancierde toegang tot spoedeisende zorg.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Alleen van toepassing voor premiegefinancierde systemen. Categorieën: • Familieleden (meeverzekerd bij werkende of niet): ja. • Overige niet-werkenden (kunnen wel/niet deelnemen): ja. *Bijzonderheden*: Kwetsbare groepen, zoals gepensioneerden, mensen met een handicap, werklozen en mensen met een laag inkomen, zijn (deels) vrijgesteld van betalingen. Ook oorlogsveteranen en militairen zijn vrijgesteld. Hun verplichte ziektekostenverzekering wordt gefinancierd uit het ministerie van Financiën of het Ministerie van Defensie (in het geval van actieve leden van de strijdkrachten en andere werknemers van het Ministerie van Defensie). Verzekeringspremies voor personen jonger dan 18 jaar worden door de staat gedekt. Studenten en werklozen tussen 18 en 26 jaar zijn verzekerd via de verzekering van hun ouders.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Alle ingezetenen zijn verplicht verzekerd bij het ziekenfonds.

Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn: • Centrale overheid. • Regionale overheid. • Zorgverzekeraars. Rol centrale overheid: • Vaststellen basispakket. • Vaststellen zorguitgaven/zorgbegroting. • Uitvoering van de zorg wat betreft universitaire ziekenhuizen, universitaire ziekenhuiscentra, nationale gezondheidsinstituten en gespecialiseerde universitaire ziekenhuizen. Rol regionale overheid: • Provincies zijn als regionale autoriteiten verantwoordelijk voor de organisatie, coördinatie en beheer van de eerstelijnsgezondheidszorg (gezondheidscentra, openbare gezondheidsdiensten en openbare apotheken) en tweedelijns gezondheidszorg (algemene en gespecialiseerde ziekenhuizen). Rol zorgverzekeraar: • Ziekenfonds: inkoop van zorg.
Toegang tot private zorg	Inwoners van Kroatië kunnen naar private zorgaanbieders. Of deze zorg al dan niet vergoed wordt hangt ervan af of de zorgaanbieder gecontracteerd is door het ziekenfonds.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	We houden hier de volgende indeling aan voor eigen bijdragen: • Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: ja (voor de meeste typen zorg). • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): sommige behandelingen of typen zorg.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: niet helemaal duidelijk. Voor sommige kwetsbare groepen is er geen eigen bijdragen. • Zorg in instellingen: onduidelijk. • Farmaceutische zorg: ja, als het medicatiegebruik buiten ziekenhuisopnames betreft. • Mondzorg: ja.

Vervolg Eigen bijdragen	
Vervolg In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	*Bijzonderheden*: Ongeveer 20% bevolking is vrijgesteld van het betalen van eigen bijdragen. Dit omvat bepaalde bevolkingsgroepen (zoals kinderen, studenten, mensen met een handicap en mensen met een laag inkomen) en mensen die behandeling krijgen voor bepaalde aandoeningen – zoals kanker, infectieziekten en chronische psychiatrische aandoeningen. Ook wordt geen eigen bijdrage gevraagd voor vruchtbaarheidsbehandelingen en prenatale zorg. De eigen bijdrage is uniform en bedraagt 20%, met een maximum per jaar. De eigen bijdragen worden vergoed voor mensen met een vrijwillige aanvullende complementaire ziektekostenverzekering. In 2019 maakten eigen bijdragen 11,5% uit van de totale uitgaven aan zorg, wat lager is dan het EU-gemiddelde van 15,4%.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja. • Zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja. *Bijzonderheden*: De Wet op de verplichte ziektekostenverzekering geeft verzekerden recht op gezondheidszorg en op financiële compensatie. De wet vermeldt brede categorieën van gedekte gezondheidszorg en medische hulpmiddelen en deze diensten zouden duidelijker gedefinieerd moeten worden in het Plan en Programma van Gezondheidszorgmaatregelen die onder de verplichte ziektekostenverzekering vallen. Er bestaan echter geen expliciete lijsten van medische zorg en hulpmiddelen die vergoed worden, behalve voor farmaceutische producten. Er is daardoor geen gedetailleerde definitie van wat het basis pakket omvat. Algemeen gesteld is het basispakket breed en dekt de meeste soorten curatieve en preventieve zorg.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): ja. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: nee. Dit is in theorie mogelijk maar in de praktijk niet beschikbaar.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Er zijn twee typen vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekeringen beschikbaar, een complementaire welke in Kroatië 'supplementair' genoemd wordt, en een supplementaire die in Kroatië 'aanvullend' genoemd wordt. Wat er gedekt wordt hangt er dus vanaf wat voor type aanvullende verzekering iemand heeft. Meer dan 60% van de bevolking heeft een aanvullende ziektekostenverzekering. Aanvullende ziektekostenverzekeringen kunnen worden afgesloten bij het ziekenfonds of bij private partijen. Bepaalde bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld mensen met een handicap, orgaandonoren, frequente bloeddonoren, studenten en mensen met een laag inkomen) hebben het recht op een gratis lidmaatschap van de aanvullende ziektekostenverzekering bij ziekenfonds hetgeen wordt gefinancierd uit de staatsbegroting (wat neerkomt op meer dan 60% van de mensen met een vrijwillige ziektekostenverzekering vanuit het ziekenfonds).
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Volgens EU Verordening 883 / 2004 ontvangen Kroatische burgers die in het buitenland wonen een S1 formulier. Gebaseerd op dit formulier ontvangen ze een verzekeringskaart in het land van vestiging. Als ze zorg ontvangen in dat land wordt de rekening door de buitenlandse verzekering naar de CHIF (Kroatische ziekenfonds) gestuurd en de CHIF vergoed deze kosten. Dit is van toepassing op de verplichte zorgverzekering in het land van vestiging. Aanvullende verzekering mag afgesloten worden op eigen kosten. Voor burgers van andere landen die in Kroatië komen wonen geldt dat als ze werknemer of zelfstandige zijn, de premie ingehouden wordt van hun inkomsten. Als ze behoren tot één van de groepen die geen bijdrage betalen (zoals gepensioneerden, studenten en familieleden) hoeven zij niet voor de verzekering te betalen.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	Verplichte zorgverzekeringswet (Narodne Novine (NN); Official Gazette of the Republic of Croatia) No 80/13, van kracht sinds 1 July 2013). Amendmenten: Wet wijziging van de Verplichte zorgverzekeringsweg (NN, Nos 137/13, van kracht sinds 16 november 2013 en 98/19, van kracht sinds 1 januari 2020). Bron: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion European Commission (europa.eu)

Opvallendheden t.a.v. het systeem	
• Bijna de gehele populatie is verzekerd bij het ziekenfonds. • Het basispakket is breed en dekt de meeste soorten curatieve en preventieve zorg. • De gezondheidszorguitgaven als percentage van het BBP bedroegen in 2019 7,0%, hetgeen lager was dan het EU-gemiddelde van 9,9%. • 81,9% van de totale gezondheidsuitgaven werd in 2019 publiek gefinancierd, hetgeen hoger was dan in de meeste landen met een vergelijkbaar uitgavenniveau. • De uitgaven aan de gezondheidszorg worden gedomineerd door poliklinische zorg, intramurale zorg en medicijnen. • Slechts 3,1% van de gezondheidszorgtuitgaven in Kroatië werd in 2019 besteed aan langdurige zorg (vergeleken met het EU-gemiddelde van 16,3%). • Er zijn relatief weinig artsen en verpleegkundigen maar de percentages zijn tussen 2013 en 2019 wel gestegen. • Er worden relatief weinig unmet needs gerapporteerd maar er is wel een behoorlijke variatie waarbij mensen met de laagste inkomens beduidend meer unmet needs rapporteren dan andere inkomensgroepen.	
Digitalisering	
Medicijnen die gedekt worden door het ziekenfonds worden digitaal voorgeschreven. De Gezondheidsdate en informatie Wet is aangenomen in 2019 en heeft tot doel om de bescherming van persoonlijke data te verbeteren in het centrale gezondheidsinformatiesysteem. De Wet voorziet in het opzetten van een centrale eHealth autoriteit door het Ministerie van Gezondheid.	
Wat gaat er minder goed?	
Op basis van de State of Health Europe country profiles worden de belangrijkste uitdagingen van het land gerapporteerd op systeemniveau. • Te voorkomen mortaliteit is veel hoger dan in andere EU-landen • Mortaliteit door behandelbare oorzaken is gedaald maar ligt nog steeds hoger dan het EU-gemiddelde • Het aantal unmet needs van mensen van 65 en ouder in Kroatië behoort tot de hoogste in de EU	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	**2012-2020** Strategieën ter verbetering van de palliatieve zorg door meer integratie en coördinatie van zorg **2019** Verhoging van de premies voor het ziekenfonds om de inkomsten van het ziekenfonds te vergroten **2019** Begrotingsoverschotten komen ten goede aan de gezondheidszorg **2019** Verdere privatisering van de eerstelijnszorg

Bronnen:

Džakula A, Vocanec D, Banadinovic M, Vajagic M, Loncarek K, Lukacevic Lovrencic I, Radin D, Rechel B. Croatia: Health system review. *Health Systems in Transition,* 2021; 23(2): pp.i–146. Croatia health system information (who.int)

Health insurance in the Republic of Croatia | HZZO accessed 24-11-2023

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Croatia: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 2021_chp_hr_english.pdf (europa.eu)

Polin K, et al (2021). "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021

4.10 Letland

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Letland georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie van privaat en publiek. *Bijzonderheden*: Ziekenhuizen zijn van de staat (meestal de grotere ziekenhuizen), van de gemeente (kleinere ziekenhuizen) of privaat. Het is niet duidelijk of de private ziekenhuizen ook zorg aanbieden die door de NHS gefinancierd wordt.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: NHS treedt op als enige afnemer van curatieve gezondheidszorgdiensten namens de staat voor de gehele bevolking. Bewoners kunnen kiezen voor een vrijwillige zorgverzekering, en zijn vrij in de keuze van zorgaanbieders, zowel voor door de staat gefinancierde zorg als voor particulier betaalde zorg.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: belastingen (maar ook veel aanvullend, zie bijzonderheden. Langdurige zorg: combinatie. *Bijzonderheden*: Acute zorg: Er is beperkte overheidsfinanciering voor de gezondheidszorg, waardoor patiënten ofwel aanvullend verzekerd zijn via een vrijwillige ziektekostenverzekering (VHI) of betalen uit eigen portemonnee. Langdurige zorg: De financiering van langdurige zorgvoorzieningen gebeurt gedeeltelijk met gelden uit de staatsbegroting (voornamelijk voor gespecialiseerde langdurige zorginstellingen) en gedeeltelijk door lokale overheden (voor “algemene” langdurige zorginstellingen, zoals zorg voor ouderen).
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering gaat onder meer via directe betalingen door patiënten uit eigen portemonnee en via optionele vrijwillige ziektekostenverzekering (VHI).

Vervolg Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Aanvullende financiering is van toepassing: ja, vooral eigen bijdragen of vrijwillige aanvullende zorgverzekering. *Bijzonderheden*: Hogere inkomensgroepen geven in absolute cijfers hogere bedragen uit maar deze vormen een kleiner deel van hun inkomen. Er zijn vrijstellingsmechanismen voor bepaalde groepen en huishoudens met een laag inkomen, en een plafond voor de hoeveelheid zorg dit gebruik kan worden.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Letland wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Geplande zorg in het buitenland wordt vergoed als de medisch acceptabele wachttijd in Letland wordt overschreden. De vergoeding vindt plaats op basis van de kosten in Letland. Ongeplande zorg in het buitenland wordt vergoed op basis van de EHIC kaart.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken/een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap/wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Alle ingezetenen. *Bijzonderheden*: Naast de burgers van Letland zijn ook mensen met een permanente verblijfsstatus, inwoners van de EU en de European Economic Area, Zwitserland en Oekraïne en vluchtelingen gedekt onder de zorgverzekering. Het basispakket is beperkt en eigen bijdragen zijn hoog.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	N.v.t.

Vervolg Kring der verzekerden	
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	n.v.t.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Rol centrale overheid: • Het Letse gezondheidszorgsysteem wordt gereguleerd via een mix van wetgevende, administratieve en marktmechanismen. • De wet op de structuur van het staatsbestuur (2002) stelt de basisregels vast voor het staatsbestuur en het bestuur van het publieke systeem. • Het parlement neemt wetten aan zoals de wet op de medische behandeling (1997), de apotheekwet (1997) en de wet op de financiering van de gezondheidszorg (2017), die het regelgevingskader bepalen voor de gezondheidszorg, professionele activiteiten en farmaceutische producten en medische hulpmiddelen. • Regelgevende functies, waaronder het vaststellen van normen, monitoring en handhaving, zijn voornamelijk gecentraliseerd bij de centrale overheid, waaronder het parlement, het kabinet van ministers en het ministerie van Volksgezondheid (MoH). • Verschillende instanties onder het MoH, zoals de National Health Service (NHS), de gezondheidsinspectie, het State Agency of Medicines en andere, zijn verantwoordelijk voor regelgevende functies. Rol regionale overheid: • Gemeenten hebben niet langer een regulerende functie in de gezondheidszorg. Dit impliceert dat zij een beperkte of geen rol hebben bij de huidige regulering van het gezondheidszorgstelsel in Letland. Rol zorgverzekeraar: • De NHS contracteert zorgverleners en moet zorgen voor het aanbieden van gezondheidszorg voor de gehele bevolking binnen het gestelde budget. Daarnaast zorgt de NHS voor informatie voor het publiek over publiek gefinancierde zorg en de voorwaarden voor gebruik en toegang tot deze zorg. • De NHS valt onder het Ministerie van Volksgezondheid en de directeur is ambtenaar. • De contracten definiëren het aantal patiënten dat behandeld mag worden per zorgpad en de minimale technische en personele eisen voor het instituut.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Vervolg Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	**Vervolg** Rol verzekeraar: • De NHS bepaalt welke medicijnen vergoed worden. • De vrijwillige ziektekostenverzekering (VHI) wordt in Letland exclusief aangeboden door particuliere bedrijven en biedt voornamelijk groepsdekking aan werkgeversorganisaties, hoewel individuele dekking ook beschikbaar is. Elke verzekeringsmaatschappij kan haar voordelenpakket definiëren en prijs van zorgdiensten zonder enige externe gezondheidsgerelateerde regulering zodra deze een vergunning van de Financiële en Kapitaalmarktcommissie. Deze commissie houdt zich alleen bezig met de financiële levensvatbaarheid van VHI-bedrijven.
Toegang tot private zorg	Mensen kunnen naar private zorgaanbieders, wel wordt dit uit eigen portemonnee betaald.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	Vaste eigen bijdrage: • Voor huisartsenzorg: 1,43 euro. • Voor specialistische zorg: 4,27 euro. • Voor medicijnen: 0,71 euro per voorschrift en in sommige gevallen een percentage van de kosten. • Ziekenhuiszorg: vaste bedragen per dag. Procentuele eigen bijdrage: • Bij sommige voorgeschreven medicijnen en hulpmiddelen.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: niet bekend. • Zorg in instellingen: niet bekend. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja. *Bijzonderheden*: Er is een maximum eigen bijdrage van 570 euro per jaar in 2019. Voor ziekenhuisopname is de maximum eigen bijdrage 355 euro per jaar in 2019. Daarboven betaalt de NHS alle kosten.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja • Huisartsenzorg: ja • Thuiszorg: ja • Zorg in instellingen: ja • Farmaceutische zorg: ja • Mondzorg: nee

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	*Bijzonderheden*: Farmaceutische producten zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van de eigen bijdragen. Een hoge last van eigen bijdragen belemmert de toegankelijkheid van diensten voor personen met laag inkomen. Beperkte staatsfinanciering leidt tot lange en toenemende wachtlijsten. Door de beperkte financiering, maar ook door fragmentatie in planning en inkoop, zijn de patiëntentrajecten gefragmenteerd. Dit heeft een negatieve invloed het zorgcontinuüm (tijdige beschikbaarheid van revalidatie is bijvoorbeeld niet gewaarborgd op basis van medische indicaties), en wordt langdurig ondermijnd (wachtlijsten). Als de gecontracteerde hoeveelheid behandelingen in een ziekenhuis bereikt zijn, mogen ziekenhuizen de prijs volledig doorberekenen aan de patiënt, als die niet wil wachten tot het volgende jaar.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): ja. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: niet van toepassing.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Geen informatie beschikbaar.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	Burgers die in het buitenland wonen hoeven geen belasting of premie te betalen en hebben geen recht op vergoeding door Letland voor zorg ontvangen in het land van verblijf. Burgers die in het buitenland wonen krijgen geen vergoeding voor hun zorg in het buitenland en moeten zichzelf verzekeren, in enkele gevallen kunnen ze toch een vergoeding krijgen. De situatie is complex. Het belangrijkste criterium om zorg te krijgen in Letland is burgerschap en permanente vestiging of vergelijkbare status. Er zijn echter geen specifieke vergoedingsprincipes voor zorg ontvangen in een ander land als de burger in dat andere land woonachtig is.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	De wettelijke situatie is: Door de staat betaalde zorg in Letland is beschikbaar voor: • Burgers van Letland. • Niet-burgers van Letland, volgens het principe van residentie. • Voor burgers uit de EU, IJsland, Lichtenstein, Noorwegen en Zwitserland die in Letland in loondienst werken of werken als zelfstandige (inclusief hun familieleden). • Buitenlanders met een permentente verblijfsvergunning. • Vluchtelingen en statushouders. • Kinderen onder de 18 van mensen uit bovengenoemde categorieën. • Echtgenoten van Letse burgers en permanent gevestigden kunnen door de staat betaalde geboortezorg krijgen, zonder eigen bijdrage. Als iemand zich gevestigd heeft in een andere lidstaat, dan heeft hij of zij het recht om zorg van dit land te krijgen als inwoner, maar heeft ook nog recht op zorg betaald door Letland (op basis van burgerschap). Dit heeft geleid tot politiek debat om een speciale heffing of maandelijkse contributie te vragen van deze person, maar dit is nog niet besloten.

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- De beperkte middelen vormen een belemmering voor de volksgezondheid. Letland geeft minder uit dan andere EU-landen op het gebied van gezondheid en preventie (6,6% van het bruto nationaal product). De eigen bijdragen vormen 37% van de zorguitgaven (in 2019) en zijn daarbij één van de hoogste in Europa.
- Van huisartsen en gemeenten wordt verwacht dat zij een sleutelrol zullen spelen in de dienstverlening aan het publiek gezondheidsstrategie, maar beide lijken overbelast met te weinig middelen.
- Het aandeel van de Letse bevolking dat onvervulde behoeften aan medische behandeling rapporteert behoort tot de hoogste in Europa. In 2019 meldde 4,3% van de bevolking dat vanwege de kosten van medische zorg afgezien was.
- Het aantal ziekenhuisbedden is tussen 2000 en 2019 gehalveerd.
- De ‘unmet needs’ als gevolg van reistijden, wachtlijsten en/of kosten in Letland zijn de hoogste in Europa. Bovendien werden de lagere inkomensgroepen onevenredig getroffen: Letten in het laagste inkomenskwintiel rapporteerden veel meer onvervulde behoeften aan medische zorg (8,8%) dan die in de hoogste (1,3%).

Digitalisering

Het e-gezondheidssysteem bestaat uit twee delen: één voor het publiek en één voor bevoegde zorgverleners. Het publieke gedeelte, toegankelijk via het e-Health-portaal biedt informatie over het gezondheidszorgsysteem, gezond leefstijlen, databases etc. Na authenticatie kunnen bewoners hun basis gezondheidsgegevens inzien en huidige recepten of ziekteverlofcertificaten controleren. Zorgprofessionals kunnen patiëntgegevens invoeren en verwerken en medicijnen en ziekteverlofattesten voorschrijven, terwijl apothekers toegang hebben tot recepten voor de patiënt en markeer de levering ervan aan de apotheek.

Wat gaat er minder goed?	
• Eigen bijdragen in Letland is zeer hoog, ongeveer 36% van de totale gezondheidsuitgaven - meer dan twee keer het EU-gemiddelde. Dit leidt ertoe dat mensen meer uitgeven aan gezondheidszorg dan ze zich kunnen veroorloven (15% van de Letse huishoudens ervaart catastrofale gezondheidsuitgaven) en afzien van behandeling: het percentage van de Letse bevolking dat melding maakt van onvervulde behoeften aan medische behandeling was een van de hoogste in Europa, zowel vóór als tijdens de COVID-19-pandemie.	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	• In 2019 was Letland bezig met het creëren van regionale ziekenhuisnetwerken, waarbij verschillende niveaus van ziekenhuizen binnen elke regio werden gedefinieerd om dubbel gebruik van capaciteiten te voorkomen en samenwerking en coördinatie van zorg te ondersteunen • Na de economische crisis in 2012 begon Letland met het koppelen van de dekking aan de betaling van sociale verzekeringspremies • In 2018 voerde Letland een hervorming van de gezondheidszorgfinanciering door (waarbij het recht op zorg gekoppeld was aan de betaling van premies), hoewel dit later is stopgezet • In 2018 werd elektronisch voorschrijven ingevoerd

Bronnen:

Behmane D, Dudele A, Villerusa A, Misins J, Kļaviņa K, Mozgis D, Scarpetti G. Latvia: Health system review. Health Systems in Transition, 2019; 21(4):i–165. 2021_chp_lv_english.pdf (europa.eu)

Polin K, et al (2021). "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021 "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview - ScienceDirect

4.11 Litouwen

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Litouwen georganiseerd?	
Is de zorg particulier of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden:* Huisartsenzorg wordt voornamelijk door private praktijken aangeboden die gecontracteerd worden door het Nationale Ziekenfonds. Ziekenhuizen en poliklinieken zijn veelal publiek, private instellingen leveren vooral dagchirurgie. Een toenemend aantal private ambulante specialisten wordt gecontracteerd door het ziekenfonds. Litouwen heeft een gemengd verzekeringssysteem, dat voornamelijk gefinancierd wordt door het Nationaal Gezondheidsverzekeringsfonds (NHIF) via een nationaal gezondheidsverzekeringsstelsel en gebaseerd is op verplichte deelname. Het staatsgezondheidszorgsysteem is bedoeld om de hele bevolking te bedienen, en de Zorgverzekeringswet vereist dat alle permanente inwoners en legaal werkende niet-permanente inwoners deelnemen aan het verplichte zorgverzekeringsstelsel (doorgaans 6-9% van het belastbaar inkomen), zonder de mogelijkheid om zich hiervoor af te melden. Ongeveer 60% van de totale bevolking is verzekerd op kosten van de staat, werkenden betalen een bijdrage aan de verzekering.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Langdurige zorg lijkt een taak van de (lokale) overheid. Wijkverpleging valt onder het ziekenfonds en sociale zorg onder de gemeente.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: combinatie. Langdurige zorg: combinatie. *Bijzonderheden*: Acute zorg wordt verstrekt aan alle inwoners. Andere gezondheidsdiensten zijn beschikbaar voor verzekerde personen, waarbij de belangrijkste kosten van behandeling worden gedekt door de verplichte sociale verzekering. Mensen die geen verplichte bijdragen betalen of niet verzekerd zijn door de staat, moeten zelf de kosten van gezondheidsdiensten betalen.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Alle ontvangers van langdurige zorg moeten bijdragen door hun aandeel aan kosten te betalen op basis van hun inkomen en bezittingen (in geval van residentiële zorg). Het bedrag hangt af van het type langdurige zorg en de zorgbehoevende persoon. Gemeenten hebben het recht om mensen te ontheffen van betaling. De staat controleert echter niet de kosten voor diensten. In het geval van langdurige zorg in instellingen moeten patiënten echter 100% van de vergoeding voor verpleeg- of hulpkosten betalen. Daarnaast moeten mensen betalen voor langdurige residentiële zorg. Het bedrag mag niet meer bedragen dan 80% van het inkomen van de persoon waar de waarde van hun bezittingen lager is dan de minimumwaarde vastgesteld door de gemeente. Als de waarde hoger is, wordt 1% van het overschot zowel van de bezittingen als het inkomen van volwassenen in aanmerking genomen in de vermogenstoets, terwijl in het geval van kinderen alleen het inkomen in aanmerking wordt genomen. Het is niet helemaal duidelijk hoe het zit met 100% vergoeding van verpleegkosten en de maximale bijdrage van 80% van het inkomen en of dit betekent dat als de kosten van verpleging meer dan 80% van het inkomen vormen, dit toch vergoed wordt. Alle medische diensten voor langdurige zorg voor personen die onder de verplichte ziekteverzekering vallen, zijn kosteloos. Ziekteverzekeringsfondsen dekken de kosten van ondersteunende behandeling en opnameverplegingsdiensten per bed per dag, afhankelijk van de werkelijke duur van de opnamebehandeling, maar niet langer dan 120 dagen per kalenderjaar. Als de patiënt palliatieve zorg nodig heeft, is er geen beperking aan de duur ervan.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Via de (lokale) overheid. • Eigen bijdragen.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	*Bijzonderheden*: Er bestaat een combinatie van betalingsmethoden voor gezondheidsdiensten die publiekelijk gefinancierd worden. Eerstelijnszorg wordt voornamelijk gefinancierd via per capita betalingen, met een kleinere bijdrage van vergoedingen voor diensten en prestatiegerelateerde betalingen. Poliklinische zorg wordt voornamelijk gefinancierd via gevalideerde betalingen en vergoedingen voor diagnostische tests. Klinische zorg wordt voornamelijk gefinancierd via gevalideerde betalingen en budgetten. Publieke gezondheid wordt voornamelijk gefinancierd via budgetten. Er is een element van kostenverdeling over de meeste gebieden van gezondheidsdienstverlening. De rol van aanvullende private ziektekostenverzekering (VHI) heeft in de praktijk geen merkbare invloed.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Het nationale ziekenfonds int de inkomensafhankelijke bijdrage van werkenden. De staat draagt het deel bij van niet-actieven die onder de dekking van de staat vallen (ongeveer 60% van de bevolking).
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Litouwen wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Iedereen die in Litouwen woont is verplicht bij te dragen aan het ziekenfonds. Als ze dat niet doen, moeten ze hun zorgkosten zelf betalen. Bron: Compulsory Health Insurance in Lithuania (renkuosilietuva.lt)
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken/een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap/wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Alle ingezetenen of deel van de populatie. *Bijzonderheden*: De staat dekt kwetsbare bevolkingsgroepen om ervoor te zorgen dat zij toegang hebben tot gezondheidszorg. Ongeveer 60% van de totale bevolking is verzekerd door de staat, waaronder degenen die in aanmerking komen voor pensioen of sociale bijstand, kinderen jonger dan 18 jaar, studenten, vrouwen in zwangerschapsverlof, alleenstaande ouders, geregistreerd werklozen, gehandicapten en hun verzorgers, en mensen die lijden aan bepaalde overdraagbare ziekten. Spoedeisende zorg wordt kosteloos verstrekt aan alle permanente inwoners, ongeacht hun verzekeringsstatus. Buitenlanders en niet-permanente inwoners hebben recht op kosteloze spoedeisende zorg volgens bestaande internationale overeenkomsten.

Vervolg Kring der verzekerden	
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Zij komen in aanmerking voor dekken door de staat (60% van de bevolking). Er is een kleine groep die niet actief is en niet gedekt wordt door de staat, hoe de bijdrage van deze mensen berekend wordt is niet bekend.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Er is maar één ziekenfonds en er is een verplichte verzekering. Echter mensen moeten kunnen aantonen dat ze tot de groep behoren met staatsdekking of premie betaald hebben om voor vergoeding van zorg in aanmerking te komen.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn bijvoorbeeld: • Centrale overheid. • Regionale overheid. • Het Nationale Ziekenfonds (NHIF). Rol centrale overheid: • Vaststellen basispakket. • Algemene supervisie. • Vaststellen zorguitgaven / zorgbegroting (door Ministerie van Financiën). • Uitvoering van de zorg. Rol Nationale Ziekenfonds: • Zorg inkoop. Rol regionale overheid: • Uitvoering van de zorg.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Vervolg Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	*Bijzonderheden*: Het centrale kantoor van het NHIF is verantwoordelijk voor budgetplanning en -beheer, inclusief beslissingen over financiële reserves, toezicht en controle van de territoriale afdelingen, het bijhouden van het register van verzekerde personen en inkoop. Regionale afdelingen van het NHIF sluiten contracten af met zorgverleners en apotheken. Ze betalen zorgverleners voor de verleende gezondheidsdiensten aan verzekerde inwoners en apotheken voor terugbetaalbare geneesmiddelen die aan patiënten zijn verstrekt. De afdelingen sluiten ook contracten af en vergoeden zorgverleners en apotheken, verspreiden informatie, controleren de dienstverlening in de regio's en financieren gemeentelijke gezondheidsprogramma's. Toezichthoudende raden van regionale NHIF-afdelingen hebben adviserende functies en bestaan uit vertegenwoordigers van het Ministerie van Volksgezondheid, het centrale NHIF en de gemeenten. Er zijn parallelle zorgstelsels voor defensie en politie.
Toegang tot private zorg	Ja. *Bijzonderheden*: De private sector speelt een aanzienlijke rol in tandheelkundige zorg, cosmetische chirurgie, psychotherapie, sommige poliklinische specialismen en eerstelijnszorg. Private ziektekostenverzekering is toegestaan, maar de rol ervan is zeer beperkt.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: ja, farmaceutische zorg. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): nee .
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: soms. • Huisartsenzorg: soms. • Thuiszorg: soms. • Zorg in instellingen: soms. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja. *Bijzonderheden*: Er wordt een kleine bijdrage gevraagd voor het registreren bij een huisarts (0,30 euro). Ziekenhuiszorg wordt vergoed als de patient verwezen is door een huisarts, anders moet een door het ziekenfonds vastgestelde bijdrage betaald worden. Verder zijn er instellingen die eigen bijdragen vragen, bijvoorbeeld voor diagnostische procedures. Dit is een continu onderwerp van politiek debat.

Vervolg Eigen bijdragen	
Vervolg In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	Voor medicijnen bedraagt de eigen bijdrage een vast bedrag van de referentieprijs die vastgesteld is door het NHIF. Als de prijs die de apotheek rekent hoger is dan de referentieprijs moet de patient dit verschil ook zelf betalen.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja. • Zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: nee. • Mondzorg: nee.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen spelen vrijwel geen rol in Litouwen. *Bijzonderheden*: Een poging om aanvullende VHI te ontwikkelen binnen het staatsgezondheids-verzekeringsstelsel was niet succesvol, voornamelijk vanwege de formeel genereuze reikwijdte van diensten die gratis worden verstrekt en de negatieve houding van de bevolking ten opzichte van extra betalingen in de gezondheidszorg.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Ja. *Bijzonderheden*: Litouwers die buiten Litouwen wonen zijn niet verzekerd voor vergoeding van zorg vanuit Litouwen en moeten eventuele zorg in het buitenland zelf betalen.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	• Wet van de Republiek Litouwen van 21 mei 1996 betreffende de Zorgverzekering No I-1343. • Wet van de Republiek Litouwen van 19 juli 1994 betreffende het zorgstelsel No I-552 ○ (ii) Benefits in cash. • Wet van de Republiek Litouwen van 21 december 2000 betreffende de sociale zekerheidsverzekering voor ziekte en moederschap. • Wet van de Republiek Litouwen van 29 juni 2016 over compensaties No XII-2507 (Regulation (EB) 883/2004 geldt vanaf 1 januari 2017). • Regelingen betreffende sociale zekerheidsverzekering voor ziekte en moederschap, No 86 van 25 januari 2001. • Regels ten behoeve van de Vrijwillige Staats Sociale Zekerheidsverzekering, No 1191 van 28 oktober 1997. • Beschrijving van de procedures ten behoeve van het aanvragen en de toewijzing en betaling van doelgerichte vergoederingen, No A1-39, 23 januari 2019. Voor de volledige tekst zie: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu).

Opvallendheden t.a.v. het systeem	
• In 2019 bedroegen de gezondheidsuitgaven per capita in Litouwen 1.885 euro, bijna de helft van het EU-gemiddelde (3.521 euro, aangepast voor verschillen in koopkracht), maar behoren ze tot de hoogste in Midden- en Oost-Europa. Tussen 2015 en 2019 groeiden de gezondheidsuitgaven met ongeveer 6% per jaar, wat leidde tot een geleidelijke verkleining van de kloof met het EU-gemiddelde. Echter, gemeten als percentage van het BBP, bleven de gezondheidsuitgaven in Litouwen vrij laag, op 7,0%, in vergelijking met het EU-gemiddelde van 9,9%. In 2019 werd slechts tweederde (66%) van de gezondheidsuitgaven publiek gefinancierd, terwijl het resterende derde deel afkomstig was uit particuliere bronnen, voornamelijk eigen bijdrage. Dit staat in contrast met het EU-gemiddelde, waar ongeveer 80% van de gezondheidsuitgaven publiek gefinancierd is.	
Digitalisering	
Aan het begin van de pandemie bevond het Litouwse e-gezondheidssysteem zich in het proces van herontwikkeling. Een belangrijke verschuiving naar de digitalisering van diensten, evenals de noodzaak van snelle, nauwkeurige en breed scala aan gegevensverzameling, leidde tot een veel breder gebruik van e-gezondheid door inwoners, zorgverleners en overheidsinstanties.	
Wat gaat er minder goed?	
• In 2019 gaf slechts 46 % van de Litouwse bevolking aan in goede gezondheid te verkeren – het laagste percentage in de EU. Net als in andere landen geven mensen met hogere inkomens vaker aan in goede gezondheid te verkeren: twee derde van de mensen in het hoogste inkomenskwintiel beschouwt zichzelf als in goede gezondheid, vergeleken met slechts een kwart van degenen in het laagste kwintiel. Deze inkomenskloof op het gebied van zelfgerapporteerde gezondheid behoort tot de hoogste in de EU.	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	Aan het einde van 2015 keurde de regering van Litouwen de vierde fase van de gezondheidszorg hervorming goed. Dit maakt deel uit van een voortdurende en ingrijpende gezondheidszorg hervorming die begon in 2003 en oorspronkelijk gepland was om in drie fasen te worden uitgevoerd uiterlijk in 2012. Echter, tegen het einde van de derde fase waren de geplande veranderingen niet volledig gerealiseerd, vooral op het gebied van het verbeteren van efficiëntie en consolidatie van het ziekenhuisnetwerk. Daarom werd de vierde fase geïntroduceerd, die naar verwachting tegen het einde van 2017 zou worden afgerond. Het hoofddoel van dit plan was om de dienstverlening te blijven verschuiven naar de juiste setting (eerstelijnszorg, poliklinisch, dagzorg, langdurige zorg) in plaats van klinische zorg, en ervoor te zorgen dat de middelen van het gezondheidssysteem efficiënter worden gebruikt. De hervorming is echter in 2018 in de ijskast gezet.

Recente beleidsaanpassingen	
Vervolg Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	Hervormingen hebben de last van eigen bijdrage voor geneesmiddelen verminderd, vooral voor de meest kwetsbare groepen. In juli 2020 verruimde de overheid de groepen in de bevolking die recht hebben op 100% vergoeding voor op de lijst vermelde geneesmiddelen en medische producten. Naast kinderen onder de 18 jaar, mensen met een ernstige handicap en gepensioneerden met een laag inkomen, omvat deze groep nu ook iedereen boven de 75 jaar. Andere bevolkingsgroepen (ontvangers van het pensioen en mensen met minder ernstige handicaps) behouden het recht op 50% vergoeding. Verdere vrijstellingen van volledige kosten omvatten 50% of 100% vergoeding voor medicijnen voor de behandeling van specifieke aandoeningen. Deze beleidsmaatregelen zijn in lijn met de farmaceutische strategie voor Europa van de Europese Commissie, die tot doel heeft toegang tot betaalbare medicijnen voor patiënten te waarborgen als een van haar vier centrale pijlers (Europese Commissie, 2020). Het Nationaal Veerkracht en Herstelplan van Litouwen werd in juli 2021 goedgekeurd door de Europese Commissie en zal worden gefinancierd met 2,2 miljard euro aan subsidies. Er is een toezegging gedaan van 268 miljoen euro voor drie belangrijke hervormingen om een sterker en veerkrachtiger gezondheidssysteem te creëren. • De eerste strategie zal de toegang tot en kwaliteit van zorg verbeteren, evenals innovatie bevorderen door de oprichting van competentiecentra die tertiaire zorg verlenen, en de ontwikkeling van een platform voor competenties van gezondheidswerkers dat is gekoppeld aan licenties. Andere elementen zijn de oprichting van een model voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg en de ontwikkeling van een digitaal gezondheidssysteem. • De tweede strategie omvat investeringen in de infrastructuur en het personeelsbestand voor langdurige zorg, zodat aan groeiende behoeften kan worden voldaan en de duurzaamheid van sociale en gezondheidszorg kan worden verbeterd. • De laatste strategie heeft tot doel de noodrespons van gezondheidsdiensten te versterken door vijf regionale ziekenhuizen aan te wijzen voor de zorg voor besmettelijke ziekten en de spoedeisende hulpafdelingen van 10 regionale ziekenhuizen aan te passen om om te gaan met noodsituaties.

Bronnen:

Karanikolos et al (2013) Pursuing health care efficiency in Lithuania. Eurohealth 19:3 44-47 http://www.lse.ac.uk

Ministry of Health (2015) Government has approved the fourth stage of the health system development plan http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/lr-vyriausybe-pritare-ketvirto-sveikatos-sistemos-pletros-etapo-planui

Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(2): 1–150 HiT Lithuania (who.int)

Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005

The Govenment of the Republic of Lithuania (2015) Resolution on the fourth stage of of health system development and hospital network consolidation plan https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/e6d81660a33a11e58fd1fc0b9bba68a7

www.missoc.org, accessed 21-11-2023

4.12 Oostenrijk

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Oostenrijk georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: de zorg is deels gefinancierd door de overheid (landelijk en regionaal) en deels door Social Health Insurance (SHI) fondsen.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Er zijn andere financieringsstromen en wetten van toepassing voor care en cure. De organisatie en financiering van de gezondheidszorg (cure) volgt de centrale SHI structuur, terwijl de regionale overheden verantwoordelijk zijn voor de langdurige zorg (care) en sociale zorg (social care). Dit zorgt voor verschillen in dekking en kwaliteitsbewaking tussen de verschillende regio's.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: combinatie (belastingen en premie). Langdurige zorg: combinatie (belastingen en eigen bijdrage). *Bijzonderheden*: Bij acute zorg is het grootse deel van de zorg gefinancierd via SHI bijdrages. De op-een-na grootste bron zijn belastingen en daarna private uitgaven, welke o.a. bestaan uit eigen bijdragen en premie voor vrijwillige aanvullende verzekering. Langdurige zorg wordt grotendeels gefinancierd door de landelijke en lokale overheden (verhouding 2015: 1,6% van BNP uitgaven aan langdurige zorg, waarvan 0,3% privaat gefinancierd). In 2016 was ongeveer 60% van de geleverde zorg gefinancierd door belastingen van landelijke en regionale overheden en 40% via inkomensafhankelijke bijdragen van individuele huishoudens die thuiszorg ontvangen.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Nominale premies (VHI). • Eigen bijdragen. • SHI premies.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Langdurige zorg: • Eigen bijdragen. *Bijzonderheden*: zie bijzonderheden hierboven.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Voor werknemers wordt de premie ingehouden op het loon door de werkgever. Familieleden (kinderen, echtgenoten en partners) kunnen meeverzekerd worden bij de werknemer. Sinds 2010 kunnen ook o.a. parttimers, quasi-freelancers en uitzendkrachten deelnemen aan het SHI systeem. Zie ook 'Kring der verzekerden'.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Oostenrijk wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Expats in Oostenrijk moeten een ziektekostenverzekering hebben. Ze kunnen meestal deelnemen aan het SHI systeem via hun werkgever. Ook kunnen ze deelnemen aan het SHI systeem als ze: eigen baas, freelancer, gepensioneerd, familielid van een verzekerde of werkeloos zijn, maar in aanmerking komen voor uitkering (zelfde regels als voor alle andere inwoners van Oostenrijk, zie 'Kring der verzekerden'. Freelancers en werkelozen kunnen ook kiezen voor een vrijwillige (aanvullende) verzekering (VHI) in plaats van deelname aan het SHI. Ook kunnen expats kiezen om aanvullend VHI af te sluiten. Bronnen: • Austria Health Insurance for Expats – The Austrian Healthcare System (schengenvisainfo.com). • Getting health insurance in Austria | Expatica.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd wordt, hoe dragen in het buitenland wonende verzekerden / verdragsgerechtigden, waar Oostenrijk de bevoegde lidstaat voor is, bij aan het zorgstelsel? Betalen zij ook een premie?	In Oostenrijk is iedereen verplicht een zorgverzekering af te sluiten en heeft daarmee recht op dezelfde zorg als in Oostenrijk geboden wordt. Voor gepensioneerden wordt de premie ingehouden van hun pensioen en door de staat aan het ziekenfonds betaald. Kosten worden vergoed op basis van prijsniveau van Oostenrijk of minder als de werkelijke kosten lager zijn. Bij vooraf gegeven toestemming worden wel alle kosten betaald. Meer details kunt u hier vinden: https://www.gesundheit.gv.at/en/service/patient-mobility/patient-rights-en/faq-treatment-other-eu-member-states-en.html.

Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken/een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap/wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	• Werkenden: ja . • Niet-actieven : ja. • Vluchtelingen: ja, deels. In 2016 was 99.9% van de bevolking van Oostenrijk (inclusief niet-inwonenden) gedekt door SHI. Daarvan betaalde 76% van de verzekerden SHI bijdrage op loonbasis en was 24% verzekerd via deze 76%, als kind, echtgenoot of partner. Sinds 2010 kunnen ook o.a. (marginale) parttimers, quasi-freelancers en uitzendkrachten deelnemen aan het SHI systeem. Voor werkelozen wordt bijdrage aan het SHI door de landelijke overheid betaald en ook voor gepensioneerden wordt de SHI bijdrage deels vergoed door de overheid en deels door pensioenfondsen. Geregistreerde asielzoekers kunnen deelnemen aan het SHI en kunnen dezelfde zorg krijgen als burgers. Hun SHI bijdragen worden door landelijke fondsen betaald. Ongedocumenteerde migranten worden niet gedekt door het SHI en moeten hun zorgkosten via eigen bijdrage betalen. Ook oudere studenten die niet meeverzekerd kunnen worden en werkelozen die niet in aanmerking komen voor een uitkering, kunnen niet altijd SHI verzekering krijgen. *Bijzonderheden*: gevangen worden niet gedekt via het SHI systeem en krijgen gezondheidszorg van intern aangestelde zorgmedewerkers en/of externe artsen. Voor meer info, zie: Countries covered by the HSPM platform (who.int).
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Alleen van toepassing voor premiegefinancierde systemen. Categorieën: • Familieleden (meeverzekerd bij werkende of niet): ja, kinderen, partners en echtgenoten kunnen meeverzekerd worden bij SHI. Zie item hierboven. • Overige niet-werkenden (kunnen wel/niet deelnemen): ja, werkelozen, gepensioneerden en geregistreerde asielzoekers kunnen ook deelnemen aan het SHI. Zie item hierboven. *Bijzonderheden*: Een kleine groep (zoals mensen met een heel laag inkomen en studenten) die niet via bovenstaande groepen gedekt zijn, kunnen een vrijwillige verzekering afsluiten bij de SHI fondsen.

Vervolg Kring der verzekerden	
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Zelfstandig inschrijven is mogelijk: ja. *Bijzonderheden*: Er is geen vrije keuze van ziekenfonds voor verzekerden, bij wet is geregeld onder welk ziekenfonds je valt. Gepensioneerden en werkelozen kunnen deelnemen aan het SHI systeem en hun bijdrage wordt (deels) betaald door de landelijke overheid.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn bijvoorbeeld: • Centrale (/federale) overheid. • Regionale overheid (Länder). • Zorgverzekeraars (SHI fondsen). Rol centrale (/federale) overheid: • Vaststellen minimum basispakket. • Vaststellen zorguitgaven/zorgbegroting. • Supervisie van SHI fondsen en het HVB (het nationale instituut voor sociale zekerheidsinstanties, dat onder andere beslist over het basispakket van farmaceutische zorg). • Supervisie en financiering van langdurige zorg. • Ministerie van Financiën houdt zich bezig met financiering van de zorg, Ministerie van Onderwijs is verantwoordelijk voor de opleiding van artsen. Rol regionale overheid (Länder): • Uitvoering van de zorg: Ze zijn o.a. verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van ziekenhuisbeden en het grootste deel van de publieke en private non-profit ziekenhuizen zijn eigendom van de Länder of gemeentes. • Financiering van een deel van de zorg in ziekenhuizen. Eigenaar van ziekenhuizen. Rol zorgverzekeraar (SHI fondsen): • Inkoop zorg (ambulante / extramurale zorg). • De contracten met de artsen definiëren welke zorg gedekt is.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Vervolg Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	*Bijzonderheden*: De uitvoer van zorg is georganiseerd door onderhandelingen tussen SHI fondsen en zorgprofessionals, behalve voor ziekenhuiszorg. Er is een landelijk minimum basispakket, voor farmaceutische zorg is er een positieve lijst. Dit basispakket bestaat uit een lijst van typen zorg, opgesteld door de landelijke overheid, die aangeeft welke zorg vanuit de wet vergoed dient te worden. Zie 'Het basispakket'. Gemeentes spelen maar een hele kleine rol (vandaar niet omschreven), maar in sommige regio's (Länder) dragen ze wel bij aan de financiering van ziekenhuizen via de Länder.
Toegang tot private zorg	Mensen kunnen naar private zorgaanbieders en die zorg moet (deels) uit eigen portemonnee betaald worden, afhankelijk van of mensen verzekerd zijn met vrijwillige aanvullende verzekering (VHI).
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: ja, voor sommige typen zorg, namelijk voor therapeutische en visuele hulpmiddelen en voor bezoek aan een niet-gecontracteerde huisarts of een specialist. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): ja, voor sommige behandelingen of typen zorg, namelijk voor bezoek aan een (gecontracteerde) huisarts, voorgeschreven medicijnen, medicijnen voor revalidatie en voor intramurale zorg. Ook wordt er een verschil gemaakt tussen kosten die gedeeld zijn met de SHI's (cost sharing) en volledige en directe eigen bijdragen (direct payments). Het verschilt per type zorg welke soort bijdrage van toepassing is, zie Countries covered by the HSPM platform (who.int). Mensen die een bijstandsuitkering ontvangen hoeven geen eigen bijdrage te betalen. *Bijzonderheden*: Naast de verplichte eigen bijdragen, geven veel Oostenrijkers hun artsen een informele bijdrage in de vorm van extra betalingen, cadeaus of donaties aan het ziekenhuis voor een snellere toegang tot zorg. Ook lijkt het erop dat patiënten soms worden overgehaald tot behandeling via de aparte privékliniek van een arts, om zo eerder of beter geholpen te kunnen worden. Er worden echter niet systematisch en landelijk data verzameld over informele betalingen.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	Ziekenhuiszorg: ja. Huisartsenzorg: ja. Thuiszorg: ja. Zorg in instellingen: ja. Farmaceutische zorg: ja. Mondzorg: ja.

Vervolg Eigen bijdragen	
Vervolg In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	*Bijzonderheden*: Ook al geldt (bijna) overal een eigen bijdrage voor, dit lijkt Oostenrijkse burgers niet te weerhouden van het afnemen van zorg. Dit komt voornamelijk door de vele uitzonderingscategorieën en plafonds die van toepassing zijn op de verschillende eigen bijdragen. Zo zijn mensen met een laag inkomen, mensen met bepaalde infectieziektes, mensen met een taakstraf, gepensioneerden, asielzoekers en kinderen onder de 15 vaak uitgezonderd. Er bestaan echter wel verschillen tussen SHI fondsen in de hoeveelheid eigen bijdrage die betaald dient te worden, waardoor soms ongelijkheden kunnen ontstaan. Iedereen die meer dan 65 uur zorg nodig heeft via thuiszorg of instellingszorg krijgt op basis van de behoefte aan zorg en zonder inkomenstoetsing een zorgtoeslag (Pflegegeld). Het is niet duidelijk of dit voldoende is om de zorgbehoefte te dekken. In tegenstelling tot in andere Europese landen, kunnen ontvangers de toeslag besteden zoals ze zelf willen. Ook kunnen mensen met een langdurige zorgbehoefte een bijdrage in natura krijgen, die daarentegen wel inkomensafhankelijk is.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg: ja, bij wet wel, maar precieze vergoeding is afhankelijk van onderhandelingen tussen ziekenfonds en zorgverleners. • Huisartsenzorg: ja, bij wet wel, maar precieze vergoeding is afhankelijk van onderhandelingen tussen ziekenfonds en zorgverleners. • Thuiszorg: ja. • Zorg in instellingen: alleen voor revalidatie is bij wet vastgelegd dat het vergoed moet zijn. Langdurige zorg is apart van het SHI georganiseerd en valt onder de Länder. • Farmaceutische zorg: ja, grotendeels, in 2018 werden 7372 van de 9182 op de markt vergoed via het basispakket. • Mondzorg: ja, bij wet wel, maar precieze vergoeding is afhankelijk van SHI. Ook is bij wet vastgelegd dat beugels voor kinderen moeten worden vergoed. *Bijzonderheden*: Er is in Oostenrijk een minimum verplicht basispakket. De SHI's stellen via contracten met artsen vast welke zorg zij precies vergoeden. Voor medicijnen is er een positieve lijst.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	Voor farmaceutische zorg is een systeem van toepassing waarbij sommige medicijnen vrij kunnen worden voorgeschreven door een arts (de groene box), sommige medicijnen alleen met extra documentatie van de argumentatie of alleen met toestemming van een SHI arts (licht- en donker-gele box) en sommige medicijnen nog niet in het basispakket zitten, maar waarvoor dit is aangevraagd. Zie voor meer informatie: Countries covered by the HSPM platform (who.int) overgehaald tot behandeling via de aparte privékliniek van een arts, om zo eerder of beter geholpen te kunnen worden. Er worden echter niet systematisch en landelijk data verzameld over informele betalingen.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja, bijvoorbeeld: een speciale privékamer in het ziekenhuis, vergoeding van transport naar het ziekenhuis, vrije keuze van zorgprofessionals. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): ja, bijvoorbeeld voor vergoeding van eigen bijdrage voor ongecontracteerde zorgprofessionals. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): nee. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: ja, mensen die buiten het SHI systeem vallen kunnen deelnemen aan een speciaal VHI schema dat door SHI fondsen wordt aangeboden.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	De kosten voor zorg in het buitenland worden vergoed op basis van de kosten in Oostenrijk. Eventueel verschil moet uit eigen zak bijbetaald worden (European Health Insurance Card | Europäisches Verbraucherzentrum Österreich (europakonsument.at)). Patienten moeten de kosten eerst zelf voorschieten en kunnen deze dan declareren in Oostenrijk. Vooraf toestemming vragen voor geplande zorg is niet noodzakelijk, maar wel aan te bevelen omdat je bij toestemming de volledige rekening vergoed krijgt.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	• Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG [General Social Security Act], BGBl. No 189/1955 en de amendementen hierop.. • Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG [Self-Employed Persons' Social Insurance Act], BGBl. No 560/1978 en de amendementen hierop • Verstrekkingen onder de private zorgverzekering die de verplichte zorgverzekering vervangt onder GSVC, in overeenstemming met paragraaf 5 GSVG. • Diverse verzekeringen voor bepaalde beroepsgroepen (ambtenaren, boeren) of risico's (ongevallen). • Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz – KAKuG BGBl. No 1/1957 en de amendementen hierop. • Bundespflegegeldgesetz – BPGG, BGBl. No 110/1993 en de amendementen hierop.

Opvallendheden t.a.v. het systeem	
• Er zijn relatief veel artsen beschikbaar (5.3 per 1.000 burgers, in 2019) en ook relatief veel verpleegkundigen (10.4 per 1.000 burgers). Maar het aantal huisartsen is relatief laag, namelijk maar 14% van alle artsen in 2019. Ook zijn veel artsen relatief oud en naderen binnenkort de pensioenleeftijd. • Er zijn relatief veel ziekenhuisbedden beschikbaar (7.2 bedden per 1.000 burgers in 2019).	
Digitalisering	
In 2014 is het elektronisch patiëntdossier is ingevoerd in Oostenrijk en in 2020 werd dit gebruikt in bijna alle apotheken en het grootste deel van de ziekenhuizen.	
Wat gaat er minder goed?	
• Oostenrijk heeft een van de duurste zorgstelsels in heel Europa. In 2019 waren de per capita uitgaven aan zorg 3.943 euro, alleen Duitsland en Nederland hadden dat jaar een hogere uitgave. • Het zorgstelsel van Oostenrijk is erg complex qua bestuur. Zowel de federale overheid als de regionale overheden en ziekenfondsen spelen hierin een rol (zie kopje Verantwoordelijkheden).	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	• In 2012 en 2017 zijn twee belangrijke beleidsaanpassingen doorgevoerd om fragmentatie te verminderen en organisatie meer centraal te maken. Een zogenaamde 'Doelgerichte Bestuurscommissie' moest de federale overheid, de regionale overheden en de SHI's samenbrengen met als doel samen te besluiten welke zorg- en financiële doelen behaald moesten worden. • In 2020 zijn alle SHI fondsen samengevoegd tot 5 losse SHI fondsen, waaronder 1 SHI fonds dat voortkomt uit de 9 regionale fondsen, namelijk: die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK). Dit laatste fonds dekt ongeveer 82% van de verzekerden. Alle fondsen dekken grofweg dezelfde zorg, maar er bestaan nog steeds verschillen tussen de (ÖGK) en andere fondsen voor specifieke beroepsgroepen.

Bronnen:

European Observatory, Lithuania, Health Systems and Policy Monitor, Countries covered by the HSPM platform (who.int), accessed 23-11-2023

Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt A E, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J. Austria: Health system review. Health Systems in Transition, 2018; 20(3): 1 – 256

Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt A E, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J (2022). Austria: Health system summary, 2022

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Austria: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

4.13 Polen

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Polen georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: Polen heeft een ziekenfonds waar alle inwoners verplicht bij verzekerd zijn. Er zijn publieke en private zorgaanbieders. De meerderheid van de ziekenhuizen is publiek.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Historisch gezien werd langdurige zorg door directe familieleden verleend. Inmiddels zijn hier veranderingen in gekomen, maar de langdurige zorg is nog altijd onderontwikkeld en er zijn tekorten aan financiële middelen en medewerkers. Meer dan 90% van de mensen die langdurige zorg nodig hebben, krijgen dit niet via formele weg. Zorg die onder 'cure' valt wordt over het geheel genomen voor een groter deel vergoed door het ziekenfonds (NFZ).
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: combinatie, maar vooral premies. Langdurige zorg: combinatie. *Bijzonderheden*: De verdeling van uitgaven aan de zorg was in 2016 als volgt: • Overheid (vanuit algemene belastingen): 10%. • Ziekenfonds NFZ (vanuit premies in de vorm van geoormerkte belastingen): 61%. • Eigen bijdragen: 23%. • Vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekering: 5%. • Non-profit instituties voor huishoudens (NPISH): 2%. Gezondheidszorg voor bevolkingsgroepen die zijn vrijgesteld van betaling van verzekeringspremies (zoals kinderen), medische spoedzorg en bepaalde hoog specialistische zorg wordt door de staat gefinancierd.

Vervolg Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	De percentages die door het NFZ betaald worden verschillen sterk per type zorgaanbieder (HiT-21-1-2019-eng.pdf (who.int),p. 66, tabel 3.3). Het aandeel van de langdurige zorg dat door de NFZ betaald wordt is met 2% heel beperkt en betreft medische verrichtingen binnen de langdurige zorg. De sociale langdurige zorg wordt voornamelijk gefinancierd en georganiseerd door de territoriale zelfbesturen.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Premies. • Eigen bijdragen. • Anders, namelijk: Non-profit instituties voor huishoudens (NPISH). Langdurige zorg: • Belastingen (zorg wordt georganiseerd door de territoriale gebieden (regio's)). • Eigen bijdragen (in 2016 was de eigen bijdrage voor langdurige zorg in instellingen in totaal zo laag dat het afgerond 0% uitmaakte van de totale uitgaven aan zorg,, voor thuiszorg is de bijdrage afhankelijk van het inkomen). • Premies (alleen voor medische zorg in de langdurige zorg). • Anders, namelijk: Non-profit instituties voor huishoudens (NPISH). *Bijzonderheden*: De eigen bijdragen zijn relatief hoog (23% van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg) en het grootste deel ervan (bijna 60%) gaat naar medicijnen in de ambulante zorg. Er is geen aparte verzekering of regeling voor langdurige zorg. Zorg van medische aard voor mensen met een ernstige beperkingen wordt via het ziekenfonds betaald, dit bedraagt nog geen 3% van de totale uitgaven door het ziekenfonds. Thuiszorg word georganiseerd en gefinancierd door de territoriale gebieden.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Opbouw van de premie Ziekenfonds NFZ: Inkomensafhankelijk, voor werkenden volledig betaald door de werknemer. Voor zelfstandigen, werklozen met een uitkering en gepensioneerden wordt eveneens een inkomensafhankelijke premie ingehouden. Als er geen inkomen bekend is, wordt uitgegaan van een standaardinkomen in de branche waarin gewerkt wordt. Voor werklozen zonder uitkering wordt de premie betaald door de overheid. De premie betreft een geoormerkte belasting.

Vervolg Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Vrijwillige aanvullende verzekering: het grootste deel hiervan betreft collectieve pakketten die door de werkgevers worden ingekocht. Mensen kunnen zich ook individueel aanvullend verzekeren en dat gebeurt in toenemende mate.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Polen wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Geen informatie gevonden. Buitenlanders (uit EU- en EFTA-lidstaten en Verenigd Koninkrijk) mogen zich verzekeren in Polen als ze voor verplichte verzekering in aanmerking komen. Vrijwillig verzekeren mag alleen als ze zich in Polen gevestigd hebben.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Alle ingezetenen zijn verplicht verzekerd bij ziekenfonds NFZ. Bij medische noodgevallen worden pre-ziekenhuis medische spoedzorg verleend, ongeacht de verzekeringsstatus (ook aan buitenlanders en migranten). Medische spoedzorg in het ziekenhuis wordt ook geleverd maar kan aan onverzekerde patiënten achteraf in rekening worden gebracht.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Categorieën: • Familieleden (meeverzekerd bij werkende of niet): ja. • Overige niet-werkenden (kunnen wel/niet deelnemen): ja. *Bijzonderheden*: Afhankelijke familieleden (kinderen, echtgenoten, maar ook ouders als deze in hetzelfde huis wonen) zijn zonder extra kosten meeverzekerd met de werkende.

Vervolg Kring der verzekerden	
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Familieleden zijn meeverzekerd met de werkende. Andere niet-actieven kunnen zich verzekeren bij het ziekenfonds, het is niet duidelijk wat daarvoor de kosten zijn. Vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekering: • Zelfstandig inschrijven is mogelijk.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn: • Centrale overheid. • Territoriale zelfbesturen. Dit betreffen in Polen gemeentes, provincies en regio's (voivodes). • Ziekenfonds (NFZ). Rol centrale overheid: • Vaststellen basispakket (via het Agentschap voor Evaluatie van Gezondheidstechnologie en het tariefsysteem AOTMiT). • Vaststellen zorguitgaven/zorgbegroting (via het ziekenfonds NFZ). • Uitvoering van de zorg voor wat betreft het publieke gedeelte. Rol territoriale zelfbesturen: Algemeen: • Implementatie van programma's uit Nationaal Gezondheidsbeleid. • In stand houden van de infrastructuur voor zorgverleners. • Zorg dragen voor de infrastructuur voor en supervisie over centra voor dagbesteding. Per bestuursniveau: • Gemeenten: toezicht houden op de eerstelijnszorg, organiseren sociale zorg. • Provincies: verantwoordelijk voor (vaak kleinere) provinciale ziekenhuizen. • Regio's (voivodes): verantwoordelijk voor (doorgaans grotere) regionale ziekenhuizen.. Rol zorgverzekeraar: • Ziekenfonds (NFZ): inkoop van zorg en zie hierboven onder 'Centrale Overheid'.
Toegang tot private zorg	Inwoners van Polen hebben toegang tot private zorgaanbieders. Of deze zorg al dan niet vergoed wordt door het ziekenfonds hangt ervan of de zorgaanbieder door het ziekenfonds gecontracteerd is

Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: sommige typen zorg. • Vaste bijdragen (vast bed.rag per behandeling): sommige behandelingen of typen zorg
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: nee (alleen eigen bijdrage voor overnachting familielid). • Huisartsenzorg: nee. • Thuiszorg: afhankelijk van het inkomen. • Zorg in instellingen: ja, tenzij de zorg van medische aard is voor mensen met een ernstige beperking. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: nee, niet voor het gedeelte dat onder dekking van het ziekenfonds valt. Zie verder onder 'Bijzonderheden'. *Bijzonderheden*: Er zijn geen formele eigen bijdragen in de publieke eerstelijnszorg, poliklinische gespecialiseerde zorg en ziekenhuiszorg. Ziekenhuizen mogen alleen een vergoeding voor verblijf in rekening brengen als een gezinslid bij een in het ziekenhuis opgenomen kind overnacht of aanwezig is bij de bevalling. De mondzorg die door het ziekenfonds vergoed wordt heeft een beperkte reikwijdte. De totale uitgaven aan mondzorg komen voor 88% uit eigen bijdragen.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: valt onder de territoriale gebieden. • Zorg in instellingen: ja, mits medisch van aard. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja (in beperkte mate).
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): onduidelijk. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): Dit mag niet volgens de zorgverzekeringswet. Via de aanvullende pakketten van werkgevers worden vaak occupational health checks vergoed. Werkgever zijn verplicht deze checks aan te bieden. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: n.v.t.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	*Bijzonderheden*: Aanvullende verzekeringen spelen een hele kleine rol in Polen en wordt meestal gebruikt voor snellere toegang of betere niet-medische voorzieningen rondom bijvoorbeeld ziekenhuisopname. Een belangrijke component van de collectieve aanvullende verzekeringen vanuit werkgevers zijn arbeidsgerelateerde gezondheidsdiensten.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Ja. *Bijzonderheden* Polen die in het buitenland wonen hebben geen recht op dekking door het NFZ.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	• Publiek gefinancierde gezondheidszorgwet van 27 augustus 2004 (Journal of Laws 2021, item 1285, gewijzigd op 17 november 2021). • Diverse wetten voor ziekte-uitkeringen en pensioenen. Zie verder: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu).

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- Tussen 2008 en 2019 zijn de uitgaven aan gezondheidszorg in Polen structureel lager geweest dan het EU-gemiddelde, zowel per hoofd van de bevolking en als percentage van het BBP. In 2019 bedroeg het percentage van het BBP besteed aan gezondheidzorg in Polen 6,5% tegenover een EU-gemiddelde van 9,9%.
- Er is een tekort aan langdurige zorg.

Digitalisering

Elektronische patiëntendossiers zijn geïmplementeerd in 2019. Elektronisch voorschrijven is geïmplementeerd in 2020, elektronisch verwijzen in 2021.
Het gebruik van teleconsulten was hoog gedurende de eerste twee jaar van de COVID-19 pandemie. Daarna bleven ze gebruikt worden voor startconsulten en voor patiëntentriage in de eerstelijns zorg. Sinds 2021 zijn teleconsulten verplicht in enkele situaties, zoals bij het vernieuwen van recepten.

Wat gaat er minder goed?

- Polen heeft het laagste aantal artsen per 1000 inwoners (2.4) van alle EU-landen en het aantal verpleegkundigen (5.1 per 1000) behoort ook tot de laagste in de EU. Tekorten aan zorgverleners leiden tot problemen in de toegang tot zorg
- Er is een disbalans tussen ziekenhuiszorg enerzijds en ambulante zorg, diagnostiek en langdurige zorg anderzijds, met relatief hoge uitgaven aan en veel aanbod van ziekenhuisbedden en schaarste aan andere typen zorg
- Mortaliteit ten gevolge van zowel te voorkomen als behandelbare oorzaken ligt boven het EU-gemiddelde
- Er worden relatief veel unmet needs gerapporteerd
- Het percentage te voorkomen ziekenhuisopnames behoort tot de hoogste in de EU

Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	**2018** Introductie van teams voor eerstelijnszorg **2018** Elektronisch platform voor medische dossiers **2018** Toename in publieke uitgaven aan de gezondheidszorg **2018/2019** Human resources: (1) het vergroten van het aantal medische secretaresses in poliklinische zorg (2018) en (2) Fysiotherapeuten mogen zelfstandig medische afspraken maken (2019)

Bronnen:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Poland:
Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 2021_chp_poland_english.pdf (europa.eu)

Polin K, et al (2021). "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021

Sowada, C., Sagan, A., Kowalska-Bobko, I. (2019). Poland Health System Review 2019. Poland: health system review 2019 (who.int)

Sowada C, Sagan A, Kowalska-Bobko I (2022), *Poland: Health System Summary*, 2022. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365287/9789289059275-eng.pdf?sequence=1

4.14 Portugal

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Portugal georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: Het Portugese gezondheidssysteem wordt gekenmerkt door drie coëxisterende en overlappende systemen: het Nationaal Gezondheidssysteem (NHS), speciale publieke en private verzekeringsregelingen voor bepaalde beroepen of bedrijven (gezondheidsstelsels) en particuliere verzekeringen voor gezondheidszorg (VHI). De aanbieders van zorg zijn een mix van privaat en publiek.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. Langdurige zorg is vooral een familieaangelegenheid. Voorzieningen vanuit de overheid zijn er vrijwel niet. Enkele liefdadigheidsinstellingen zijn de voornaamste aanbieders van deze zorg.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: belasting. Langdurige zorg: belasting. *Bijzonderheden*: Vanuit het verleden zijn er diverse subsystemen naast de NHS. Dit zijn publieke subsystemen voor diverse beroepsgroepen (o.a. ambtenaren, leger, politie) en private subsystemen (telecom sector, post, bankwezen).
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Eigen bijdragen.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	N.v.t.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Portugal wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Niet bekend.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	We bekijken dit voor de volgende categorieën: • Alle inwoners.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	N.v.t

Vervolg Kring der verzekerden	
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	N.v.t.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Rol centrale overheid: • Vaststellen basispakket. • Vaststellen zorguitgaven / zorgbegroting. • Planning en regulering van de zorg. Rol regionale overheid: • Uitvoering van de zorg. *Bijzonderheden*: Het Ministerie van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor het definiëren van het basiszorgpakket dat wordt aangeboden door het Nationaal Gezondheidssysteem (NHS). Het NHS biedt voornamelijk eerstelijnszorg en gespecialiseerde ziekenhuiszorg. Tandheelkundige consultaties, diagnostische diensten, nierdialyse en revalidatie worden vaker verstrekt in de private sector (maar grotendeels gefinancierd met publieke middelen) onder contractuele regelingen met het NHS.
Toegang tot private zorg	Private zorg wordt vaak gebruikt als alternatief bij lange wachtlijsten.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: alleen voor deel van farmaceutische zorg (zie onder). • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): ja.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: nee voor opnames, ja voor ambulante zorg. • Huisartsenzorg: ja (vaste bijdrage). • Thuiszorg: ja, inkomensafhankelijke bijdrage. • Langdurige zorg in instellingen: ja , inkomensafhankelijke bijdrage. • Farmaceutische zorg: ja (procentuele bijdragen). • Mondzorg: ja (meestal volledig voor eigen rekening).

Vervolg Eigen bijdragen	
Vervolg In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	*Bijzonderheden*: Burgers met onvoldoende middelen, werklozen, zwangere vrouwen en bevallen vrouwen, bloeddonors, levende donoren van cellen en weefsels, vluchtelingen en asielzoekers, brandweerlieden, mensen ≤ 18 jaar en degenen die behoren tot bepaalde patiëntengroepen zijn vrijgesteld van gebruikerskosten in alle instellingen van het Nationaal Gezondheidssysteem (NHS). Dit betreft ongeveer 60% van de bevolking.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: nee. • Langdurige zorg in instellingen: nee. • Farmaceutische zorg: nee. • Mondzorg: nee. *Bijzonderheden*: Het Ministerie van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor het definiëren van het basiszorgpakket dat wordt aangeboden door het Nationaal Gezondheidssysteem (NHS). Het NHS biedt voornamelijk eerstelijnszorg en gespecialiseerde ziekenhuiszorg. Tandheelkundige consultaties, diagnostische diensten, nierdialyse en revalidatie worden vaker verstrekt in de private sector (maar grotendeels gefinancierd met publieke middelen) onder contractuele regelingen met het NHS. Thuiszorg is een groeiende sector als gevolg van een gezamelijk project van het Ministerie van Gezondheid en het Ministerie van Arbeid. Dit gebeurd in sommige regio's in samenwerking met de regionale zorgauthoriteiten, gemeentes en private aanbieders
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): nee. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): zelden.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	In Portugal ontvangen mensen die in het buitenland wonen geen vergoeding vanuit het nationale zorgsysteem, zij moeten zichzelf hiervoor verzekeren.

Vervolg Het basispakket	
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883/2004?	National Health Service – Wet No 56/79 van15 september 1979 en het amendement van Decreet-wet No 361/93 van 15 oktober 1993. Kaderwet Gezondheid – Wet No 95/2019 van 14 september 2019. Decreet-wet No 11/93 van 15 januari 1993 betreffende de constitutie van de NHS en amendementen. Het meest recente amendement is: Wet No 82-B/2014 van 31 december 2014.

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- In 2019 bedroegen de gezondheidsuitgaven EUR 2.314 per capita (gecorrigeerd voor verschillen in koopkracht) ongeveer een derde van het EU-gemiddelde. Als gevolg van fiscale consolidatiemaatregelen na de economische crisis in 2008, was er een daling in publieke uitgaven tussen 2011 en 2013. Daarna groeiden de publieke uitgaven voor gezondheid in een gestaag maar bescheiden tempo tussen 2013 en 2019.
- Het aantal artsen in Portugal is gestaag toegenomen sinds 2000 en bereikte 5,3 per 1.000 inwoners in 2019. Deze cijfers verwijzen naar alle artsen met een vergunning om te praktiseren, wat resulteert in een overschatting in vergelijking met gegevens uit andere landen die alleen betrekking hebben op artsen die daadwerkelijk praktiseren. Ondanks een stijging van het aantal artsen in de afgelopen tien jaar ligt het aantal verpleegkundigen (7,1 per 1.000 inwoners in 2019) onder het EU-gemiddelde (8,4 per 1.000 inwoners).
- Het aandeel van de overheid in de gezondheidsuitgaven is sinds 2010 met bijna zes procent afgenomen (van 66,6% naar 61,0% in 2019) en ligt bijna 20 procentpunten lager dan het EU-gemiddelde (79,7%). Dit weerspiegelt deels de vermindering van de financiering van de publieke gezondheidssector tijdens het Economisch Aanpassingsprogramma van Portugal in de periode 2011-2014.
- Zorg voor ouderen (langdurige zorg) is vooral een familieaangelegenheid. Door de vergrijzing komt hier langzaam verandering in. Professionele zorg wordt vooral verleend door liefdadigheidsinstellingen, mensen moeten hiervoor een kleine bijdrage betalen, afhankelijk van hun inkomen.

Digitalisering

Portugal heeft ook een aantal organisatorische veranderingen doorgevoerd die de betrokkenheid van eerstelijnsgezondheidszorg hebben vergroot, waaronder het gebruik van digitale consultatie of tele-expertise tussen eerstelijnsgezondheidsteams en specialisten, en de oprichting van mobiele gezondheidsklinieken om de meest kwetsbare bevolkingsgroepen in sommige landelijke gebieden te bereiken, om bij te dragen aan het verlichten van tekorten aan personeel (OECD, 2020).

Wat gaat er minder goed?

- Ondanks het waarborgen van universele dekking voor alle burgers, blijven toegangsproblemen bestaan voor bepaalde bevolkingsgroepen, met name mensen met lage inkomens. Het verschil in onvervulde gezondheidsbehoeften tussen inkomensgroepen is groter in Portugal dan in de meeste andere landen.
- Net als in de meeste EU-landen vormen geneesmiddelentekorten een groeiend probleem in Portugal, met dreiging voor de toegang van patiënten op nationaal niveau. Tussen 2017 en 2019 zijn meldingen van tekorten meer dan verdubbeld, voornamelijk met betrekking tot medicijnen die het zenuwstelsel en het cardiovasculaire systeem beïnvloeden.

Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	In 2018, is een nieuw financieel governance-instrument geïntroduceerd om de uitgaven te beheersen, het toezicht te verbeteren en de financiële duurzaamheid van het gezondheidssysteem te bevorderen (Polin, 2021). In 2018 werden verschillende bevoegdheden overgedragen aan gemeenten, waaronder planning, beheer en investering in nieuwe eerstelijnsgezondheidszorgeenheden; beheer en onderhoud van bestaande infrastructuur voor eerstelijnsgezondheidszorg; beheer van geallieerde professionals in eerstelijnsgezondheidszorgcentra; en deelname aan gezondheidsprogramma's die de gezondheid van de gemeenschap, een gezonde levensstijl en gezond ouder worden bevorderen. Een rapport uit 2019 dat de eerste impact van deze hervorming evalueerde, verwees naar verschillende behaalde successen, waaronder verbeterde toegang tot gezondheidszorg voor mensen met chronische aandoeningen, en uitgebreidere dekking van diensten zoals geestelijke gezondheid, voeding en mondzorg (Ministerie van Volksgezondheid, 2019a). In 2020 hebben de nationale autoriteiten een reeks maatregelen aangenomen om de dekking van uitkeringen te vergroten en financiële moeilijkheden voor huishoudens te verminderen. Hieronder viel nieuwe wetgeving om gebruikerskosten voor eerstelijnszorgdiensten en andere gezondheidszorg die binnen de NHS is voorgeschreven, af te schaffen (SoHEU, 2021).

Bronnen:

Ministry of Health (2019), Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, Área de Cuidados de Saúde Primários: 2015-2019

OECD (2020), Realising the potential of primary health care, OECD Health Policy Studies

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Portugal: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.Portugal: Country Health Profile 2021| European Observatory on Health Systems and Policies (who.int)

Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021. “Top-Three” health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview - ScienceDirect

Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017; 19(2):1–184, Health Systems in Transition - Portugal (who.int)

4.15 Roemenië

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Roemenië georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: De lokale ziekenfondsen kunnen zowel publieke als private aanbieders contracteren. Zij krijgen hetzelfde betaald. Private aanbieders in de tweede lijn mogen daarbij een extra bijdrage vragen aan de patiënt.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Het recht op publiek gefinancierde lange-termijn zorg (care) wordt vastgesteld aan de hand van een assessment. Een aanvraag voor staatgefinancierde langdurige zorg wordt op een case-by-case basis bekeken. Groepen die in aanmerkingen kunnen komen zijn mensen zonder familie of wettelijk vertegenwoordiger, zonder of met laag inkomen, niet in staat voor zichzelf te zorgen of mensen met speciale zorgbehoeften.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: premies (67%) en eigen bijdrage (19%). Langdurige zorg: Thuiszorg valt onder de zorgverzekering (premie gefinancierd), de financiering van zorg in instelling is onduidelijk, er zijn publiek gefinancierde verzorgingshuizen. Er zijn ook private tehuizen, de kosten hiervoor worden door de client zelf betaald.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	N.v.t.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	De premie is inkomensafhankelijk en wordt verdeeld over een werkgevers en werknemersbijdrage. Mensen niet in loondienst betalen de bijdrage zelf, dit is eveneens een percentage van het inkomen. Sommige bevolkingsgroepen betalen geen bijdrage, omdat dit voor hen betaald wordt (bijvoorbeeld voor werklozen, gepensioneerden onder een bepaalde inkomensgrens of mensen met een bijstandsuitkering) of omdat ze niet hoeven te betalen.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Roemenië wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Geen informatie beschikbaar.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Alle ingezetenen. *Bijzonderheden*: De zorgverzekering in Roemenië is in principe verplicht, maar een deel van de bevolking is in de praktijk niet gedekt. Dit betreft vooral mensen werkzaam in de agrarische sector, zelfstandigen, werklozen die geen uitkering aangevraagd hebben en Roma mensen die geen identiteitskaart hebben. Zij hebben alleen recht op hulp bij levensbedreigende noodgevallen, sommige infectieziekten en zorg tijdens de zwangerschap. Het is onduidelijk of en hoe familieleden meeverzekerd zijn. Roemenen die in het buitenland verblijven en werken betalen geen zorgverzekering, maar worden wel geteld als inwoner en gelden daarmee als onverzekerd. Hierdoor is het aandeel onverzekerden relatief groot, hoe groot het aandeel van in buitenland wonende Roemenen is in de groep onverzekerden, is onbekend.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Alleen van toepassing voor premiegefinancierde systemen. Categorieën: • Familieleden (meeverzekerd bij werkende of niet): niet duidelijk. • Overige niet-werkenden (kunnen wel/niet deelnemen): ja, kunnen wel deelnemen.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Niet duidelijk.

Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn: • Centrale overheid Ministerie van Financiën: Verantwoordelijk voor toezicht op inkomsten en uitgaven ten behoeve van de zorg Ministerie van Volksgezondheid: Verantwoordelijk voor beheer van het systeem en het wettelijk kader, inclusief het Framework Contract dat de inkoop van zorg regelt. Verantwoordelijk voor monitoren en evalueren publieke gezondheid. • Regionale overheid: District public health authorities (42 in totaal) dragen zorg voor publieke gezondheid Districts Zorgverzekeringshuizen (43 in totaal): sluiten contracten met lokale zorgverleners District Councils (gekozen regionale overheid) is eigenaar van vrijwel alle zorgfaciliteiten. • Zorgverzekeraars: het Nationale Zorgverzekeringshuis is een autonoom instituut dat het social health insurance systeem regelt. Controleert en coördineert de activiteiten van de Districts Zorgverzekeringshuizen. Districts Zorgverzekeringshuizen kopen zorg in.
Toegang tot private zorg	Kunnen mensen naar private zorgaanbieders en wordt die zorg dan via de zorgverzekering vergoed of moet (deels) uit eigen zak betaald worden? • Deels uit eigen portemonnee. Als private zorg gecontracteerd is, dan krijgen zij hetzelfde betaald als publieke zorg. Wel mogen private aanbieders in de tweede lijn een extra bijdrage vragen aan patiënten. Voor langdurige zorg in private instellingen moet volledig zelf betaald worden.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: ja. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): alleen voor ziekenhuisopnames. • Voor medicijnen: het verschil tussen de referentieprijs van het middel en de prijs van een gewenst duurder middel is voor eigen rekening.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: ja. • Huisartsenzorg: nee. • Thuiszorg: onbekend. • Zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja/nee.

Vervolg Eigen bijdragen	
Vervolg In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	*Bijzonderheden*: Ziekenhuizen vragen een bijdrage van 2,50 euro per opname. Kinderen, studenten, zwangere vrouwen zonder inkomen en gepensioneerden met een laag inkomen hoeven geen eigen bijdrage te betalen voor ziekenhuiszorg. Farmaceutische zorg: voor generieke geneesmiddelen moet men 10% zelf bijbetalen, voor merkgeneesmiddelen of innovatieve geneesmiddelen 50%. Voor revalidatie betalen patiënten een eigen bijdrage van 30-35% en boven een aantal ligdagen (meer dan 14-21 dagen) is alles voor eigen rekening.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja. • Zorg in instellingen: ja, voor bepaalde groepen. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja. *Bijzonderheden*: Onverzekerden hebben allen toegang tot zorg voor levensbedreigende noodgevallen, sommige infectieziekten en geboortezorg. Het ziekenfonds dekt ook uitkeringen voor ziekteverlof. Niet gedekt zijn: behandeling van beroepsziekten, van ongevallen door werk of sport, behandelingen waarvoor speciale apparatuur nodig is, esthetische plastische chirurgie voor personen boven de 18, IVF. Informele betalingen zijn gebruikelijk in Roemenië, de omvang daarvan is niet bekend.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	De rol van aanvullende verzekeringen is marginaal, het aandeel in de totale zorguitgaven is 0,1%. Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): nee. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): nee. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: nee.

Vervolg Het basispakket	
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Ja. *Bijzonderheden*: Roemenen die in het buitenland verblijven en werken betalen geen zorgverzekering, maar worden wel geteld als inwoner en gelden daarmee als onverzekerd. Hierdoor is het aandeel onverzekerden relatief groot, hoe groot het aandeel van in buitenland wonende Roemenen is in de groep onverzekerden, is onbekend.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883/2004?	Wet No 95 of 14 April 2006 over de hervorming van het zorgstelsel en de bijbehorende amendementen https://cnas.ro/informatii-generale/. Voor meer informatie zie: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu).

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- Omdat werkgevers hun aandeel in de zorgverzekering niet betaalden wordt de premie sinds 2017 volledig voldaan door de werknemers. Hun inkomen is daarbij verhoogd voor het deel wat werkgevers zouden moeten betalen. De staat betaald voor een deel van de kwetsbare groepen de premie (werklozen, gepensioneerden, mensen met een uitkering). Voor enkele andere groepen wordt de zorg gefinancierd uit de bijdrage van de werkenden (zwangere vrouwen, gehandicapten, kinderen en studenten onder de 26 jaar).
- De zorguitgaven van Roemenië behoren tot de laagste in Europa.
- In Roemenië worden veel mensen opgeleid in de medische sector. Velen vertrekken echter naar het buitenland, waardoor er een tekort is in eigen land.
- Huisartsen hebben een poortwachtersrol, echter veel mensen gaan naar de Spoedeisende Hulp afdeling van het ziekenhuis ook als ze niet-urgente zorg nodig hebben. Dit leidt tot een onnodig hoog gebruik van ziekenhuisdiensten.
- Roemenië heeft een uitgebreid basispakket, al is de publieke uitgave aan mondzorg één van de laagste in Europa (5%). Vijf procent van de Roemenen rapporteert unmet needs voor mondzorg.

Digitalisering

In 2022 is er een lijst gepubliceerd met specialismen en diensten die gebruik kunnen maken van zorg op afstand en onder welke condities dit kan gebeuren. De Europese Unie draagt hier financieel aan bij.

Wat gaat er minder goed?

- De publieke uitgaven aan preventie behoren tot de laagste in Europa.
- De eerste lijn is zwak en in combinatie met de geringe aandacht voor preventie leidt dit tot de op vier na hoogste mortaliteit van ziektes die te voorkomen of behandelen zijn in 2017.
- Veel medisch personeel vertrekt naar het buitenland.

Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	**2017-2018**: Substantiële verhoging van het inkomen van artsen en verpleegkundigen om migratie te verminderen en medisch personeel dat vetrokken is naar het buitenland terug naar Roemenië te krijgen. **2019**: Verbeteren toegang tot eerstelijns zorg. **2021**: patienten die naar een arts buiten hun eigen district gaan mogen nu hun voorgeschreven medicatie ook bij een apotheek in hun eigen district ophalen. Voorheen werd dit alleen vergoed als de medicatie in hetzelfde district opgehaald werd als het werd voorgeschreven.

Bronnen:

Health Systems and Policy Monitor, Romania, Countries covered by the HSPM platform - Romania (who.int)

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Romania: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330243/HiT-18-4-2016-eng.pdf?sequence=5

Polin et al, “Top-Three” health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview, Health Policy, nr 125 (2021) p. 815-832

Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health system review. Health Systems in Transition, 2016; 18(4):1–170.

4.16 Spanje

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Spanje georganiseerd?	
Is de zorg particulier of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: De eerstelijns zorg is georganiseerd in publieke gezondheidscentra. Voor de ziekenhuizen is er een grote variatie in eigendom- en organisatiestructuur. 1 op de 5 mensen heeft een aanvullende vrijwillige verzekering. Kenmerkend voor Spanje is dat het zorgstelsel georganiseerd is rondom de regio's, de zogenaamde 'Autonomous Communities' (AC's). De AC's sluiten contracten met zorgverleners.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Bij acute zorg zijn de grootste zorguitgaven voor de intramurale zorg (in 2015 54.5%) en daarna voor de extramurale zorg (15.4%), en daarna farmaceutische zorg (14.1%). Intramurale zorg en public health zijn voornamelijk gefinancierd vanuit overheidsbudgetten, maar financiering voor andere zorg is voornamelijk verdeeld tussen eigen bijdragen en overheidsfondsen. Langdurige zorg kan plaatsvinden in de vorm van ziekenhuisopname in speciale langdurige zorg-bedden, in gespecialiseerde geriatrische ziekenhuizen of als onderdeel van de wet voor personen in een afhankelijkheidssituatie (SAAD). Regio's vullen in hoe ze vormgeven aan het zorgnetwerk voor mensen in een afhankelijkheidspositie via deze wet, waarbij de volgende zorg geboden wordt: zorg ter bevordering van de autonomie en ter preventie van afhankelijkheid, tele-assistentie, thuiszorg en hulp in de huishouding en zorg in instellingen. Daarnaast is er via deze wet, afhankelijk van inkomen en staat van afhankelijkheid, ook financiële ondersteuning mogelijk voor hulp buiten dit netwerk, voor zorg door familieleden of voor professionele persoonlijke assistentie.

Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: belasting. Langdurige zorg: belasting. *Bijzonderheden*: Het nationale gezondheidssysteem (SNS) was tot 2012 voor iedereen beschikbaar en in dat jaar was enkel 0.5% van de Spaanse bevolking niet gedekt door dit systeem. Daarna werden enkele groepen uitgesloten, wat er in de praktijk vooral op neerkomt dat ongedocumenteerde migranten geen aanspraak meer konden maken op reguliere zorg. Voor EU-burgers veranderde er niets. In 2018 is dit teruggedraaid en kunnen migranten die langer dan 90 dagen in Spanje verblijven weer aanspraak maken op zorg. Publieke zorguitgaven zijn de primaire bron van financiering in Spanje (69.8% van de totale zorguitgaven). De publieke gelden bestaan vooral uit algemene belastingen (92% van de publieke zorguitgaven). Regio's (AC's) beheren de meeste publieke gelden (64% van de totale zorguitgaven).
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Er zijn aanvullende verzekeringen, maar dit speelt een minimale rol. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Nominale premies. • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Nominale premies, maar dit speelt een erg kleine rol. • Eigen bijdragen. *Bijzonderheden*: De markt voor aanvullende verzekering voor langdurige zorg is relatief onderontwikkeld in Spanje. In 2015 waren er maar 7 bedrijven werkzaam in deze branche en had maar 0.09% van de bevolking (boven de 18) plannen om een vrijwillige aanvullende verzekering af te sluiten voor langdurige zorg.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	N.v.t.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Spanje wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Expats / buitenlanders met een legaal verblijf en ongedocumenteerden die langer dan 90 dagen in Spanje zijn kunnen ook deelnemen aan het SNS.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Tot 2012 waren bijna alle ingezetenen van de populatie verzekerd via het nationale systeem (SNS). Of je kon deelnemen was onafhankelijk van je arbeidspositie en je inkomen. Vanaf 2012 veranderden de voorwaarden voor deelname aan het SNS. Vanaf dat jaar waren enkel de volgende mensen gedekt: werkenden en hun familieleden, gepensioneerden, werkelozen met een uitkering en werkelozen die hun uitkering hebben opgebruikt. Echter werden Spaanse burgers die niet aan de criteria voldeden en buitenlanders met een verblijfsvergunning alsnog toegelaten tot het systeem. Enkel ongedocumenteerden vallen dus buiten de boot. Hierdoor konden buitenlanders van buiten de EU alleen spoedeisende hulp, verloskundige zorg en pediatrische zorg krijgen. Dit is in 2018 weer teruggedraaid, bij een verblijf van meer dan 90 dagen komen ook ongedocumenteerden weer in aanmerking voor toegang tot het zorgstelsel.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Spanje heeft een National Health System, dat gefinancierd wordt via de algemene belastingen. Dit is dus niet van toepassing.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Niet van toepassing.

Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn bijvoorbeeld: • Centrale overheid. • Regionale overheid. Rol centrale overheid: • Vaststellen basispakket. • Vaststellen zorguitgaven/zorgbegroting. Rol regionale overheid (AC's): • Vaststellen basispakket: aanvullend aan het nationale basispakket mogen AC's extra dekking bieden, mits dit vanuit de regionale inkomsten wordt gefinancierd. • Vaststellen zorguitgaven/zorgbegroting. • Uitvoering van de zorg. • Planning. Rol zorgverzekeraar: • N.v.t. *Bijzonderheden*: De regionale overheden (AC's) hebben een relatief grote verantwoordelijkheid wat betreft het plannen, accrediteren, reguleren en prijzen van zorg. Alleen bij farmaceutische zorg en het opleiden van personeel komt de centrale overheid kijken. De financiering die de AC's ontvangen zijn niet geoormerkt voor zorg. Een heel klein deel van de zorg wordt verzorgd door de Mutual Funds voor ambtenaren, leger en de rechtelijke macht (3,4% van de zorguitgaven).
Toegang tot private zorg	Mensen kunnen naar private zorgaanbieders en deze zorg wordt dan alleen vergoed via een vrijwillige aanvullende zorgverzekering. *Bijzonderheden*: In de praktijk zie je dat de publieke en private zorg nauw met elkaar verweven zijn, vooral wat betreft ziekenhuiszorg en medicijnen.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: ja, namelijk voor: farmaceutische zorg, protheses en niet-essentiële zorg (zie 'Het basispakket'). Het percentage eigen bijdragen (voor zowel werkenden, werkelozen als gepensioneerden) is afhankelijk van inkomen. Voor gepensioneerden is bovendien een maandelijks plafond van toepassing. Voor meer detail over de percentages en inkomendgroepen, zie: Countries covered by the HSPM platform (who.int). • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): nee.

Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: ja, namelijk voor: farmaceutische zorg, protheses en niet-essentiële zorg (zie 'Het basispakket'). Het percentage eigen bijdragen (voor zowel werkenden, werkelozen als gepensioneerden) is afhankelijk van inkomen. Voor gepensioneerden is bovendien een maandelijks plafond van toepassing. Voor meer detail over de percentages en inkomendgroepen, zie: Countries covered by the HSPM platform (who.int). • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): nee.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: nee, alleen voor bepaalde protheses en voorgeschreven medicijnen (zie 'Het basispakket'). • Huisartsenzorg: nee. • Thuiszorg: nee. • Langdurige zorg in instellingen: onduidelijk. • Farmaceutische zorg: ja (zie 'Het basispakket'). • Mondzorg: niet voor 'basis' mondzorg, wel voor andere mondzorg. *Bijzonderheden*: Langdurig werkelozen en sommige gepensioneerden hoeven geen eigen bijdrage te betalen voor medicijnen. Voor bepaalde medische protheses en hulpmiddelen wordt een eigen bijdrage gerekend. Of er een eigen bijdrage voor langdurige zorg nodig is, is niet duidelijk. Er blijken wel veel minder mensen langdurige zorg te ontvangen dan er voor in aanmerking komen.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja ('kern'-basispakket). • Huisartsenzorg: ja ('kern'-basispakket). • Thuiszorg: ja ('kern'-basispakket). • Zorg in instellingen: ja, volgens wet 39 / 2006 voor het bevorderen van persoonlijke autonomie en assistentie voor personen in een situatie van afhankelijkheid (SAAD). • Farmaceutische zorg: ja, onder het 'aanvullende' basispakket, maar eigen bijdrage is van toepassing. • Mondzorg: ja, alleen 'basis' mondzorg is vergoed onder het 'kern'-basispakket.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	*Bijzonderheden*: Naast bovengenoemde zorgtypen zit ook fysiotherapie, moeder en kind zorg, palliatieve zorg en medische counseling in het basispakket. Sinds 2012 zijn er, binnen het basispakket, 3 pakketten waar mensen uit kunnen kiezen: 1)'Kern'/'Basis', met alleen 'essentiële' zorg, zoals o.a. medische consulten en ziekenhuisopnames. Deze essentiële zorg betreft echter een breed pakket, met o.a. ook mentale gezondheidszorg, fysiotherapie, geboortezorg, orgaantransplantaties, basis mondzorg, intramurale langdurige zorg en thuiszorg. Voor alle zorg die vergoed wordt onder het 'kern'-basispakket is geen eigen bijdrage van toepassing. 2) 'Aanvullend', met extra dekking voor farmaceutische zorg en specifieke protheses, waarbij een eigen bijdrage van toepassing is. 3) 'Extra', waarbij ook niet essentiële zorg wordt vergoed, met eigen bijdrage. Echter is de definitie hiervan niet helemaal helder afgekaderd; het gaat om alle activiteiten, services of technieken die niet worden beschouwd als essentiële zorg en/of als hulpmiddel bij chronische zorg. Maar dit pakket werd in 2018 nog niet gereguleerd. De AC's kunnen het basispakket in hun regio evt. aanvullen met extra dekking, welke gefinancierd
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja, snellere toegang tot sommige zorg. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): nee. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja, het kan zijn dat een verzekering extra dekking biedt voor bv. tandartszorg en brillen/lenzen, maar het kan ook zijn dat de verzekering geen complementaire zorg dekt. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: nee. *Bijzonderheden*: In sommige AC's kunnen burgers en bedrijven hun premie voor een aanvullende verzekering aftrekken van de belasting. Bij de Mutual Funds kunnen mensen kiezen voor private zorg of publieke zorg.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	De wetten die hierbij van toepassing zijn, zijn: Royal Decree 81/2014 (https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-1331) Chapter 4. Artikel 10. De kosten die betaald zijn door een verzekerd persoon die Spaans staatsburger is zullen vergoed worden door de overeenkomstige verantwoordelijke zorgadministratie (Autonome regio), voor de zorgkosten waarvoor de burger ook aanspraak kan maken binnen het Spaanse verzekerde pakket en, waar van toepassing, het aanvullende pakket van de Autonome regio, onverminderd de bepalingen van Verordening (EG) nr. 883/2004 van 29 april 2004.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	De kosten van grensoverschrijdende zorg zal vergoed worden door de verantwoordelijk instantie tot het bedrag dat zij zou hebben vergoed en onder dezelfde voorwaarden als wanneer de gezondheidszorg op het nationale grondgebied zou zijn verleend door de overeenkomstige aangewezen diensten. Deze terugbetaling vindt plaats volgens de door de bevoegde gezondheidsadministratie goedgekeurde tarieven, waarbij de feitelijke kosten van de feitelijk verleende gezondheidszorg niet worden overschreden en geen rekening wordt gehouden met bijkomende kosten. Artikel 11. Vergoedingstarieven die van toepassing zijn op patiënten met Spanje als lidstaat van aansluiting die zich in een andere lidstaat willen laten behandelen. 1. Er wordt gezorgd voor een transparante procedure voor de berekening van de kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg die moeten worden terugbetaald aan een patiënt wiens lidstaat van aansluiting Spanje is, overeenkomstig de vastgestelde regels inzake openbare tarieven en vergoedingen, waarbij bovendien rekening wordt gehouden met de feitelijke kosten van de zorg. 2. De overheidstarieven die worden toegepast voor de verstrekking van gezondheidsdiensten en die zijn goedgekeurd en gepubliceerd door de respectieve bevoegde gezondheidsadministratie [d.w.z. de autonome gemeenschap], worden gebruikt als de toepasselijke tarieven voor de terugbetaling van kosten die in andere lidstaten door in aanmerking komende patiënten worden betaald, overeenkomstig de bepalingen van artikel 10, lid 3. Wanneer gepubliceerde tarieven voor de verlening van een bepaalde soort gezondheidszorg niet beschikbaar zijn, worden deze vastgesteld op basis van objectieve, niet-discriminerende en vooraf bekende criteria. Dus op basis van de Spaanse wetgeving is het volgende van: • In Spanje hoeven burgers die in het buitenland wonen geen premie of belasting te betalen en zij hebben recht op vergoeding van zorg ontvangen in het land van verblijf door Spanje. • Deze burgers hebben recht op vergoeding van kosten op basis van het niveau van de kosten in Spanje (Antwoord van HSMP-lid uit Spanje). Aanvullend: De zorg in het buitenland wordt vergoed, maar als daar eigen betalingen van toepassing zijn dan moet de Spaanse patient deze ook zelf betalen. Bron: Healthcare during a stay in another EU Member State and the European Health Insurance Card (EHIC) - Healthcare - Citizens - Your rights and obligations in the EU - Tu espacio europeo - Punto de Acceso General (administracion.gob.es).

Vervolg Het basispakket	
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	Spanje schaart heel veel wetgeving onder de zekerheidscoördinatie. De belangrijkste lijkt de Algemene Gezondheidswet (Wet 14/1986 van 15 april 1986. Vele koninklijke besluiten over uiteenlopende zaken zoals vrije artsenkeuze, toegang tot het zorgstelsel, zorg voor mensen in het leger, de lijst medicijnen die vergoed worden uit het nationale zorgbudget of uit de sociale zekerheidsfondsen etc. Het volledige overzicht (zes pagina's over alleen de zorg) staat hier: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu)

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- Kenmerkend voor het Spaanse systeem is de organisatie rondom de regio's (AC's). Het systeem is gedecentraliseerd en er liggen veel verantwoordelijkheden bij de AC's (regio's). Het reguleren en de coördinatie van het systeem zijn de verantwoordelijkheid van de nationale overheid.
- Spanje geeft per capita relatief weinig uit aan zorg en zat daarmee in 2019 30% onder het Europese gemiddelde aan nationale zorguitgaven. Voor zowel intramurale zorg, als extramurale zorg, langdurige zorg en preventie liggen de uitgaven onder het Europese gemiddelde. Alleen aan medicijnen wordt relatief wat meer uitgegeven dan in andere Europese landen.
- Eerstelijnszorg speelt een belangrijke en centrale rol in het zorgstelsel van Spanje. Huisartsen en verpleegkundigen leveren niet alleen zorg, maar doen ook veel aan gezondheidsbevordering en preventie.
- Er is een apart subsysteem voor zorgkosten die voortkomen uit beroepsziekten en ongelukken.
- Voor COVID-19 waren er erg weinig onvervulde behoeftes onder inwoners van Spanje.
- Langdurige zorg maakt maar een klein deel uit van de zorg, in 2016 was langdurige zorg maar 1% van het Spaanse BNP, wat 60% minder is dan het EU gemiddelde in dat jaar.

Digitalisering

Vergeleken met andere Europese landen loopt het SNS in Spanje vrij voorop wat betreft het benutten van e-health. Ze maken relatief veel gebruik van elektronische patiëntendossiers, gedeelde gezondheidsinformatie, tele-health en persoonlijke gezondheidsomgevingen.
Er is een staatssecretaris voor digitale gezondheid ingesteld (in 2020), die de ontwikkeling van digitale publieke diensten moet bevorderen en de uitwisselbaarheid van klinische en gezondheidsinformatie moet stimuleren.

Wat gaat er minder goed?

- Er zijn relatief veel artsen, maar relatief weinig verpleegkundigen beschikbaar. Deze aantallen verschillen echter per regio. Bovendien heeft veel zorgpersoneel een tijdelijk contract (41.9% in 2020).
- Het aandeel eigen bijdragen is relatief hoog in Spanje (21.8% van de nationale zorguitgaven in 2019). Echter wordt de eigen bijdrage wel berekend op basis van inkomen en arbeidssituatie en sommige kwetsbare groepen zijn vrijgesteld van eigen bijdrage.
- Het aantal ziekenhuisbedden was voor de COVID-19 pandemie relatief laag (3 bedden per 1000 burgers). Maar het aantal bedden beschikbaar voor langdurige zorg is meer dan verdubbeld tussen 2005 en 2018.

Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	• In 2012 was een belangrijke hervorming van het zorgstelsel doorgevoerd, die o.a. invloed had op het nationale basispakket en eigen bijdragen. Ook had deze hervorming tot gevolg dat het SNS niet meer een universele dekking had: ongedocumenteerden werden uitgesloten van deelname. In 2018 kwam er een nieuw kabinet en een nieuwe minister van gezondheidszorg die opnieuw universele dekking (net als voor 2012) wilden realiseren. In september 2018 werd een nieuwe wet aangenomen die ervoor zorgde dat ongedocumenteerde migranten opnieuw recht hadden op zorg via het SNS, net als elke andere Spaanse burger. Echter zijn voor deze groep wel andere eigen bijdragen van toepassing: een vaste eigen bijdrage van 40%, die onafhankelijk is van inkomen. • In december 2021 werd de nieuwe nationale strategie voor digitale zorg uitgebracht. Volgens het ambitieuze plan zouden in 2025 twee grote programma's moeten zijn gerealiseerd: 1) het (interoperabel) delen van patiëntgegevens en medicijnenvoorschriften tussen landen in de EU 2) het opstellen van een nationale database voor het hergebruiken van gezondheidsdata. • Om het grote aantal tijdelijk contracten in de zorg aan te pakken, mag vanaf Juli 2022 een tijdelijk contract nog maximaal 3 jaar duren. Als daarna nog steeds vraag is naar de specifieke post, moet een nieuwe vaste positie worden gecreëerd. Ook wordt het aantal tijdelijke contracten beperkt voor bijvoorbeeld het aanstellen van medewerkers op implementatieprojecten of om lange termijnposten tijdelijk op te vullen.

Bronnen:

Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, PeñaLongobardo LM, Ridao-López M, Hernández-Quevedo C. Spain: Health system review. Health Systems in Transition, 2018;20(2):1–179

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Spain: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

4.17 Tsjechië

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Tsjechië georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: voornamelijk gefinancierd door inkomensafhankelijke SHI bijdrages. Zorgverleners zijn grotendeels privaat in dienst en ziekenhuizen zijn grotendeels in dienst van de staat. Zorgaanbieders worden gecontracteerd door ziektefondsen (HIFs). Particuliere verzekering is verantwoordelijk voor maar 0.11% van de zorguitgaven in 2020.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Nee Langdurige zorg zit verweven in het gezondheidszorg systeem en het sociale zorg systeem, maar het is geen aparte tak.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: vooral premies. Langdurige zorg: combinatie. *Bijzonderheden*: Acute zorg wordt grotendeels gefinancierd door SHI premies (70,2%) die af worden gestaan door: werknemers, werkgevers, zelfstandigen en mensen zonder belastbaar inkomen die niet in aanmerking komen voor verzekering door de staat. Daarnaast spelen overheidsgelden en eigen bijdragen een rol. Medische langdurige zorg wordt voornamelijk gefinancierd via het SHI systeem. De langdurige zorg die onder het sociale zorg systeem valt, wordt voornamelijk gefinancierd door landelijke, regionale en gemeentelijke budgetten, maar ook deels door private geldstromen.
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	N.v.t.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Opbouw van de premie: Inkomensafhankelijk, werknemers betalen 4,5% en werkgevers 9,0%. Zelfstandigen betalen 13,5% over 50% van hun winst. Personen zonder belastbaar inkomen betalen 13,5% van het minimum inkomen.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Tsjechië wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Het is verplicht om een zorgverzekering te hebben in Tsjechië, via het SHI of, als je daar niet voor in aanmerking komt, via particuliere verzekering. Tsjechisch burgers, mensen die permanent verblijven permanent en werknemers van bedrijven in Tsjechië zijn verplicht om aan het SHI systeem bij te dragen. Expats uit de EU die langer dan 90 dagen in Tsjechië verblijven kunnen kiezen om zich via het SHI systeem te verzekeren, via verzekering in hun land van herkomst, of via particuliere zorgverzekering. Expats van buiten de EU die niet voor een bedrijf in Tsjechië werken en geen permanente verblijfsstatus hebben, zijn verplicht om zich te verzekeren via particuliere zorgverkering, zie 'Kring der verzekerden'. Bron: Healthcare and health insurance in Czech Republic | Expat Arrivals.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken/een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap/wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Alle ingezetenen van de populatie. *Bijzonderheden*: Dekking via het SHI systeem is gebaseerd op permanent verblijf en niet op SHI bijdrage. Tsjechisch burgers en mensen die hier permanent verblijven zijn verplicht tot deelname aan het SHI systeem. Inwoners van de EU die langer dan 90 dagen in Tsjechië verblijven kunnen kiezen om zich via het SHI systeem te verzekeren, via verzekering in hun land van herkomst, of via particuliere zorgverzekering. Buitenlanders van buiten de EU die niet voor een bedrijf in Tsjechië werken en geen permanente verblijfsstatus hebben, zijn verplicht om zich te verzekeren via particuliere zorgverkering. Deze regels resulteren in een bijna 100% dekking van de populatie in Tsjechië.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	• Familieleden (meeverzekerd bij werkende of niet): niet via de werkende, elke inwoner is zelfstandig verzekerd. • Overige niet-werkenden (kunnen wel/niet deelnemen): ja zij kunnen deelnemen, mits zij Tsjechisch burger zijn of permanent verblijven in Tsjechië (langer dan 90 dagen). Bijzonderheden: zie item hierboven.

Vervolg Kring der verzekerden	
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Zelfstandig inschrijven is mogelijk.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn: • Centrale overheid. • Regionale overheid. • Ziektefondsen. • Professionele organisaties. Rol centrale overheid: • Vaststellen basispakket. • Vaststellen zorguitgaven / zorgbegroting: samen met ziektefondsen en professionele organisaties. • Uitvoering van de zorg: beheert en reguleert een aantal gezondheidszorginstellingen. • Supervisie. Rol regionale overheid: • Uitvoering van de zorg: registreert particuliere ziekenhuizen en bezit een aantal ziekenhuizen. Daarnaast hebben ook zij investerings- en coördinatietaken. Bijvoorbeeld: de spoedzorg wordt direct door regionale overheden gecoördineerd. Rol ziektefondsen (7 in totaal): • Heffen premies. • Inkoop zorg: via onderhandelingen met zorgleveranciers, contracteert zorgverleners. • Onderhandeling over evt. aanvullende (preventieve) zorg die wordt vergoed door de ziektefondsen, zie ook 'Het basispakket'. • Vaststellen zorguitgaven / zorgbegroting: samen met de centrale overheid en professionele organisaties. Professionele organisaties: • Uitvoering van de zorg: ethiek, uitvoer en opleiding in hun discipline.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	*Bijzonderheden*: In Tsjechië spelen ook professionele organisaties een rol in de organisatie van de zorg. Deze bestaan uit drie wettelijke verenigingen voor drie verschillende beroepsgroepen (deelname aan de vereniging is verplicht): artsen, tandartsen en apothekers. Het zijn non-profit organisaties, die vooral worden gefinancierd door bijdragen van leden, donaties en boetes voor verkeerd gedrag door leden. Ook zijn er vrijwillige organisaties, bijvoorbeeld voor huisartsen, die hun leden vertegenwoordigen in de onderhandelingen met ziekenfondsen om de vergoedingen van zorg.
Toegang tot private zorg	De meeste zorg is gratis, afgezien van enkele diensten. Eigen bijdragen voor ziekenhuiszorg mag alleen geheven worden voor luxere hotelservices. Mondzorg gaat voornamelijk via private tandartsen, omdat tandartsen meestal alleen private (zelf betalende) patiënten aannemen.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee. • Procentuele bijdragen: nee. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): ja.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	Ziekenhuiszorg: nee, behalve voor behandelingen die niet standaard zijn, zoals cosmetische ingrepen en voor gebruik buiten kantooruren. Huisartsenzorg: ja, maar alleen bij gebruik buiten kantooruren. Thuiszorg: ontvangers krijgen een zorgtoelage. Zorg in instellingen: ja, maximum 12 euro voor eten en 10 euro voor wonen per dag. Farmaceutische zorg: ja, er worden referentieprijzen gehanteerd, waarbij altijd één optie van het medicijn (op basis van therapeutische substitutie) volledig wordt vergoed. Er wordt een maximum van 5000 euro per jaar aan eigen bijdrage gehanteerd voor medicijnen. Voor gehandicapten, ouderen en kinderen ligt dit maximum lager. Mondzorg: ja, basis mondzorg is volledig gedekt, maar voor de aanvullende procedures geldt een eigen bijdrage. Ook bij mondzorg geldt standaard een eigen bijdrage buiten kantooruren. Het is moeilijk om als niet-zelfbetalende patiënt een tandarts te vinden. *Bijzonderheden*: Er lijkt in Tsjechië meer dan in andere landen in Europa sprake te zijn van informele betalingen, bijvoorbeeld om eerder behandeld te kunnen worden voor een heupoperatie. Echter worden deze betalingen als verwaarloosbaar beschouwd als je kijkt naar de financiering van gezondheidszorg, gezien de brede dekking van het SHI systeem.

Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja. • Langdurige zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: ja, medicijnen die voorgeschreven zijn door een arts (hieronder kunnen medicijnen vallen die alleen op recept verkrijgbaar zijn, maar ook medicijnen die zonder recept verkrijgbaar zouden zijn). • Mondzorg: ja, deels. Sommige tandartsbehandelingen worden niet gedekt. Tandartsen nemen vaak geen SHI-verzekerden aan. *Bijzonderheden*: Het basispakket van de Tsjechische SHI is erg breed, zelfs preventieve zorg, IVF behandelingen, psychotherapie en behandeling bij een spa (mits voorgeschreven door een arts) worden (deels) vergoed uit het basispakket.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): nee. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): nee. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): nee, er is praktisch geen particuliere verzekering die extra dekking biedt van zorg buiten het basispakket. Particuliere verzekering is vooral bedoeld voor dekking in het buitenland. Ziektefondsen (SHI fondsen) mogen wel aanvullende zorg dekken aan het landelijke basispakket, maar alleen als dit om aanvullende preventieve zorg gaat, bijvoorbeeld vaccinaties of screenings die niet worden gedekt of vitaminesupplementen. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: ja, voor buitenlanders van buiten de EU die die niet voor een bedrijf in Tsjechië werken en geen permanente verblijfsstatus hebben. Zij zijn verplicht zich te verzekeren via particuliere verzekering als zij langer dan 90 dagen in Tsjechië wensen te blijven.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	De volgende situaties zijn van toepassing: Afhankelijke familieleden die in het buitenland wonen EN waarvan de werkende in Tsjechië werkzaam is: De afhankelijke familieleden zullen geregistreerd worden in het land van verblijf. Zij hebben recht op dezelfde zorg als lokaal verzekerden. De kosten van deze zorg worden gedragen door het Tsjechische ziekenfonds waar de werkende geregistreerd is. Een Tsjechische gepensioneerde die naar een andere lidstaat verhuist heeft recht op volledige zorg zoals in het land van vestiging geld en deze zorg wordt vergoed door het Tsjechische ziekenfonds, dit geldt ook voor eventuele afhankelijke familieleden.

Vervolg Het basispakket	
Vervolg Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Iemand de inactief is en (dus zonder werkende echtgenoot, ouder of gepensioneerde) moet zich verzekeren in het land van vestiging. In de bovenste twee geval geldt: De persoon die naar het buitenland vertrekt, moet een S1 formulier aanvragen bij zijn/haar ziekenfonds. Deze moet in de het land van vestiging ingeleverd worden bij het instituut dat daar de zorgkosten betaald. Het Tsjechische ziekenfonds zal de zorgkosten betalen. Er is ook recht op dekking in Tsjechië, de in het buitenland gevestigde person kan dus kiezen of hij/zij in het land van vestiging of in Tsjechië behandeld wil worden.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	• Wet No 48/1997 betreffende de publieke zorgverzekering en amendementen • Wet No 592/1992 betreffende de publieke zorgverzekering premies en amendementen • Wet No 374/2011 betreffende spoedeisende zorg en amendementen. Regeling (EC) No 883/2004 is van toepassing op deze wet sinds 6 november 2011 • Wet No 372/2011 betreffende medische diensten en de condities voor levering; Regeling (EC) No 883/2004 is van toepassing op deze wet sinds 6 november 201 • Act No 589/1992 betreffende sociale zekerheidsbijdragen en amendementen • Wet No 187/2006 betreffende de zorgverzekering en amendementen • Act No 108/2006 betreffende sociale diensten (Social Services Act), en amendementen Bron: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu)

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- Tsjechië heeft gemiddeld veel ziekenhuisbedden (6.6 bedden per 1000 inwoners in 2019, vergelijken met het EU gemiddelde van 5.3 bedden per 1000 inwoners). Ook zijn er relatief veel bezoeken aan specialisten in Tsjechië. De eerstelijnszorg heeft dan ook geen poortwachtersrol. Echter zijn er wel plannen om deze poortwachtersrol in de eerstelijnszorg te vergroten.
- Door het relatief brede basispakket is zorg in Tsjechië over het algemeen goed betaalbaar. Er worden gemiddeld minder eigen bijdragen gevraagd dan in andere EU landen.
- Er wordt relatief veel uitgegeven aan intra- en extramurale zorg, maar relatief weinig aan langdurige zorg, vergeleken met andere EU landen. Echter wordt er wel meer aan langdurige zorg besteed dan in buurlanden Polen en Slowakije.

Digitalisering

Tijdens de COVID-19 pandemie zijn veel ontwikkelingen gemaakt in digitalisering van zorg, zoals online voorschriften, video en telefoongesprekken en dagelijkse rapportage van data. Digitale gezondheidszorg is een belangrijk thema op de agenda voor 2021-30, maar het zal een flinke financiële en politieke investering vergen om andere Europese landen bij te kunnen houden.

Vervolg Digitalisering	
De wet op eHealth (2021) geeft kaders voor het veilig delen van documenten tussen zorgverleners en tussen zorgverleners en het nationale ziekenfonds. Patienten hebben digitaal toegang tot de informatie over hun zorg die geadministreerd en vergoed is. De wet regelt niet de introductie van elektronische dossiers.	
Wat gaat er minder goed?	
• Er is een tekort aan verpleegkundigen in Tsjechië. Ondanks dat in 2019 het aantal verpleegkundigen per 1000 burgers dicht tegen het EU gemiddelde aan lag (CZ:8.6, EU:8.4), is de beschikbaarheid van verpleegkundigen te laag. De tekorten aan verpleegkundigen bedreigen de uitvoer van de zorg steeds meer. De voornaamste redenen voor deze schaarste zijn lage lonen en beperkte carrièremogelijkheden. • Door de variaties in beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen tussen de verschillende regio's, varieert ook de beschikbaarheid van behandelingen tussen regio's. • Er waren in 2019 relatief veel voorkombare ziekenhuisopnames, vergeleken met ander EU landen. Dit benadrukt het gebrek aan effectief management van chronische ziektes en het voorkomen van verdere verslechtering. Het verbeteren van de coördinatie tussen gezondheidszorg en sociale zorg en het verbeteren van de eerstelijnszorg staat op de agenda voor 2030. • 'Public health' in Tsjechië loopt achter op andere EU landen. Dit is bijvoorbeeld te zien in het relatief hoge aantal mensen met lage gezondheidsvaardigheden en het lage aantal preventieve huisartsbezoeken. Ook dit punt staat op de agenda voor 2030.	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	• In 2017 is een nieuwe wet ingevoerd die een update heeft doorgevoerd in de benodigde kwalificaties van verpleegkundigen en die gebood de lonen van al het zorgpersoneel te verhogen. Verpleegkundigen verdienen sindsdien meer dan de gemiddelde Tsjech, maar nog steeds minder dan in andere Europese landen. • Sinds januari 2022 mogen ziektefondsen besluiten om een behandeling die volgens de wet en de procedures niet in aanmerking komt voor vergoeding in het basispakket, toch te vergoeden. Dit mag alleen in het geval dat dit de enige mogelijk effectieve behandeling is voor een specifieke patiënt.

Bronnen:

Bryndová L, Šlegerová L, Votápková J, Hrobonˇ P, Shuftan N, Spranger A. Czechia: Health system review. Health Systems in Transition, 2023; 25(1): i–183

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Czechia: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005.
www.missoc.org, accessed 21-11-2023

4.18 Verenigd Koninkrijk

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Verenigd Koninkrijk georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Publiek. *Bijzonderheden*: Het grootste deel van de zorg is georganiseerd door de overheid en gefinancierd door belasting (National Health Service; NHS). Vrijwillige verzekering speelt een marginale rol; maar een klein deel van de bevolking heeft een aanvullende vrijwillige verzekering. Veruit de meeste inwoners van het VK die een vrijwillige verzekering hebben en ervan gebruik maken, wonen in Londen of Zuid-Oost Engeland.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Care bestaat uit een combinatie van 'health care' (medische zorg) en 'social care' (niet-medische zorg), waarbij health care wordt gefinancierd door het NHS en social care door een combinatie van publieke en private geldstromen. Het onderscheid tussen deze twee vormen van zorg wordt gemaakt op basis van een multidisciplinaire beoordeling van de intensiteit en complexiteit van benodigde zorg door verschillende zorgdomeinen. De organisatie en inspectie van de langdurige zorg verschillen per land (Engeland, Schotland, Wales, Noord-Ierland).
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: belasting gefinancierd. Langdurige zorg: belasting (combinatie van belasting en eigen bijdrage). *Bijzonderheden*: Het nationale gezondheidszorgsysteem (NHS) is voor alle inwoners beschikbaar en verplicht. Vrijwillige aanvullende verzekering vergoedt specifieke zorg die niet door de NHS vergoed wordt en kan zorgen voor snellere toegang tot zorg. Vrijwillige verzekering kan aangeschaft worden door individuele burgers (ong. 1 miljoen mensen) of door werkgevers voor hun werknemers (ong. 2 miljoen mensen).
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja, er zijn vrijwillige aanvullende verzekeringen. Vormen van aanvullende financiering: Acute zorg: • Vrijwillige aanvullende verzekering. • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Eigen bijdragen.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Vervolg Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	*Bijzonderheden*: Eigen bijdragen kunnen bestaan uit co-payments (kosten gedeeld met de overheid, voor zorg vanuit het NHS die een eigen bijdrage vereist) en direct payments (volledige eigen bijdragen, voor zorg buiten het NHS of private zorg). Co-payments kunnen bijvoorbeeld gelden voor tandartszorg, of voorgeschreven medicijnen (Engeland) en direct payments bijvoorbeeld voor private zorg, langdurige zorg, brillen en contactlenzen, en medicijnen zonder recept. Langdurige zorg: Financiële steun vanuit lokale overheden voor het verblijf in een tehuis of instelling wordt in het VK alleen geboden aan burgers onder een bepaalde inkomensgrens. Deze inkomensgrens is echter al meer dan 10 jaar hetzelfde gebleven. Door inflatie hebben daarom steeds minder burgers recht op financiële steun hiervoor. De eigen bijdragen en de criteria om in aanmerking te komen voor 'social care' in het algemeen verschillen per land. Voor Engeland waren de kosten tot voor kort erg hoog voor burgers die niet in aanmerking kwamen. Er is daarom vanaf 2023 een grens ingesteld in Engeland voor het maximale bedrag dat burgers betalen aan social care.
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Dit geldt alleen voor aanvullende verzekeringen, die slechts door een klein deel van de bevolking afgesloten worden. Acute zorg: • Premies voor vrijwillige aanvullende verzekering zijn gebaseerd op de breedte van het pakket, het kiezen voor volledige of gedeeltelijke vergoeding, het risico dat de verzekeraar bereid is te nemen, en de winstmarge die de verzekeraar nastreeft. De Prudential Regulation Authority reguleert de private zorgverzekeraars en houdt toezicht op financiën en het eerlijk behandelen van burgers. Slechts een beperkt aantal mensen (minder dan 5% van de bevolking) sluit een vrijwillige verzekering af. Langdurige zorg: • N.v.t.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Verenigd Koninkrijk wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Als expats langer dan 6 maanden legaal in het VK verblijven (overseas visitors), moeten ze een toeslag betalen waarmee ze toegang hebben tot het NHS. Wanneer je korter in het VK verblijft kun je gratis gebruik maken van een deel van het zorgaanbod van het NHS.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Alle inwoners van het VK kunnen gebruik maken van het NHS, mits zij niet tijdelijk en/of illegaal verblijven in het VK. Bezoekers die tijdelijk in het VK verblijven kunnen wel gratis gebruik maken van spoedeisende hulp, eerstelijnszorg, geboortezorg, behandeling voor sommige infectieziektes en gedwongen psychiatrische zorg. Vluchtelingen en ongedocumenteerden kunnen ook gratis deelnemen aan het NHS, hoewel bij ongedocumenteerden vaak de angst bestaat dat hun gegevens worden doorgeven aan immigratiediensten.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	N.v.t.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	N.v.t.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn bijvoorbeeld: • Centrale overheid • Lokale overheden

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Rol centrale overheid (VK): • Vaststellen basispakket. • Vaststellen budget per land (niet geoormerkt). Rol nationale overheid (Engeland, Schotland, Wales, Noord-Ierland): • Verdeling budget over de zorgsectoren. • Uitvoering van de zorg. Rol lokale overheden: • Vaststellen eventueel aanvullend basispakket: alleen aanvullend aan NHS en uit lokaal budget. • Uitvoering van de zorg. Rol zorgverzekeraar: • N.v.t. *Bijzonderheden*: De organisatie van zorg en verantwoordelijkheden zijn verschillend verdeeld per land in het VK (Engeland, Schotland, Wales, Noord-Ierland), voor meer info zie: Countries covered by the HSPM platform (who.int) par. 2.7.2. Regulation and governance of provision.
Toegang tot private zorg	Burgers kunnen naar private zorgaanbieders. Deze zorg wordt alleen evt. (deels) vergoed vanuit een vrijwillige verzekering, niet vanuit het NHS.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): nee (alleen voor vrijwillige verzekering). • Procentuele bijdragen: nee. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): ja.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: nee. • Huisartsenzorg: nee. • Thuiszorg: nee, zolang het om medische zorg gaat (health care). Voor social care verschilt het per land wanneer eigen bijdrage wordt gerekend. • Zorg in instellingen: ja, zie kopje 'Financiering' voor bijzonderheden. • Farmaceutische zorg: ja, maar alleen in Engeland. • Mondzorg: ja, op enkele uitgezonderde populaties na. *Bijzonderheden*: Er wordt in het VK onderscheid gemaakt tussen co-payments (voor zorg vanuit het NHS, maar die een eigen bijdrage vereist) en direct payments (voor zorg buiten het NHS of private zorg). Sommige burgers zijn op basis van leeftijd (onder de 16 of boven de 60) of inkomen (laag) uitgezonderd van bepaalde eigen bijdragen, maar dit verschilt per land.

Vervolg Eigen bijdragen	
Vervolg In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	Brillen en contactlenzen worden over het algemeen niet vergoed vanuit het NHS en de eigen bijdrage hiervoor valt onder 'direct payments'. Lage inkomens en bepaalde leeftijdsgroepen kunnen een tegemoetkoming krijgen en er is een maximum eigen bijdrage.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg : ja, maar er wordt steeds meer 'low-value care', zoals borstverkleiningen of chirurgische snurk interventies uit het basispakket gehaald. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja, maar alleen de medische zorg (health care) en niet de 'social care'. • Zorg in instellingen: nee, alleen sommige burgers onder een bepaalde inkomensgrens komen in aanmerking voor vergoeding vanuit lokale overheden. • Farmaceutische zorg: ja, maar in Engeland betaal je wel eigen bijdrage • Mondzorg: nee. *Bijzonderheden*: Ook optometrie en voorschrijfkosten van medicijnen (alleen Engeland) zitten niet in het basispakket van NHS. Lokale overheden hebben de bevoegdheid om voor hun gemeente / regio bepaalde extra zorg te vergoeden uit hun lokale budget. Dit geeft echter klachten over ongelijkheden tussen regio's in het vergoeden van bijvoorbeeld vruchtbaarheidszorg of bepaalde vrijwillige chirurgische ingrepen.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Ongeveer 3 miljoen mensen (nog geen 5%) in het Verenigd Koninkrijk zijn verzekerd met een vrijwillige aanvullende verzekering, ook wel private verzekering genoemd. Vrijwillige verzekering kan aangeschaft worden door individuele burgers (ong. 1 miljoen mensen) of door werkgevers voor hun werknemers (ong. 2 miljoen mensen). Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja, snellere toegang. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): nee. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja.
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Geen informatie beschikbaar.

Vervolg Het basispakket	
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	• England, National Health Service Act 2006. • Wales, National Health Service (Wales) Act 2006. • Scotland, National Health Service (Scotland) Act 1978. • Northern Ireland, Health and Social Care (Reform) Act (Northern Ireland) 2009.

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- Het NHS zorgt ervoor dat elke (legale) burger toegang heeft tot gezondheidszorg. Ook zorgt dit systeem voor een relatief hoge financiële zekerheid, gezien 78.8% van de zorguitgaven uit belasting afkomstig is (2017). Een relatief laag percentage, maar 3.1% in 2017, is afkomstig uit vrijwillige verzekering.
- Inwoners hebben een relatief hoge levensverwachting.
- Het VK geeft relatief veel uit aan preventieve gezondheidszorg, namelijk meer dan 5% (2017) van de totale uitgaven aan gezondheidszorg (vergeleken met de 3% gemiddeld in Europa).
- Doordat gemeentes en regio's sommige vergoedingen zelf mogen inrichten afhankelijk van budget, zijn er verschillen tussen gemeentes/regio's wat betreft het vergoed krijgen van bepaalde, vaak duurdere zorg. Ook verschillen de wachttijden vaak tussen landen en regio's.

Digitalisering

Teleconsultaties worden steeds vaker gebruikt in zowel de primaire zorg als in het ziekenhuis.

Wat gaat er minder goed?

- Er zijn relatief weinig ziekenhuis bedden beschikbaar per hoofd van de bevolking, in 2016 was er 2.5 bed beschikbaar per 1000 inwoners (ver onder het EU gemiddelde van 5 bedden per 1000 inwoners)
- Er zijn relatief weinig artsen beschikbaar in 2017, ook het aantal verpleegkundigen groeide tussen 2005 en 2017 nog niet mee met het Europese gemiddelde.
- Dit heeft een negatief effect op de wachttijden in de zorg. Gezien de (meeste) zorg gratis is voor alle inwoners, vormen wachtlijsten de grootste belemmering voor de toegang tot de zorg (voornamelijk eerstelijnszorg).
- Specifiek binnen de 'social care' gaan tekorten in personeel waarschijnlijk een groter probleem vormen vanaf 2020 (Brexit). Doordat internationale werving van personeel lastiger kan verlopen, kunnen grote tekorten ontstaan die veel druk op dit deel van de zorg kunnen opleveren. Ook verkleiningen in de lokale budgetten voor langdurige zorg dragen bij aan deze druk, doordat veel aanbieders hun deuren moest sluiten vanwege financiële problemen.

Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	• In juni 2023 is er een nieuw plan gepresenteerd om de groeiende personeelstekorten in de zorg aan te pakken. De hoeveelheid opleidingsplekken moet worden opgeschaald, resulterend in een verdubbeling van de opleidingsplekken voor artsen en verpleegkundigen in 2032. Ook moet het aantal klinische opleidingsuren van verpleegkundigen worden teruggebracht. Er moet bovendien meer personeel in ondersteunende functies komen, dat de taken van artsen verpleegkundigen kan overnemen. • In 2022 waren er plannen om de, in 2021 ingestelde, 'Health and social care' heffing af te schaffen. De heffing van 1.25% die over inkomen wordt gewonnen, moest aan gezondheidszorg worden besteed. Echter hebben de 4 landen de bevoegdheid om zelf te bepalen hoeveel ze uitgeven aan gezondheidszorg. Het afschaffen van de heffing zal niet zorgen voor een lagere totale uitgave aan gezondheidszorg. • In 2019 is een plan gepresenteerd om het bestuur van inkopers en aanbieders van zorg, lokaal en nationaal, samen te voegen, om zo de interne markt in Engeland te porberen terug te drinken. • In 2022 is in Engeland de 'Health and care act' ingegaan, die het Engelse systeem herstructureert. Deze act verdeelt Engeland in 42 "Integrated Care System" regio's, die elk verantwoordelijk zijn voor de financiering en planning van de zorg in hun regio.

Bronnen:

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., Mossialos, E., Hernández-Quevedo, E., Maresso, A. United Kingdom: Health system summary. Health Systems in Transition, 2022. Vol. 24 No. 1 United Kingdom: health system review 2022 (who.int)

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), United Kingdom: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 2019_chp_uk_english_0.pdf (europa.eu)

Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021

4.19 Zweden

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Zweden georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Publiek. *Bijzonderheden*: Ongeveer 80% van de zorguitgaven is publiek en ongeveer 17% privaat. Vrijwillige aanvullende verzekering was in 2019 verantwoordelijk voor maar 1% van de zorguitgaven. Ziekenhuizen zijn grotendeels eigendom van de staat, maar er komen ook steeds meer private ziekenhuizen. Dit komt doordat ongeveer 10 jaar geleden is ingesteld dat ook private ziekenhuizen publieke geldstromen kunnen ontvangen.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Ja. *Bijzonderheden*: Er is een aparte wet voor langdurige zorg (the Social Services Act) die stelt dat oudere inwoners en inwoners met functionele beperkingen recht hebben op sociale dienstverlening en hulp in alle stadia. Ook moeten ouderen en gehandicapten vergoeding krijgen voor vervoer naar zorginstellingen. Daarnaast is er een wet voor mensen met ernstige beperkingen (Lag om stöd och service till visa funktionshindrade 1993:387) . Deze wet heeft tot doel dat deze doelgroep een goed en onafhankelijk leven kan leiden.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: belasting. Langdurige zorg: belasting. *Bijzonderheden*: Belastingen zijn afkomstig van zowel nationaal als gemeentelijk niveau. Voor acute zorg wordt 71% van de zorguitgaven gefinancierd door deze belastingen, van de overgebleven 29% wordt het grootste deel gefinancierd door subsidies en 'state grants', die indirect afkomstig zijn uit belastingen en die gelabeld of ongelabeld kunnen zijn. Langdurige zorg wordt gefinancierd en georganiseerd door gemeentes.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja, maar niet substantieel. Vormen van financiering aanvullende financiering: Acute zorg: • Premies voor vrijwillige verzekeringen, maar enkel 0.2% van de uitgaven aan zorg zijn afkomstig uit premies van vrijwillige aanvullende verzekeringen. • Eigen bijdragen. Langdurige zorg: • Eigen bijdragen (inkomensafhankelijk).
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	82% van de VHI premies wordt betaald do.or werkgevers, 12% door groepen van werknemers en 6% door individuen
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Zweden wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Tijdelijke bezoekers van Zweden uit de EU en 9 andere landen kunnen deelnemen aan het nationale gezondheidszorgsysteem, mits een Europese verzekeringskaart hebben die in eigen land moet worden aangevraagd. Expats kunnen ook deelnemen aan het Zweedse gezondheidszorgsysteem. Zie ook Kring der verzekerden.
Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	Verzekering is beschikbaar voor iedereen, ongeacht nationaliteit. Voor alle inwoners van de EU en 9 andere landen is ook spoedzorg beschikbaar. Deze zorg is flink gesubsidieerd of zelfs gratis.

Vervolg Kring der verzekerden	
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	N.v.t.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekostenverzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	N.v.t.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn: • Centrale overheid. • Regionale overheid. • Lokale overheid. Rol centrale overheid: • Regulatie en supervisie. Rol regionale overheid (county council): • Financieren van de zorg. • Inkoop van de zorg. • Uitvoering van de zorg (eerstelijns-, tweede lijns- en psychiatrische zorg). Rol lokale overheid (gemeente): • Organisatie en uitvoering van langdurige zorg en sociale gezondheidszorg (o.a. voor mensen met een beperking, ouderen, revalidatiezorg, thuiszorg, sociale zorg voor kinderen en volwassenen en zorg op school). *Bijzonderheden*: De regionale overheden bepalen de hoogte van eigen bijdragen voor eerstelijns- en tweedelijnszorg.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Toegang tot private zorg	Een deel van de zorg is privaat georganiseerd. Deze zorgaanbieders moeten een contract hebben met de regio om een vergoeding via het publieke systeem te krijgen. Enkele private aanbieders krijgen nog via nationale tarieven en nationale regelingen betaald, dat is een overblijfsel uit het verleden.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): Er geldt een eigen risico geldt voor medicijnen van 122 euro en voor mondzorg van 333 euro). • Procentuele bijdragen: ja, sommige typen zorg. • Voor voorgeschreven medicijnen geldt dat de patiënt het volledige bedrag betaalt tot een maximum van 1100 SEK (122 euro), daarna wordt alleen een procentuele bijdrage gevraagd, die oploopt tot 100%. Dit wordt subsidie genoemd. Voor mondzorg geldt dezelfde subsidieregeling, maar dan na een maximum van 3000 SEK (333 euro). Daarnaast is er voor mondzorg ook een vaste subsidie per jaar die bedoeld is voor preventieve tandartszorg en onderzoek. De hoogte hiervan is afhankelijk van leeftijd. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling): ja, sommige behandelingen of typen zorg, namelijk voor eerstelijns- en medisch specialistische zorg.
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg: ja, hoogte afhankelijk van regio, tot een maximum van 1100 SEK (122 euro) eigen bijdrage per jaar. • Huisartsenzorg: ja, hoogte afhankelijk van regio, tot een maximum van 1100 SEK (122 euro) eigen bijdrage per jaar. • Thuiszorg: waarschijnlijk wel. • Er lijkt een inkomenstoets te zijn, maar het is niet duidelijk of dit alleen voor zorg in instellingen is of ook voor thuiszorg. Er is waarschijnlijk een maximum eigen bijdrage. (zie Countries covered by the HSPM platform (who.int) Sweden section 5.8). • Langdurige zorg in instellingen: ja, hoogte afhankelijk van regio. In 9 regio's geldt een verlaagde eigen bijdrage afhankelijk van inkomen, leeftijd en opnameduur. • Farmaceutische zorg: ja, de patiënt betaalt het volledige bedrag tot een maximum van 1100 SEK (122 euro), daarna wordt alleen eigen bijdrage gevraagd (gelijk in heel Zweden). • Mondzorg: ja, de patiënt betaalt het volledige bedrag tot een maximum van 3000 SEK (333 euro), daarna ontvangen ze gedeeltelijke subsidie. *Bijzonderheden*: In bijna alle regio's zijn kinderen en jongvolwassenen onder de 20 uitgezonderd van eigen bijdrage voor zowel gezondheidszorg als mondzorg.

Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja, zie bijzonderheden. • Huisartsenzorg: ja, zie bijzonderheden. • Thuiszorg: ja, zie bijzonderheden. • Langdurige zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: apart basispakket. • Mondzorg: ja voor mensen jonger dan 24 jaar/nee voor mensen van 24 jaar en ouder. *Bijzonderheden*: Er is geen afgekaderd basispakket gedefinieerd, maar er worden 3 principes gehanteerd: 1) waardigheid: iedereen heeft evenveel recht op zorg, onafhankelijk van status, 2) solidariteit; zij die het het meeste nodig hebben krijgen voorrang, 3) kosteneffectiviteit: er moet een redelijke balans zijn tussen kosten en effect in de vorm van verbetering in gezondheid en kwaliteit van leven. Voor farmaceutische zorg is er wel een nationaal basispakket van medicijnen. Als patiënten een product willen dat niet op deze lijst staat, moeten ze het verschil in prijs als eigen bijdrage inleggen. De staat koopt zorg in volgens de volgende 5 principes: 1) geen discriminatie tegen aanbieders op basis van nationaliteit, 2) gelijke behandeling van aanbieders, 3) transparantie over aankoopprocedure, 4) de benodigdheden zijn proportioneel, 5) certificaten zijn ook geldig in andere EU landen. Mondzorg voor mensen onder de 24 jaar zit in het basispakket, boven de 24 jaar is deze zorg voor eigen rekening
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja, vooral snellere toegang tot extramurale zorg en planbare chirurgie. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): waarschijnlijk niet. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): nee. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: nee. *Bijzonderheden*: De rol van aanvullende verzekeringen is heel klein in Zweden en bedraagt 0,2% van de totale zorguitgaven. Aanvullende verzekeringen betreffen vooral arbeid gerelateerde zorg en wordt gefinancierd door werkgevers.

Vervolg Het basispakket	
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Als Zweden het verantwoordelijke land is voor zorg in natura voor een persoon die zich gevestigd heeft in Zwitserland of een ander EEA lidstaat anders dan Zweden, dan heeft deze persoon recht op een "Portable Document S1 (PD S1). Burgers die zich in het buitenland gevestigd hebben en voldoen aan de criteria van Verordening (EC) No 883/2004 hoeven geen bijdrage (in de vorm van een premie of extra belasting) te betalen om een PD S1 te krijgen. De persoon met het PD S1 moet zich registreren bij een instituut in het land van vestiging en heeft dan recht op dezelfde zorg in natura als personen die in die lidstaat verzekerd zijn. Zorgkosten worden niet vergoed aan het individu.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	• Gezondheid en Medische Diensten Wet (2017:30). • Mondzorg Wet (1985:125). • Staats Mondzorg Assistentie Wet (2008:145). • Vergoeding voor Medische Behandeling Wet (1993:1651). • Vergoeding voor Fysiotherapie Wet (1993:1652). • Act (2002:160) over farmaceutische diensten. • Verplichte Psychiatrische Zorg Wet Act (1991:1128). • Cross-Border gezondheidszorg verordening (1962:390). • Act (1991:419) betreffende de vergoeding van reiskosten in geval van ziekte gerelateerde reizen. • Diverse voorzieningen uit de Zweedse Sociale Verzekeringscode (2010:110). Voor meer informatie, zie: Official documents - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission (europa.eu).

Opvallendheden t.a.v. het systeem

- Het systeem is erg gedecentraliseerd: de landelijke overheid reguleert en superviseert, maar de 17 provincies + 4 regio's financieren de zorg, kopen zorg in en voeren de zorg uit. Waar de provincies verantwoordelijk zijn voor de eerstelijnszorg, de specialistische zorg en psychiatrische zorg, zijn gemeentes verantwoordelijk voor de rest.
- De levensverwachting in Zweden is een van de hoogste in Europa. Daarnaast heeft iedereen in Zweden recht op verzekering en toegang tot zorg die ofwel gratis is ofwel weinig eigen bijdrage behoeft.
- Het systeem is grotendeels afhankelijk van publieke geldstromen. Vrijwillige aanvullende verzekering was in 2019 maar verantwoordelijk voor 1% van de zorguitgaven. Toch neemt de populariteit van vrijwillige aanvullende verzekeringen toe, met als gevolg dat er grotere verschillen ontstaan tussen inwoners wat betreft de toegang tot zorg.
- Ziekenhuizen zijn grotendeels eigendom van de staat, maar er komen ook steeds meer private ziekenhuizen. Dit komt doordat ongeveer 10 jaar geleden is ingesteld dat ook private ziekenhuizen publieke geldstromen kunnen ontvangen.
- Zweden heeft een relatief groot aandeel extramurale zorg: in 2019 ging 34% van de zorguitgaven naar extramurale zorg (incl. thuiszorg).

Digitalisering
Sinds 2016 zijn er private aanbieders van digitale zorg , die eerstelijns zorg aanbieden via chat en video consulten. Ondanks dat ze buiten de het gebruikelijke accreditatiesysteem opereren, hebben ze toch publieke financiering gekregen. De nationale overheid wilde dit reguleren door deze diensten te integreren met de traditionele eerstelijnscentra. Sinds 2018 hebben de publieke aanbieders deze vorm van online consulten geadopteerd, terwijl de aanbieders van digitale zorg gestart zijn met het aanbieden van fysieke consulten.
Wat gaat er minder goed?
• Voor de COVID-19 pandemie, had Zweden het laagste aantal ziekenhuisbedden in de EU, namelijk 2.1 bedden per 1000 inwoners (2019). Dit komt doordat alle langdurige zorg en de meeste revalidatiezorg buiten het ziekenhuis plaatsvindt. In 2018 was de gemiddelde opnameduur dan ook maar 5.7 dagen, 25% lager dan het EU gemiddelde. • Er zijn relatief veel artsen (4.3 per 1000 inwoners) en verpleegkundigen (10.9 per 1000 inwoners) in Zweden, maar relatief weinig huisartsen (0.6 per 1000 inwoners). Daarom zijn (praktijk- en gespecialiseerd) verpleegkundigen ingezet, zij vervullen dan ook een relatief grote rol in eerstelijnszorg en hebben bijvoorbeeld de bevoegdheid om medicijnen voor te schrijven en zorg te coördineren. Al met al blijft er een tekort aan zorgpersoneel in 2021, vooral in de meer afgelegen regio's. • Er zijn relatief weinig zorginstellingen (zie ook Recente beleidsaanpassingen). Het aantal zorginstellingen per 1000 inwoners daalde tussen 2010 en 2020 van 2.7 naar 2.1

Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	• Meerdere recente wijzigingen in het systeem hebben gefocust op een betere toegang tot zorg en kortere wachttijden. Zo is o.a. een 'wachttijd garantie' ingesteld die inhoudt dat inwoners binnen 3 dagen een afspraak moeten kunnen krijgen in de eerstelijnszorg en binnen 90 dagen in de specialistische zorg. Als hier niet aan wordt voldaan door de instelling, wordt de inwoners zorg in een andere instelling aangeboden, die betaald wordt door de regio. • In 2018 werd de specialistische zorg gecentraliseerd naar nationaal niveau. • In 2019 werd het systeem vernieuwd waarmee zorgkosten gelijk werden getrokken tussen regio's. • In 2022 werd een plan voorgesteld voor een losse wet voor ouderenzorg. Dit gebeurde naar aanleiding van de COVID-19 crisis die de zwakke punten van de huidige ouderenzorg blootlegde. Er werden o.a. nieuwe doelen gesteld voor preventie, gezondheidsbevordering, hulp bij het functioneren en toegankelijkheid. • Begin 2023 werd besloten om een prestatiegericht beleid te voeren bij het verdelen van financiering over de regio's. Het doel hiervan is om het aantal zorginstellingen te vergroten. Ook zal een nationaal plan worden gemaakt om het tekort aan zorginstellingen aan te pakken.

Bronnen:

Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 2023; 25(4): i–198

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Sweden: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Polin K, et al. "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021 Jul;125(7):815-832. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005. Epub 2021

4.20 Zwitserland

Publiek, privaat of hybride zorgstelsel	
Hoe is de zorg in Zwitserland georganiseerd?	
Is de zorg publiek of privaat ingericht?	Combinatie. *Bijzonderheden*: Zwitsers zijn verplicht zich te verzekeren voor ziektekosten. Zorgverzekeraars zijn private non-profit partijen die opereren op basis van gereguleerde concurrentie. Burgers hebben vrije keuze van zorgverzekeraar. Er zijn zowel publieke als private zorgaanbieders. Ambulante zorg wordt grotendeels aangeboden door artsen die in private praktijken werken. Van de algemene ziekenhuizen gericht op intramurale cure was in 2013 bijna 70% in publieke handen of publiek gesubsidieerd. Het overige deel was privaat. Gespecialiseerde ziekenhuizen, bv kinderziekenhuizen en ziekenhuizen voor chirurgie en gynaecologie zijn grotendeels privaat.
Is er onderscheid tussen cure en care?	Onduidelijk. *Bijzonderheden*: De kantons zijn verantwoordelijk voor de organisatie van langdurige zorg, evenals voor intramurale zorg in ziekenhuizen en revalidatiezorg, maar kunnen deze verantwoordelijkheid delegeren naar gemeenten.
Financiering	
Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Is het stelsel premie- of belasting gefinancierd (of hybride?)	Acute zorg: combinatie. Langdurige zorg: combinatie. *Bijzonderheden*: In 2012 waren de totale uitgaven aan de gezondheidszorg als volgt verdeeld: • Algemene belastingen: 20,3%. • Sociale zekerheidsbijdragen: 10,7%. • Premies voor de verplichte zorgverzekering: 35,8%. • Premies voor vrijwillige aanvullende zorgverzekering: 7,2%. • Eigen bijdragen aan verzekerde zorg: 5,5%. • Directe betalingen van patiënten en bijdragen uit private fondsen: 20,5%.

Vervolg Hoe is het zorgstelsel gefinancierd?	
Als de zorg niet alleen belasting gefinancierd is, op welke wijze wordt het stelsel dan aanvullend gefinancierd?	Aanvullende financiering is van toepassing: ja. Vormen van financiering aanvullende financiering voor acute zorg en langdurige zorg: • Algemene belastingen die worden geïnd door de federale overheid, kantons en gemeenten. • Sociale verzekeringen bestaande uit zorggerelateerde onderdelen van de ongevallenverzekering, de ouderdomsverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de militaire verzekering en de aanvullende betalingen van de ouderdoms- en nabestaandenverzekering. • Community rated leeftijdsgebonden premies voor de verplichte zorgverzekering waarbij alle inwoners van een kanton of deelregio bij dezelfde zorgverzekeraar dezelfde premie betalen voor hun leeftijdscategorie. Er zijn drie leeftijdscategorieën met oplopende premies: 1) kinderen (0-18 jaar), 2) jong volwassenen (19-25) en 3) volwassenen (26 en ouder). • Premies voor vrijwillige aanvullende zorgverzekering. • Eigen bijdragen. • Anders, namelijk particuliere financiering (meestal vanuit donaties en legaten aan NGO's).
Als een deel van de zorg premie gefinancierd is, op welke wijze zit de premiefinanciering dan in elkaar (bijvoorbeeld: nominale gelijke premie of een inkomensafhankelijke premie, of op andere wijze)	Opbouw van de premie: Verplichte zorgverzekering: • Community rated leeftijdsgebonden premies waarbij alle inwoners van een kanton of deelregio bij dezelfde zorgverzekeraar dezelfde premie betalen voor hun leeftijdscategorie. Er zijn drie leeftijdscategorieën met oplopende premies: 1) kinderen (0-18 jaar), 2) jong volwassenen (19-25) en 3) volwassenen (26 en ouder). De premie kan wel lager zijn als men een andere verzekering heeft die deels in ziektekosten voorziet. Mensen met een laag inkomen krijgen een toeslag voor kosten voor de verplichte zorgverzekering.
Is er een (fiscale of premie) vrijstelling mogelijk voor burgers die in Zwitserland wonen, maar ten laste van een andere lidstaat (of verdragsland) recht hebben op zorg?	Informatie niet beschikbaar

Kring der verzekerden	
Wat is de kring der verzekerden? (dat wil zeggen: de reikwijdte van de verzekerden, dus verzekerd op basis van werken / een werknemersbegrip, of ook verzekerd op basis van ingezetenschap / wonen bijvoorbeeld als niet actief familielid of gepensioneerde?)	We bekijken dit voor de volgende categorieën: • Alle ingezetenen zijn verplicht verzekerd. • Ongedocumenteerde immigranten en vluchtelingen hebben in theorie recht op een verplichte ziektekostenverzekering. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn wettelijk gebonden aan geheimhouding. Naar schatting is echter 80 tot 90% van de ongedocumenteerde immigranten niet verzekerd, deels vanwege een gebrek aan kennis van hun rechten en deels vanwege de angst om aan de autoriteiten te worden aangegeven. Er zijn enkele gezondheidsdiensten specifiek voor onverzekerde illegale immigranten gerund door NGO's. Daarnaast kunnen reguliere zorgaanbieders aanspraak maken op vergoeding van diensten aan illegale immigranten uit verschillende bronnen, zoals de kantons en gemeenten.
Wat is de verzekerings-positie van niet-actieven, bijvoorbeeld familieleden en gepensioneerden, in de zin van: hebben zij een zelfstandige verzekerings-positie op basis van ingezetenschap, of hebben zij een afgeleid recht?	Alle inwoners zijn verplicht verzekerd. *Bijzonderheden*: Als iemand weigert zich in te schrijven, kan de Canton een verzekering toewijzen. Personen die moeite hebben met het betalen van de premie kunnen de Canton verzoeken om 80% van de kosten te betalen.
Kunnen niet-actieve burgers zich (zelfstandig) inschrijven bij een ziektekosten-verzekeraar, wat kost dat gemiddeld en waar kunnen ze zich aanmelden? Of kunnen niet-actieve burgers zich op een andere manier verzekeren in hun woonland?	Zelfstandig inschrijven is mogelijk. Mensen die in Zwitserland komen wonen zijn verplicht zich in te schrijven bij een verblijf langer dan drie maanden. Ze moeten dan de premie met terugwerkende kracht tot de datum van binnenkomst betalen.
Verantwoordelijkheden	
Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Partijen die verantwoordelijkheid hebben zijn: Drie verschillende bestuursniveaus: • Het federale niveau. • De kantons. • De gemeenten. • Coördinerende organen. • Erkende maatschappelijke organisaties, zoals verenigingen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. • Het Zwitserse volk.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Vervolg Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	Rol federale overheid: • Bepalen van het wettelijke kader voor gereguleerde concurrentie in het gezondheidszorgsysteem. • Toezicht houden op de ontwikkelingen op lagere niveaus van het systeem. • Vaststellen basispakket. Rol kantons: • Opstellen van wetgeving op gebieden waarop de grondwet de wetgevende macht niet expliciet aan het federale niveau heeft overgedragen. Zelfs in gebieden die onder de verantwoordelijkheid van de federale overheid vallen, hebben kantons over het algemeen een aanzienlijke autonomie bij de implementatie van wetten en verordeningen die op federaal niveau zijn aangenomen, die vaak aanvullende kantonale wetgeving vereisen voor de implementatie van beleid. • Implementatie van federaal beleid. • Waarborgen van de beschikbaarheid van de gezondheidszorginfrastructuur (met name ziekenhuizen, verpleeghuizen en medische nooddiensten). Om dit te kunnen doen zijn de kantons eigenaar van de meerderheid van de ziekenhuizen en financieren zij ongeveer de helft van alle kosten van intramurale zorg. • Beheer van het systeem van premiesubsidies voor mensen met lage inkomens. • Verlenen van licenties aan gezondheidszorgprofessionals werkzaam in zelfstandige praktijk (artsen, fysiotherapeuten, enz.). • Preventie en gezondheidsbevordering (in samenwerking met de federale overheid en de gemeenten). • Waken over de voedselveiligheid. • Verstrekken van gezondheidszorg. Rol gemeenten: • Algemeen: Gemeenten verschillen sterk wat betreft hun betrokkenheid bij het gezondheidszorgsysteem. Kleinere gemeenten (meerdere hebben minder dan 50 inwoners) nemen doorgaans minder verantwoordelijkheden op zich dan grotere gemeenten (met meer dan 50.000 inwoners). Kleinere gemeenten werken vaak samen om aan hun verplichtingen te voldoen of delegeren specifieke taken aan particuliere organisaties. • De rol van gemeenten is het grootst op het gebied van langdurige zorg (verpleeghuizen en thuiszorgdiensten) en andere sociale ondersteunende diensten voor kwetsbare groepen.

Vervolg Verantwoordelijkheden	
Vervolg Welke partij / organisatie / actor heeft welke verantwoordelijkheid in het stelsel?	**Vervolg** Rol gemeenten • Grotere gemeenten en verenigingen van gemeenten kunnen hun eigen ziekenhuizen exploiteren. • De schoolgezondheidsdiensten van grotere steden spelen een belangrijke rol in de volksgezondheid. Rol coördinerende organen: • Coördinatieorganen spelen een steeds belangrijkere rol in het gezondheidszorgsysteem. De twee belangrijkste coördinatieorganen hebben tot doel de coördinatie te verbeteren van: (1) kantons onderling; en (2) kantons met de federale overheid. Rol verenigingen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders: • Onderhandelen over contracten, vaststellen van tarieven voor vergoeding, toezicht houden op hun leden op Kanton niveau. Rol van het Zwitserse volk: • Kan via openbare referenda een veto uitspreken of om hervormingen in de gezondheidszorg vragen. *Bijzonderheden*: Omdat beslissingen over de financiering van de gezondheidszorg door meerdere actoren worden genomen - de Confederatie, kantons, gemeenten, zorgverzekeraars en andere sociale verzekeringen, maar ook door inwoners die verplichte en vrijwillige zorgverzekeringen aangaan of zorg afnemen - bestaat er geen algemeen vastgesteld budget voor de gezondheidszorg. De enige begrotingen die bestaan zijn de begrotingen die door de kantons zijn vastgesteld voor directe subsidies aan aanbieders – maar zelfs dit zijn indicatieve begrotingen, en geen harde budgetten. Als gevolg hiervan is de controle over de uitgaven aan de gezondheidszorg relatief zwak.
Toegang tot private zorg	Kunnen mensen naar private zorgaanbieders en wordt die zorg dan via de zorgverzekering vergoed of moet (deels) uit eigen zak betaald worden.
Eigen bijdragen	
Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	• Eigen risico (Engelse term: mandatory deductible): ja, behalve voor kinderen. • Procentuele bijdragen: ja. • Vaste bijdragen (vast bedrag per behandeling) ja, bij ziekenhuisopname.

Vervolg Eigen bijdragen	
Vervolg Wat wordt bedoeld met eigen bijdragen?	Na het volmaken van het eigen risico gelden de volgende eigen bijdragen: Voor alle zorg: 10% eigen bijdrage plus voor: • Ziekenhuisopname: 15 Franc per dag. • Medicijnen: 20% als het geen generiek medicijn is. Langdurige zorg: • 10% eigen bijdrage, maximaal 20% van het bedrag dat de zorgverzekering betaalt. *Bijzonderheden*: Er zit een maximum op de eigen bijdragen, de hoogte is afhankelijk van de leeftijd (kind of volwassene).
In welke gevallen wordt een eigen bijdrage gerekend?	• Ziekenhuiszorg ja. • Huisartsenzorg ja. • Thuiszorg: ja. • Zorg in instellingen: ja. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: ja. Voor mondzorg moeten patiënten de volledige rekening zelf betalen.
Het basispakket	
Wat zit er grosso modo in het basispakket van de zorg?	• Ziekenhuiszorg :ja. • Huisartsenzorg: ja. • Thuiszorg: ja, voor zover het medische zorg betreft. • Langdurige zorg in instellingen: ja, voor zover het medische noodzakelijke zorg betreft. • Farmaceutische zorg: ja. • Mondzorg: nee, alleen als het gaat om een ernstige, niet te voorkomen ziekte van het kauwstelsel (bijvoorbeeld kanker aan het aangezicht) of als het verband houdt met de zorg voor andere ziekten (bijvoorbeeld leukemie of AIDS). *Bijzonderheden*: uitgangspunt is dat zorg wordt vergoed die nodig is voor de diagnose of behandeling van een ziekte en de gevolgen ervan, evenals kraamzorg, op voorwaarde dat deze zorg effectief, passend en kosteneffectief is.
Wordt er gebruik gemaakt van aanvullende verzekeringen, en is dat nodig (gezien wat er in het basispakket is opgenomen)?	Aanvullende verzekeringen dekken: • Verkrijgen van betere kwaliteit van de zorg of een betere toegang (supplementair): ja. • Voor een vergoeding van eigen bijdragen (supplementair): nee. • Voor zorg die niet in het basispakket zit (complementair): ja. • Voor groepen die zich niet kunnen verzekeren via de basisverzekering: nee.

Het basispakket	
Is er een verschil tussen nationaal verzekerden die in het buitenland woonachtig zijn en verzekerden in het eigen land.	Geen informatie beschikbaar.
Welke zorg(wetgeving) is onderdeel van Europese sociale zekerheids-coördinatie op basis van artikel 9 verklaringen van de sociale zekerheids-coördinatie Vo. 883 / 2004?	Geen informatie beschikbaar.
Opvallendheden t.a.v. het systeem	
• Zwitsers zijn zeer tevreden over hun zorgsysteem, de kwaliteit wordt als goed ervaren en er zijn bijna geen wachtlijsten. • Eigen bijdragen zijn relatief hoog in Zwitserland. • Er zijn veel en vooral veel kleine ziekenhuizen in Zwitserland, wat doet vermoeden dat er nog een efficiëntieslag gemaakt kan worden. • De levensverwachting is de hoogste in Europa (na IJsland).	
Digitalisering	
Digitalisering lijkt een lage prioriteit te hebben in Zwitserland. Zwitserland loopt achter in de implementatie van digitale gezondheidsdiensten, zoals een elektronisch patiëntendossier, tele-medicine en digitaal voorschrijven.	
Wat gaat er minder goed?	
• De kosten zijn relatief hoog.	
Recente beleidsaanpassingen	
Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	In 2022 is een initiatief aangenomen om het tekort aan verpleegkundigen op te lossen. Op 6 december 2019 is de nieuwe Zorgbeleid Strategie “Health 2030” aangenomen. Relevante onderdelen hieruit zijn: • Alle actoren in het zorgstelsel moeten gebruikmaken van zorgdata en nieuw medische technologie door 1) het promoten van digitaliseren en datagebruik en 2) vaststellen hoe de nieuwe technologieën gebruikt moeten worden. • Overheid, verzekeraars en zorgverleners moet overgebruik, ondergebruik en ongepast gebruik voorkomen. • Stijging van kosten moet voorkomen worden.

Vervolg Recente beleidsaanpassingen	
Vervolg Is er recent sprake van een stelselwijziging in de zorg op het gebied van de kring der verzekerden, de inrichting van het stelsel, dan wel de (fiscale) financiering van het stelsel?	**2018**: Financiering vanuit één bron of uniforme financiering van ambulante en ziekenhuiszorg **2019**: Introductie van een elektronisch patiëntendossier **2019**: Introductie van bezuinigingsmaatregelen

Bronnen:

De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. Health Systems in Transition, 2015; 17(4):1–288. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330252/HiT-17-4-2015-eng.pdf?sequence=5

www.missoc.org, accessed 21-11-2023