



Paper

# Onderzoek houdbaarheid woonlandfactor- berekening

Vincent van Polanen Petel

November 2019

# Inhoud

Lijst met figuren	3
Lijst met tabellen	4

## 1. Inleiding 5

## 2. Evaluatie berekening woonlandfactoren 2019 8

- 2.1 De voormalige woonlandfactorberekening 8
- 2.2 De woonlandfactorberekening voor 2019 9
- 2.3 Welke zorguitgaven tellen mee? 10
- 2.4 Duurzaamheid 15
- 2.5 Verschillen in praktische uitwerking 16
- 2.6 Vergelijking van de ontwikkeling volgens het System of Health accounts en volgens de Nederlandse opgave over de gemiddelde kosten 16

## 3. Woonlandfactoren volgens verschillende methoden 19

- 3.1 Methode 1 die is gebruikt voor de woonlandfactoren van 2018 21
- 3.2 Methode 2: de huidige indexmethode gebaseerd op de gegevens van de WHO, gebruikt voor de woonlandfactoren van 2019 21
- 3.3 Methode 3: de huidige indexmethode waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende financieringssystemen. 22
- 3.4 Methode 4: de SHA-cijfers over publiek gefinancierde gezondheidszorg 25
- 3.5 Methode 5: de SHA-cijfers rekening houdend met de verschillende financieringssystemen 27
- 3.6 Methode 6: de SHA-cijfers rekening houdend met de verschillende financieringssystemen, maar met aftrek van de uitgaven aan de functie 'Governance and health system and financing administration' (beheer en administratie) 28
- 3.7 Methode 7: de SHA-cijfers over gezondheidszorg plus sociale langdurige zorg, rekening houdend met de verschillende financieringssystemen, onder aftrek van de uitgaven aan beheer en administratie 29
- 3.8 Methode 8: combinatie van methoden, en vergelijking van methoden 31

## 4. De uitgaven volgens het system of Health Accounts gebruiken voor afrekening op basis van gemiddelde kosten 37

## 5. Conclusies 39

Literatuur	43
Bijlagen	44

# Lijst met figuren

- 2.6.1 Ontwikkeling van de publiek gefinancierde gemiddelde uitgaven per inwoner en kosten per verzekerde (volgens opgave aan de Rekencommissie) vanaf 2006 **17**
- 2.6.2 De gemiddelde SHA uitgaven per inwoner en kosten van verstrekkingen per verzekerde (volgens opgave aan de Rekencommissie) vanaf 2006, financiering via Zvw, AWBZ en Wlz **18**
- 2.6.3 Ontwikkeling van de gemiddelde SHA plus sociale langdurige zorg (LZ) uitgaven per inwoner en kosten van verstrekkingen per verzekerde (volgens opgave aan de Rekencommissie) vanaf 2006, financiering via Zvw, AWBZ en Wlz **18**
- 3.1.1 Verdeling van de woonlandfactoren 2018 (oude methode gebaseerd op opgaven of informatie van de landen) **21**
- 3.2.1 Verdeling woonlandfactoren 2019 (indexmethode op basis van 2015 cijfers van de WHO) **22**
- 3.3.2 Verdeling woonlandfactoren met verfijnde indexmethode **25**
- 3.4.1 Verdeling woonlandfactoren op basis van directe berekening uit publiek gefinancierde uitgaven aan gezondheidszorg volgens het System of Health Accounts **26**
- 3.5.1 Verdeling woonlandfactoren op basis van directe berekening uit uitgaven aan gezondheidszorg volgens het System of Health Accounts, waarbij de financiering afhankelijk is van het systeem per land **28**
- 3.6.1 Verdeling woonlandfactoren op basis van directe berekening uit uitgaven aan gezondheidszorg onder aftrek van de kosten van beheer en administratie, waarbij de financiering afhankelijk is van het systeem per land **29**
- 3.7.1 Verdeling woonlandfactoren op basis van directe berekening uit uitgaven aan gezondheidszorg en sociale langdurige zorg volgens het System of Health Accounts, waarbij de financiering afhankelijk is van het systeem per land **30**

# Lijst met tabellen

- 3.3.1 Procentuele aandelen in publiek gefinancierde gezondheidszorg volgens het SHA, 2015 **23**
- 3.8.1 Kengetallen voor methoden van woonlandfactorberekening **31**
- 3.8.2 Kwalitatieve vergelijking tussen methoden voor berekening van de woonlandfactor **32**
- 3.8.3 Verschillen met de woonlandfactoren volgens de oorspronkelijke indexmethode samengevat, voor twee alternatieve methoden **33**
- 3.8.4 Veranderingen per jaar van de woonlandfactoren voor de 39 landen gezamenlijk **33**
- 3.8.5 Vergelijking van de veranderingen in de woonlandfactoren 2019 ten opzichte van 2018 (methode 1) met de periode 2009–2018, per land **35**
- 3.8.6 Vergelijking van de veranderingen in de woonlandfactoren 2019 ten opzichte van 2018 (methode 1) met de periode 2009–2018, per land, met gebruik van driejaars voortschrijdende gemiddelden **36**
- 4.1 Gemiddelde kosten basisverzekering per persoon inclusief eigen risico, voor enkele typen zorg **38**
- 4.2 Gebruik Wlz-zorg in natura, 2017 **38**
- 4.3 Persoonsgebonden budget AWBZ/Wlz **39**

# 1. Inleiding

In het voorjaar van 2019 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) contact opgenomen met het CBS voor een onderzoek naar de houdbaarheid van de woonlandfactorberekening. De woonlandfactor is van belang voor mensen die in het buitenland wonen maar op grond van EU-verordening 883/2004, of op grond van een bilateraal verdrag, recht hebben op zorg ten laste van Nederland. Het doel van de woonlandfactor is dat bij de bepaling van de hoogte van de verdragsbijdrage die deze verdragsgerechtigden verschuldigd zijn rekening wordt gehouden met het gegeven dat sommige buitenlandse zorgstelsels minder dekking bieden dan het Nederlandse stelsel. De woonlandfactor geeft zo goed mogelijk het verschil weer in zorgniveau (uitgedrukt in gemiddelde zorgkosten) tussen Nederland en het woonland van de betrokkene. Belangrijk is dat bij de berekening van de woonlandfactor voor Nederland tot nu toe alleen wordt gekeken naar de kosten van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en van de Wet langdurige zorg (Wlz) (inclusief persoonsgebonden budgetten (pgb's), exclusief eigen risico en eigen bijdragen). De woonlandfactor wordt daarnaast gehanteerd voor de vaststelling van de zorgtoeslag.

EU-verordening 883/2004 (hierna: de Verordening) en de daarop aansluitende toepassingsverordening 987/2009 en besluiten regelen de coördinatie van sociale-zekerheidsstelsels in de Europese Economische Ruimte (EU en Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, plus Zwitserland). Daarnaast heeft Nederland nog bilaterale verdragen met een aantal andere landen die ook de coördinatie van sociale zekerheidsstelsels regelen.<sup>1)</sup>

De woonlandfactor is in het kort de verhouding tussen de gemiddelde zorguitgaven in het woonland en de gemiddelde zorguitgaven in Nederland. De definitie luidt: het getal dat wordt berekend uit de verhouding tussen de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale zorgverzekeringen in het woonland van deze persoon, en de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale zorgverzekeringen in Nederland.<sup>2)</sup> Strikt genomen zijn de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet geen sociale verzekeringen, omdat ze worden gefinancierd uit de algemene middelen. Ze vallen wel onder de sociale zekerheid. De kosten van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet vallen echter niet binnen het bereik van de berekening, omdat de Wmo en de Jeugdwet niet onder de Verordening vallen.

De verdragsbijdrage bestaat uit:

- De vaste bijdrage Zorgverzekeringswet. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt deze bijdrage jaarlijks vast. Deze bijdrage is vergelijkbaar met de nominale premie die iemand in Nederland betaalt aan een zorgverzekeraar.
- Inkomensafhankelijke bijdragen. De percentages hiervoor komen overeen met wat iemand in Nederland over het inkomen zou moeten betalen. De in een ander land woonachtige (ingezetene van dat andere land) Nederlander betaalt dat percentage over zowel inkomen uit Nederland als over eventuele inkomsten uit een ander land, het wereldinkomen dat via de fiscus wordt bepaald.

<sup>1)</sup> Turkije, Servië, Noord-Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Montenegro, Tunesië, Marokko, Kaapverdië.

<sup>2)</sup> Artikel 6.3.1 lid 1 van de Regeling Zorgverzekering.

In het verleden werd door het CAK voor EU-landen veelal gebruik gemaakt van de gemiddelde zorgkosten die onder de EU verordening vallen en die geaccordeerd werden door de Rekencommissie (Audit board) van de Administratieve Commissie van de EU voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (hierna: de Rekencommissie).<sup>3)</sup> De gemiddelde kosten werden gepubliceerd in het Publicatieblad van de EU. De woonlandfactoren konden daarmee eenvoudig worden berekend. Echter, omdat steeds meer lidstaten afrekenen op basis van werkelijke kosten, zijn zij niet langer verplicht de gemiddelde kosten aan de Rekencommissie te presenteren. Daardoor diende het CAK zich op andere bronnen te richten. De bronnen bestonden grotendeels uit opgaven van de kosten per land door de betrokken instanties bij de sociale zorgverzekeringen of door het ministerie van gezondheid van dat land indien de zorg niet is gefinancierd via sociale zorgverzekeringen maar via de belastingen/ algemene middelen. Deze bronnen bleken echter heel divers. Bovendien was voor sommige landen de vergelijking gebaseerd op een jaar dat zo ver in het verleden lag, dat vergelijking van de zorguitgaven de situatie niet goed weergaf.

Daarom heeft het ministerie van VWS bij de berekening van de woonlandfactoren voor 2019, gepubliceerd in de Staatscourant eind 2018, gebruik gemaakt van gegevens van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO als afkorting, de Engelstalige afkorting is gebruikelijk) waaruit de ontwikkeling in de kosten van Nederland en de verdragslanden kan worden afgeleid, en daarmee de woonlandfactoren van eerdere jaren aangepast (geïndexeerd) zodat voor 2019 rekening is gehouden met dat verschil in ontwikkeling. Bij de bekendmaking van de nieuwe woonlandfactoren is aangegeven dat in 2019 een onderzoek zal worden gedaan naar de houdbaarheid van de nieuwe berekeningswijze. De berekening voor het jaar 2019 ging uit van de verhouding tussen de gemiddelde kosten per verzekerde in Nederland en het betrokken land in het laatste beschikbare jaar, meestal 2014, maar soms met uitschieters naar 2002 zoals bij Marokko. De bronnen van die gemiddelde kosten zijn dus of de opgaven aan de Rekencommissie, of de opgaven van de landen aan het CAK, die gebruikt zijn voor de (vorige) woonlandfactoren van 2018 of 2017. Daarna werd de relatieve ontwikkeling op basis van de WHO-cijfers toegepast om de woonlandfactor voor 2019 te bepalen.

Hoewel Nederland tegenwoordig afrekent op basis van werkelijke kosten, gebruikt Nederland voor enkele verdragslanden nog de forfaitaire gemiddelde kosten, omdat deze landen ook met gemiddelden afrekenen (zoals afgesproken in het verdrag). Daar sluit een andere onderzoeksvraag op aan van VWS/ CAK, namelijk of de gemiddelde WHO-kosten kunnen worden gebruikt voor de afrekening met in het bijzonder landen als Turkije en Servië. Voor deze verdragslanden is afgesproken dat Nederland een gemiddeld kostenbedrag in rekening brengt voor het recht op zorg van de buitenlandse verzekerde in Nederland. Het opstellen van een gemiddelde Nederlandse kostprijs is een arbeidsintensief traject; aansluiting bij het Nederlandse WHO-cijfer zou een uitkomst bieden.

<sup>3)</sup> Taken Rekencommissie: artikel 74, Verordening 883/2004 over de coördinatie van socialezekerheidsstelsels

VWS heeft het CBS verzocht de volgende vragen en werkzaamheden te beantwoorden of uit te voeren:

1. Is de gekozen woonlandfactorberekening toekomstbestendig? Deelvragen: In hoeverre blijft de huidige berekeningswijze op de lange termijn mogelijk (duurzaamheid brongegevens) en uitlegbaar (is de berekening eenvoudig uit te leggen, is de berekening redelijk, zijn de gebruikte cijfers geschikt gezien het doel van de woonlandfactor)?
2. Is er een andere (betere) berekeningswijze van de woonlandfactor mogelijk? Dit kan betrekking hebben op een andere berekening/ andere cijfers/ andere bronnen.
3. Als er een andere berekeningswijze wordt voorgesteld, hoe kan de transitie van oud naar nieuw dan het beste geschieden?
4. Kunnen de gemiddelde WHO-kosten worden gebruikt voor de afrekening met landen als Turkije en Servië? Voor deze verdragslanden is afgesproken dat Nederland een gemiddeld kostenbedrag in rekening brengt voor het recht op zorg van de buitenlandse verzekerde in Nederland. De kostprijs moet onderscheid maken naar twee leeftijdsklassen: kosten voor mensen jonger dan 65 en kosten voor mensen ouder dan 65.
5. VWS heeft aangegeven dat twee belangengroepen van verdragsgerechtigden betrokken moeten worden bij dit onderzoek. Dit zijn de FANF (Fédération des Associations Néerlandaises en France) en de Vereniging Belangenbehartiging Nederlands Gepensioneerden in het Buitenland (de VBNGB).

Of de huidige berekening toekomstbestendig is wordt behandeld in hoofdstuk 2. Daarbij komen ook de meningen van de twee geconsulteerde belangenverenigingen aan bod. De huidige berekening wordt conceptueel vergeleken met het statistisch systeem achter de WHO-cijfers. Ook wordt een vergelijking gemaakt tussen de ontwikkelingen in de kosten van verstrekkingen zoals Nederland die heeft aangeleverd aan de Rekencommissie van de Administratieve Commissie van de EU en de uitgaven volgens de WHO-cijfers.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op een aantal mogelijke alternatieven op basis van de WHO-cijfers, of correcter: op basis van het statistisch systeem achter de WHO-cijfers. Deze zijn berekend als ware het gedaan voor het jaar 2019 zodat ook de vergelijking met de huidige woonlandfactoren voor 2019 gemaakt kan worden. Tenslotte wordt de vraag over het gebruik voor afrekening met landen op basis van gemiddelde kosten behandeld. Op een aantal punten wordt in het rapport aangegeven of de cijfers zoals gepubliceerd door de WHO overeenstemmen met de voorwaarden voor het al dan niet meetellen van verstrekkingen (vanuit de stelsels van sociale zekerheid die door de Verordening worden gecoördineerd) zoals verwoord in met name Besluit S5 van de Administratieve commissie (ook gevraagd door de VBNGB).

## 2. Evaluatie berekening woonlandfactoren 2019

### 2.1 De voormalige woonlandfactorberekening

Voordat de huidige, op WHO-gegevens gebaseerde, woonlandfactorberekening werd gebruikt, was de woonlandfactorberekening rechttoe rechtaan: de gemiddelde kosten per verzekerde in het woonland gedeeld door de gemiddelde kosten per verzekerde in Nederland. De bronnen voor de benodigde gegevens waren over de jaren echter geenszins rechttoe rechtaan. Omdat veel landen de werkelijke zorgkosten in rekening brachten in plaats van gemiddelde bedragen, leverden zij geen opgave meer aan van de gemiddelde kosten per verzekerde aan de Rekencommissie. Voor de landen die dat niet meer deden werden dan gegevens uit vele verschillende bronnen gehaald.

Zo kon voor de woonlandfactorberekening van 2016 nog bij 20 van de 39 landen van de opgave van de Rekencommissie gebruik worden gemaakt. Van de overige 19 landen kon doorgaans (maar niet altijd) van een nationale bron, of een opgave direct aan Nederland, gebruik worden gemaakt, maar die gegevens hoefden niet noodzakelijkerwijs overeen te komen met de vroeger aan de Rekencommissie geleverde gegevens. Voor Bosnië moest gebruik worden gemaakt van een Oostenrijkse bron; voor Marokko was het laatst beschikbare jaar 2002.

Voor de berekening van de woonlandfactoren 2018 kon het CAK nog gebruik maken van opgaven door 10 landen aan de Rekencommissie; voor 26 landen zijn opgaven gezocht en opgevraagd bij nationale bronnen die verantwoordelijk zijn voor de financiering van de gezondheidszorg (sociale verzekeringsinstituten dan wel ministeries van gezondheid), voor twee landen zijn gegevens gehaald bij andere instituten, en voor één land is zelfs een buitenlandse bron gebruikt. Het was niet altijd zeker dat daarmee ook de dekking conform de Verordening is bereikt.

Omdat steeds meer landen overgaan op de afrekening op basis van werkelijke kosten en daarmee de uniforme bron voor de berekening van de woonlandfactoren opdroogt, en omdat de door het CAK gevonden bronnen heel divers bleken, is op de huidige woonlandfactorberekening overgestapt.



## 2.2 De woonlandfactorberekening voor 2019

Voor de huidige woonlandfactorberekening is gekozen om oude woonlandfactoren te extrapoleren met de relatieve ontwikkeling van de zorguitgaven per land vergeleken met Nederland. Daarbij wordt zoveel als mogelijk gebruikt gemaakt van een eenduidige bron. Het gebruik van een bron die is gebaseerd op eenduidige richtlijnen over wat moet worden meegeteld heeft naast het voordeel van besparing op het arbeidsintensief zoeken het extra voordeel dat die cijfers onderling vergelijkbaar zijn en op vergelijkbare manier zijn samengesteld.<sup>4)</sup>

De huidige woonlandfactorberekening gebruikt als startpunt de zorgkosten van 2014 (of het meest recente jaar vóór 2014 als 2014 niet beschikbaar was).<sup>5)</sup> Vervolgens wordt de ontwikkeling van de zorguitgaven per inwoner van het woonland berekend, waarbij de gegevens van de World Health Organization worden gebruikt (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>).<sup>6)</sup> Hetzelfde wordt gedaan voor Nederland. Daarna wordt de verhouding tussen de ontwikkeling van de zorguitgaven per inwoner in het woonland en die in Nederland vermenigvuldigd met de woonlandfactor van een jaar terug, wat als resultaat de nieuwe woonlandfactor oplevert.

---

### Voorbeeld berekening woonlandfactor 2019

Een voorbeeld, België wordt gebruikt, geeft aan waar rekening mee moet worden gehouden.

1. Voor België was uitgegaan van de woonlandfactor voor 2018: 0,7193. Deze woonlandfactor was berekend met de destijds – in 2017 – beschikbare gegevens die op het jaar 2014 betrekking hadden.
2. De WHO cijfers, in Amerikaanse dollars, die voor de berekening van woonlandfactoren van 2019 konden worden gebruikt, hadden betrekking op 2015.
3. De gemiddelde zorguitgaven per inwoner van België bedroegen in 2015 \$ 3 275,70; in 2014 was dat \$ 3 809,59 (de daling van 2014 op 2015 weerspiegelt vooral de daling van de koers van de euro ten opzichte van de dollar; in euro's stegen de zorguitgaven). De uitgaven per hoofd van de bevolking in 2015 bedroegen dus 85,99% van die in 2014.
4. Voor Nederland waren de overeenkomstige cijfers: in 2015: \$ 3 830,54 en in 2014 \$ 4 578,26. De uitgaven per hoofd van de bevolking in Nederland in 2015 bedroegen dus 83,67% van die in 2014.
5. De verhouding tussen de ontwikkelingen in België en Nederland komt daarmee uit op  $85,99 / 83,67 = 1,0277$ .
6. De nieuwe woonlandfactor wordt dan:  $0,7193 * 1,0277 = 0,7392$ .

---

<sup>4)</sup> Deze overwegingen zijn ook gevraagd door de VBNGB om weer te geven in het rapport.

<sup>5)</sup> Zie <https://www.hetcak.nl/woonlandfactor>. De keuze was ingegeven om de effecten op de woonlandfactor van de overheveling van taken en financiering vanuit ZVW en AWBZ naar Jeugdwet, WMO, Wlz (en ZVW) te beperken.

<sup>6)</sup> Voor Liechtenstein worden vergelijkbare gegevens van Eurostat gebruikt.

De beschrijving in het kader roept verschillende vragen op. Onder andere:

- Welke zorguitgaven worden hier meegeteld? Het CAK heeft de publiek gefinancierde uitgaven aan gezondheidszorg gebruikt (Current health expenditure financed by Government schemes and compulsory contributory financing schemes, HF.1 uit bijlage 5) meegeteld. En als subvraag: In welke mate komt de ontwikkeling in deze zorguitgaven overeen met de uitgaven zoals eerder door de landen opgegeven?
- Het gaat hier over de overgang van 2014 op 2015. Heeft de overheveling van taken en financiering van de zorg naar gemeenten geen versturende invloed op de Nederlandse cijfers?
- Waarom niet de cijfers van de WHO gebruikt voor een vergelijking van de zorguitgaven (zoals voorheen) in plaats van de ontwikkeling daarin?

In de volgende paragraaf wordt uitgebreid ingegaan op de achtergrond van deze cijfers en op de voor- en nadelen die daaraan kleven voor deze berekening.

## 2.3 Welke zorguitgaven tellen mee?

Eerst wordt de achtergrond van WHO-cijfers geschetst. Daarna wordt ingegaan op een viertal aspecten die van belang zijn voor de vergelijking tussen de oude en de huidige methode.

Het doel van de WHO is om internationaal vergelijkbare cijfers over uitgaven aan gezondheidszorg te presenteren. Samen met de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en Eurostat heeft de WHO eind jaren '90 het System of Health Accounts (SHA) opgezet. De laatste versie dateert uit 2011 (SHA2011). Health accounts, of gezondheidsrekeningen, bieden een methodologisch kader voor het opstellen van ramingen van de consumptie van diensten en goederen voor gezondheidszorg. Het doel is het gezondheidszorgsysteem te beschrijven vanuit de uitgaven daaraan. Sinds 2015 is de productie van deze statistiek verplicht voor lidstaten van de Europese Unie en van de Europese Economische Ruimte op grond van Verordening (EG) 2015/539 van de Europese Commissie en vormt de 'SHA 2011 manual' het methodologische kader.<sup>7)</sup>

In vergelijking met de Zvw en Wlz werkt het SHA andersom: om vergelijkingen mogelijk te maken wordt eerst het pakket zorg bepaald, daarna wordt gekeken hoe het wordt gefinancierd. Bij de Zvw en Wlz is de financieringsvorm al bepaald, en wordt daarna het pakket vastgesteld. Voor de woonlandfactorberekening zijn dan ook de volgende aspecten van de cijfers volgens het SHA van belang:

1. De afbakening van gezondheidszorg.
2. De indeling naar financiering
3. De meting en raming van de cijfers.

<sup>7)</sup> Het manual is te vinden via: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7985806/KS-05-19-103-EN-N.pdf/60aa44b0-2738-4c4d-be4b-48b6590be1b0>. Zie voor de toepassing op de Nederlandse data: Polanen Petel, V. van, 'Internationale afbakening gezondheidszorg', Gezondheid en zorg in cijfers 2012 (Den Haag, 2012), 119-136.

---

## System of Health Accounts

Gezondheidsrekeningen (health accounts) zijn een samenhangende groep statistieken die analyse van uitgaven aan gezondheidszorg mogelijk maakt. SHA 2011 verschaft de internationaal afgestemde definities en indelingen daarvoor. Het doel van SHA 2011 is het mogelijk maken van internationale vergelijkingen van gezondheidsuitgaven en van gezondheidszorgsystemen.

De drie belangrijkste invalshoeken zijn:

1. Functie: doel en type gezondheidszorg zoals genezing, herstel, langdurige zorg, preventie.
2. Aanbod: type zorgaanbieder, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg-organisatie, huisartspraktijk, apotheek, trombosedienst.
3. Financiering: type financiering: zoals betaald door de overheid, door de zorgverzekering, aanvullende verzekering, of uit eigen portemonnee (direct of via eigen risico of eigen bijdrage).

Vier vragen moeten alle met ja worden beantwoord voordat iets meetelt: 1. Gaat het om zorg voor de gezondheid? 2. Is er gekwalificeerde medische of zorgkennis nodig? 3. Wordt de dienst of het goed gebruikt door de uiteindelijke cliënt of patiënt? (Uitgaven van de farmaceutische industrie tellen niet mee; uitgaven aan geneesmiddelen verkregen bij de apotheek of drogist, wel). 4. Wordt ervoor betaald? (Zie de paragraaf over de afbakening). In bijlagen 3 en 4 staan de classificaties van functies en financiering, omdat die relevant zijn voor dit rapport.

---

### De afbakening van gezondheidszorg

De afbakening van gezondheidszorg volgens het SHA is anders dan het verzekerd pakket van Zvw en Wlz in Nederland en zeer waarschijnlijk dan het 'verzekerde' pakket in de verdragslanden. In deze paragraaf gaat het niet om de wijze van financiering, maar om de diensten en goederen die tot gezondheidszorg volgens het SHA worden gerekend. De afbakening valt uiteen in het uitgavenbegrip en in de dekking van de activiteiten.

Het centrale uitgavenbegrip volgens het SHA zijn de lopende uitgaven (current expenditure). Daarmee zijn uitgezonderd de uitgaven aan kapitaalgoederen (investeringen) en de uitgaven aan onderzoek en ontwikkeling (dat sluit daarmee aan op de beslissing S5 van de Administratieve commissie). Ook de uitgaven aan onderwijs en opleiding tellen niet mee.<sup>8)</sup>

De afbakening van de activiteiten is het andere centrale punt. Vier criteria zijn bepalend voor de afbakening van gezondheidszorg binnen het SHA:

1. De primaire doelstelling van de activiteiten die onder gezondheidszorg vallen, is het verbeteren, behouden of tegengaan van een verslechtering van de gezondheid;
2. Daarbij is gekwalificeerde medische of zorgkennis nodig om dit te kunnen verlenen.

<sup>8)</sup> Dergelijke uitgaven worden in een andere groep rekeningen of tabellen weergegeven. Weinig landen leveren daar evenwel gegevens over aan.

3. Het moet gaan om het uiteindelijke gebruik van goederen en diensten door ingezetenen. Geneesmiddelen geleverd door de groothandel aan de apotheek tellen niet mee, want deze zijn niet geleverd aan de uiteindelijke gebruiker. Gebruik door ingezetenen betekent dat zorg aan bijvoorbeeld buitenlandse toeristen niet meetelt, maar wel zorg aan ingezetenen met een buitenlandse nationaliteit. De uitgaven aan zorg voor Nederlandse gepensioneerden die in Spanje wonen tellen mee in de Spaanse uitgaven, en niet in de Nederlandse uitgaven.
4. Tenslotte moet er sprake zijn van een (betaalde) transactie. De 'prijs' waarmee gerekend wordt is de prijs die de gebruiker/consument (uiteindelijk) betaalt of voor de gebruiker/consument wordt betaald (dus inclusief btw bij bijvoorbeeld geneesmiddelen).

Startend met criterium 4: (onbetaalde) mantelzorg wordt dus niet meegeteld. En voor de duidelijkheid: uitkeringen die inkomensderving moeten tegengaan worden ook niet meegeteld; daar hangt immers geen zorgprestatie aan vast.

Criterium 1 en 2 zijn verder vormgegeven in de indeling naar functies (classification of health care functions (ICHA-HC). Dat is van groot belang in dit geval, omdat daarbij de langdurige zorg wordt opgedeeld in een deel voor de gezondheid (criterium 1) (HC.3 in bijlage 4), en dus valt onder het bereik van de uitgaven aan gezondheidszorg, en in een deel voor het sociaal functioneren van de ontvanger van zorg en dus niet valt onder uitgaven aan gezondheidszorg (HCR.1 in bijlage 4). In het kort komt het erop neer dat behandeling, verpleging en persoonlijke verzorging tot gezondheidszorg worden gerekend en begeleiding en hulp bij het huishouden niet. De laatste vormen van hulp worden toegewezen aan de functie 'sociale langdurige zorg' (social long-term care). Daarbij moet dan wel sprake zijn van afhankelijkheid van de ontvanger. Indien de zorg in de vorm van een pakket wordt geleverd, dan zullen de meeste landen (ook Nederland) de uitgaven aan het pakket in zijn geheel toewijzen aan of gezondheidszorg, of sociale zorg, al naar gelang de (geschatte) aandelen gezondheidszorg en sociale zorg in het pakket.

Voor de Nederlandse situatie betekent dat, dat het overgrote deel van de Wmo (en de Jeugdwet) niet meetelt in de internationaal vergelijkbare uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA. En dat vóór 2015 een fors deel van de AWBZ niet meetelt, en vanaf 2015 nog een deel van de Wlz niet meetelt. Andere landen moeten ook hun cijfers opdelen. SHA2011 geeft daarvoor richtlijnen. De praktische toepassing daarvan door de landen wordt bestudeerd door de OECD, WHO en Eurostat, en wordt besproken op internationale bijeenkomsten met de samenstellers van die cijfers. Ofschoon elk land zo goed mogelijk de richtlijnen volgt, verschilt de praktische invulling per land, omdat de gezondheidszorg in elk land anders wordt vormgegeven en gefinancierd.

Het belangrijkste gegeven is evenwel dat niet elk land de statistiek maakt over sociale langdurige zorg. In het 2018 Ageing report<sup>9)</sup> wordt gemeld dat 14 landen een andere bron dan het SHA gebruikten om de sociale langdurige zorg te ramen (namelijk cijfers op grond van het European System of Social Protection Statistics of ESSPROS<sup>10)</sup>, terwijl de cijfers over gezondheidszorg wel gebaseerd waren op het SHA). Dat blijkt ook uit de (recentere) opgaven aan Eurostat, OESO en WHO, waar over 2015 16 van de 28 lidstaten een opgave van sociale langdurige zorg hebben gedaan.

Voor de vergelijking over de tijd en tussen landen is het juist om het totaal van uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA plus de uitgaven aan sociale langdurige zorg volgens het SHA te nemen, zodat het volledige pakket verzekerde zorg kan worden gedekt. Zeker als alleen die financiering mee wordt geteld die relevant is voor de Verordening, voor Nederland derhalve de Zvw en de Wlz. Dat geldt zowel voor Nederland als voor andere landen. Echter, het feit dat veel landen binnen de EU, en bijna alle landen buiten de EU, geen cijfers opstellen over langdurige zorg volgens het SHA, maakt deze mogelijke benadering niet consistent. De oplossing zoals in het Ageing report gebruikt, een proxy op basis van een andere statistisch systeem, zorgt dat de vergelijkbaarheid tussen de landen toeneemt, maar alleen qua ontwikkeling van het totaal van de uitgaven, niet qua hoogte. Verwacht mag worden dat de ontwikkeling van de sociale langdurige zorg volgens het ESSPROS overeenkomt met die van het SHA. De hoogte van de uitgaven zal echter verschillen. Bovendien is het ESSPROS-cijfer voor bijna alle landen buiten de EU niet beschikbaar (wel voor Noorwegen).

Een aandachtspunt is verder dat in de berekening van de gemiddelde kosten van verstrekkingen op basis van de Zvw en de Wlz zoals CAK dat deed, de kosten van administratie en beheer niet zijn inbegrepen (zoals aangewezen in het Besluit S5 van de Administratieve commissie). In de uitgaven aan gezondheidszorg tellen die uitgaven wel mee volgens het SHA. Ze zijn evenwel in beginsel af te zonderen, omdat deze categorie ook apart wordt benoemd als functie. Het aandeel van deze uitgaven liggen rond de 3 procent van de uitgaven aan gezondheidszorg, maar verschilt in meerdere of mindere mate tussen de landen.<sup>11)</sup> In het hoofdstuk over alternatieven wordt hierop teruggekomen.

Samenvattend betekent dit dat het SHA het 'pakket' zorg tussen de landen gelijkstelt, om zo internationale vergelijkingen mogelijk te maken. Dat 'pakket' is enerzijds kleiner van omvang dan wat door de Zvw en de Wlz wordt vergoed. Anderzijds is het omvangrijker, want financiering uit andere bronnen wordt ook meegeteld, zoals financiering door de overheid, via aanvullende verzekering, door bedrijven of door eigen betalingen voor niet vergoede zorg.

<sup>9)</sup> European Commission, Directorate-general for Economic and Financial Affairs, 'The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016–2017)', European Economy Institutional Paper 079 (Luxemburg, 2018), p. 183. Direct: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf) of via: [https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications_en).

<sup>10)</sup> Voor cijfers over ESSPROS: Benefits according to Sickness/Health care function, en Benefits according to several functions (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> Population and social conditions – Social protection – Social protection expenditure).

<sup>11)</sup> Zie bijvoorbeeld: OECD, Guidelines to improve estimates of expenditure on health administration and health insurance, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs (Parijs, 2013).

## Dekking System of Health Accounts uitgaven (vet omlijnd) afgezet tegen dekking door Zvw en Wlz voor de Verordening (grijs gearceerd)

Type zorg	Financiering		Publiek gefinancierd		Andere financieringsvormen
	(SHA onderscheid)	Algemene middelen (HF1.1)	Verplichte verzekeringen (HF1.2)		
			Verplichte sociale verzekering (HF1.2.1)	Verplichte private verzekering (HF1.2.2)	
SHA gezondheidszorg (HC1 t/m HC.9)	Gezondheidszorg exclusief beleid en beheer (HC1 t/m HC6, HC9)	Bijvoorbeeld GGD-en, medische diensten defensie, borstkanker-onderzoek, deel Jeugdwet	Wlz	Zvw	Gezondheidszorg betaald uit aanvullende verzekeringen, out-of-pocket betalingen, eigen risico ZVW, eigen bijdragen Wlz, eigen bijdragen ZVW (bijbetalingen geneesmiddelen), arbozorg
	Gezondheidszorg: beleid en beheer (HC.7)	Totaal van VWS, Gemeenten, Inspectie	Wlz (Zorgkantoren, SVB, CAK)	Zvw (Zorgverzekeraars)	Beheer particuliere verzekeringen
SHA: met gezondheidszorg samenhangend	Sociale langdurige zorg (HCR.1)	Wmo, subsidies, deel Jeugdwet	Wlz (laag zvp, overgangsrecht Wlz)	Zvw (PGB, vanwege kunnen volgen van ontwikkeling)	
Buiten 'current expenditure on health' en buiten 'health care related expenditure', maar in of voor 'zorg en welzijn'		Deel Jeugdwet, Kinderopvang, Welzijnswerk, Opleidingen, onderwijs, R&D		Medische vervolgopleidingen	Kinderopvang (eigen betalingen)

### Financiering

De afbakening van de financiering is van groot belang. Gelukkig helpt de indeling naar financiering volgens het SHA daarbij. Het maakt natuurlijk wel uit of de totale publieke uitgaven (HF1) worden meegeteld of alleen de uitgaven gefinancierd vanuit Zvw en Wlz (HF1.2.2 en HF1.2.1). Voor de uitgaven aan gezondheidszorg zelf maakt het niet uit of de overheid of de sociale verzekering betaalt, of dat een persoon, huishouden, bedrijf of particuliere verzekering de zorg betaalt. De belangrijkste classificatie die daarvoor wordt gebruikt is die van de financieringsregelingen (financing schemes). Een regeling is een verzameling regels (al dan niet in een wet vastgelegd) die bepaalt welke goederen en diensten worden betaald, hoeveel daaraan wordt uitgegeven en hoe het geld daarvoor wordt verkregen. Een uitdrukking als 'deze zorg wordt betaald door de Zorgverzekeringswet' past daar naadloos in. Ook de rechtstreekse betalingen van een huishouden aan bijvoorbeeld een tandarts vormen een financieringsregeling.

De berekening van de woonlandfactoren voor 2019 heeft gebruik gemaakt van de overheidsregelingen (government schemes, HF1.1) waaronder de uitgaven uit algemene middelen aan bijvoorbeeld de GGD-en en de uitgaven aan de Wmo vallen, en van de verplichte premiegebonden verzekeringen (compulsory contributory financing schemes, HF1.2) die bestaan uit de Wlz en de Zvw (en vroeger de AWBZ en het Ziekenfonds). De eigen bijdragen en het eigen risico zijn niet inbegrepen. Binnen het SHA worden die geboekt onder de eigen betalingen (out-of-pocket betalingen, HF3), die buiten het bereik van dit onderzoek vallen (dit is ook conform Besluit S5 van de Administratieve commissie). Omdat die berekening de relatieve ontwikkeling in de uitgaven gebruikt, en niet de

hoogte, wordt hierop nader ingegaan in de paragraaf over de kwantitatieve vergelijking van de uitgaven volgens SHA en de kosten van verstrekkingen. De FANF had gevraagd of de uitgaven aan private complementaire verzekeringen zijn meegenomen in de berekening van de woonlandfactor 2019. Deze zitten niet in de voor de woonlandfactor 2019 gebruikte cijfers over publiek gefinancierde gezondheidszorg.

## 2.4 Duurzaamheid

Het gebruik van cijfers gebaseerd op het SHA borgt de duurzaamheid van de berekeningen van de woonlandfactoren.

- Ten eerste is dit systeem gezamenlijk opgezet door Eurostat, de OESO en de WHO.
- Ten tweede worden aan de lidstaten jaarlijks opgaven gevraagd over de uitgaven aan gezondheidszorg conform het SHA; dat gebeurt ook gezamenlijk, er is dus 1 opgave die ieder jaar tegelijk naar alle drie de organisaties gaat (de Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ)).
- Ten derde is het voor de landen van de Europese Economische Ruimte (EER) (EU plus Noorwegen, IJsland en Liechtenstein) verplicht om ieder jaar een set basisgegevens over de uitgaven volgens het SHA aan te leveren in het sjabloon (de Joint Health Accounts Questionnaire) van de gezamenlijke uitvraag door Eurostat, OESO en WHO.

Verordening 2015/39 van de Commissie van 4 maart 2015 regelt de verplichting tot levering van statistische gegevens volgens het SHA. Deze verordening loopt weliswaar af, waarbij het laatste jaar waarover gegevens moeten worden geleverd 2020 is (uiterlijk 30 april 2022 op te leveren), maar de voorbereidingen voor een vervolgvordering zijn in volle gang. In 2019 wordt de inhoud besproken, zodat in 2020 het wetgevende proces kan worden doorlopen. Publicatie is voorzien in begin 2021.

Echter uitbreiding met uitgaven aan sociale langdurige zorg als verplicht op te leveren gegeven zal daar niet in opgenomen kunnen worden. Daarvoor is het nodig dat de bovenliggende kaderverordening 1338/2008 wordt aangepast. Dat is een langer durend traject. Hoewel zeer gewenst vanuit de Europese Commissie is het niet zeker dat dat ook zal gebeuren.

Het proces van de Joint Health Accounts Questionnaire (JHAQ) verloopt als volgt :

- Medio januari: De JHAQ wordt verzonden naar de aangewezen focal points;
- 31 Maart: gevraagde deadline voor het aanleveren van de gegevens in de JHAQ;
- 30 April: wettelijke deadline voor het aanleveren van de verplichte gegevens in de JHAQ voor de EU en EER landen, volgens verordening (EC) 2015/39;
- Maart – eind juni: validatie van de gegevens door het International Health Accounts Team (IHAT) (samenwerking Eurostat, OECD en WHO);
- Eind juni: publicatie van de gegevens door de OESO (bij de officiële release van de 'OECD Health statistics');
- Juli – november: verdere validatie.

Dat betekent dat grosso modo in de tweede helft van ieder jaar de OESO de meest recente cijfers heeft. Die cijfers gaan over het jaar dat twee jaren terug ligt (t-2), en in een enkel geval is er een raming over jaar t-1.

## 2.5 Verschillen in praktische uitwerking

### Kasbasis/transactiebasis

De wijze van meten van de uitgaven, dan wel kosten, volgens de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg lopen uiteen tussen de voormalige woonlandfactorberekening en het System of Health Accounts. De woonlandfactorberekening ging voorheen uit van de uitgaven aan de Zvw op transactiebasis en Wlz/AWBZ op kasbasis. De totale uitgaven, voor Zvw en Wlz apart, worden daarna gedeeld door het aantal verzekerden om het gemiddelde bedrag te verkrijgen. Volgens de toelichting van het CAK betekent dat, dat in de uitgaven ook balansposten zijn opgenomen die later worden verrekend.<sup>12)</sup> Het SHA geeft ook als richtlijn mee dat de uitgaven op transactiebasis moeten worden geboekt. Transactiebasis betekent hier echter (zoals bij de meting van het bbp): meten op het moment van de transactie.<sup>13)</sup> Daarmee ontstaat er toch een verschil in wijze van meten, ook al zijn beide een vorm van meten op transactiebasis. De ontwikkeling van de uitgaven dan wel kosten kan weliswaar jaar op jaar verschillen indien gemeten volgens transactie- of kasbasis, maar over langere termijn lopen de ontwikkelingen gelijk op.

### Inwoners/verzekerden

Meestal zal het gebruik van of inwoners of verzekerden weinig uitmaken, zeker in landen waar een al zo goed als complete dekking is van gezondheidszorg qua verzekering of financiering. In een enkel geval kan het gebruik van uitgaven per hoofd van de bevolking echter sterk kan afwijken van de uitgaven per verzekerde. Dat geldt in het bijzonder voor Luxemburg. In Luxemburg zijn veel meer verzekerden dan inwoners (in 2015 waren er 798 duizend personen verzekerd, bij een bevolking van 563 duizend<sup>14)</sup>); bij internationale vergelijkingen van uitgaven per hoofd van de bevolking 'scoort' Luxemburg altijd exceptioneel hoog, terwijl het correcter zou zijn geweest het aantal verzekerden te gebruiken.

## 2.6 Vergelijking van de ontwikkeling volgens het System of Health accounts en volgens de Nederlandse opgave over de gemiddelde kosten

De kwaliteit van de indexmethode die is gehanteerd voor het berekenen van de woonlandfactoren voor 2019 kan deels worden bepaald met het antwoord op de vraag in hoeverre de SHA-cijfers de ontwikkelingen volgen in de gemiddelde kosten van verstrekkingen vanuit de Nederlandse sociale zorg- en ziektekostenverzekeringen (zoals opgegeven aan de Rekencommissie). In de figuren 2.6.1, 2.6.2 en 2.6.3 zijn de gemiddelde

<sup>12)</sup> CAK, 'Methode voor het berekenen van de gemiddelde kosten in overeenstemming met artikel 64 van Verordening nr. 987/2009', Nederlandse nota van 23/03/2017 aan de Administratieve Commissie voor de Coördinatie van de Socialezekerheidsstelsels, A.C. 240/17REV3 (Den Haag, 30/10/2017).

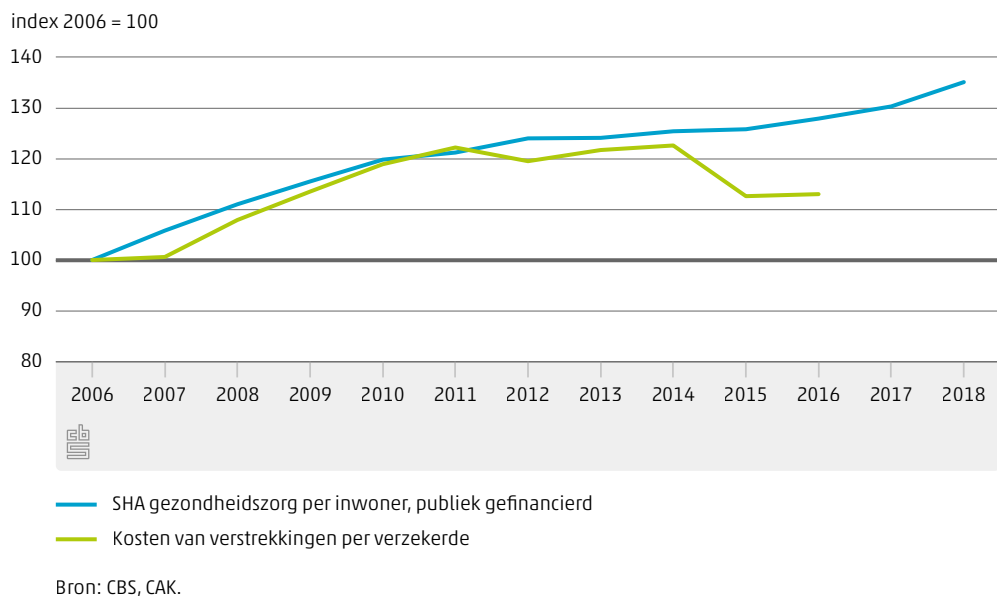
<sup>13)</sup> Het Financieel Jaarverslag Fondsen van het Zorginstituut Nederland hanteert het batenlastenstelsel. Dat is ook een vorm van boeken op transactiebasis, maar daar staat het gebruiksmoment centraal als boekmoment. Dat leidt tot een verschil in de behandeling van investeringen bijvoorbeeld, waarbij de kosten (incl. afschrijvingen) op de jaarrekening komen en het investeringsbedrag op de balans. Voor diensten en gebruiksgoederen is er geen wezenlijk verschil, omdat transactiemoment en gebruiksmoment bijna altijd in hetzelfde boekjaar vallen.

<sup>14)</sup> STATEC, bevolking:  
[https://statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=12853&IF\\_Language=eng&MaInTheme=2&FldrName=1&sCS\\_ChosenLang=en](https://statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=12853&IF_Language=eng&MaInTheme=2&FldrName=1&sCS_ChosenLang=en); verzekerden:  
[https://statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=12984&IF\\_Language=eng&MaInTheme=3&FldrName=2&RFPPath=127&sCS\\_ChosenLang=en](https://statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=12984&IF_Language=eng&MaInTheme=3&FldrName=2&RFPPath=127&sCS_ChosenLang=en).



kosten dan wel uitgaven en de ontwikkeling daarin vanaf 2006, het startjaar van de Zorgverzekeringswet, weergegeven. De uitgaven volgens het SHA, betreffen de uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA gefinancierd door verplichte premiegebonden verzekeringen, wat in Nederland de Zvw, AWBZ en Wlz zijn. De uitgaven aan social LTC (social long-term care) zijn de uitgaven aan sociale langdurige zorg gefinancierd door dezelfde verzekeringen. Maar eerst worden de uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA die publiek gefinancierd zijn (algemene middelen plus de verplichte verzekeringen) vergeleken met de kosten van verstrekkingen vanuit de Zvw, AWBZ en Wlz volgens het CAK.

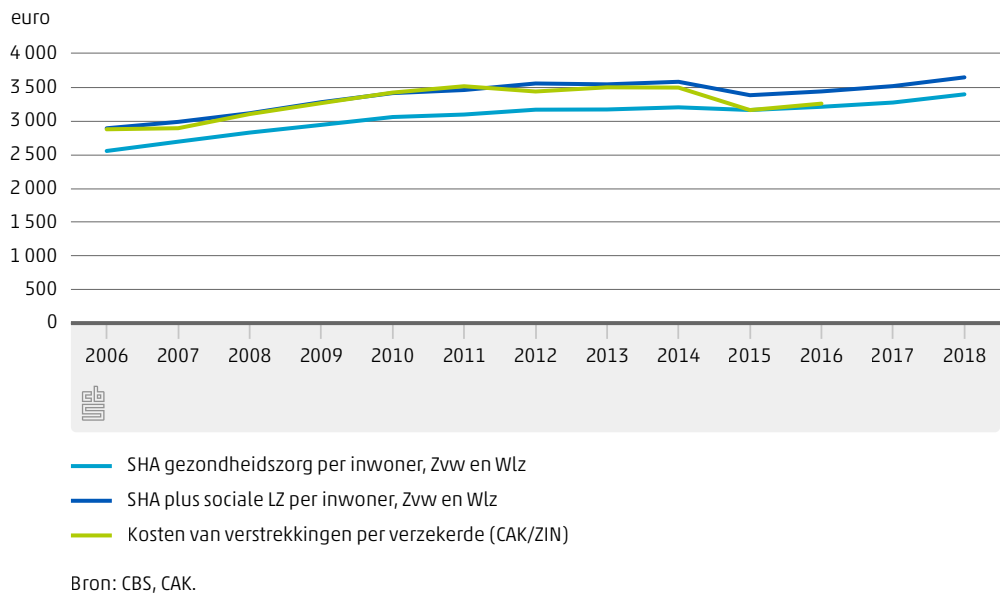
### 2.6.1 Ontwikkeling van de publiek gefinancierde gemiddelde uitgaven per inwoner en kosten per verzekerde (volgens opgave aan de Rekencommissie) vanaf 2006



De gemiddelde uitgaven volgens het SHA laten geen sterke daling zien in 2015, terwijl de kosten van verstrekkingen dat wel laten zien. Uit figuur 2.6.1 is te zien dat tot 2015 gemiddelde uitgaven per inwoner aan gezondheidszorg volgens het SHA en betaald uit algemene middelen en/of verplichte verzekeringen gemiddeld de ontwikkeling volgt van de verstrekkingen per verzekerde. De verschuiving van financiering van een deel van de zorg met ingang van 2015 heeft weinig invloed op het totaal van het publiek gefinancierde deel van de zorg, maar des te meer op de gemiddelde kosten per verzekerde waar alleen de Zvw, AWBZ en Wlz meetellen.

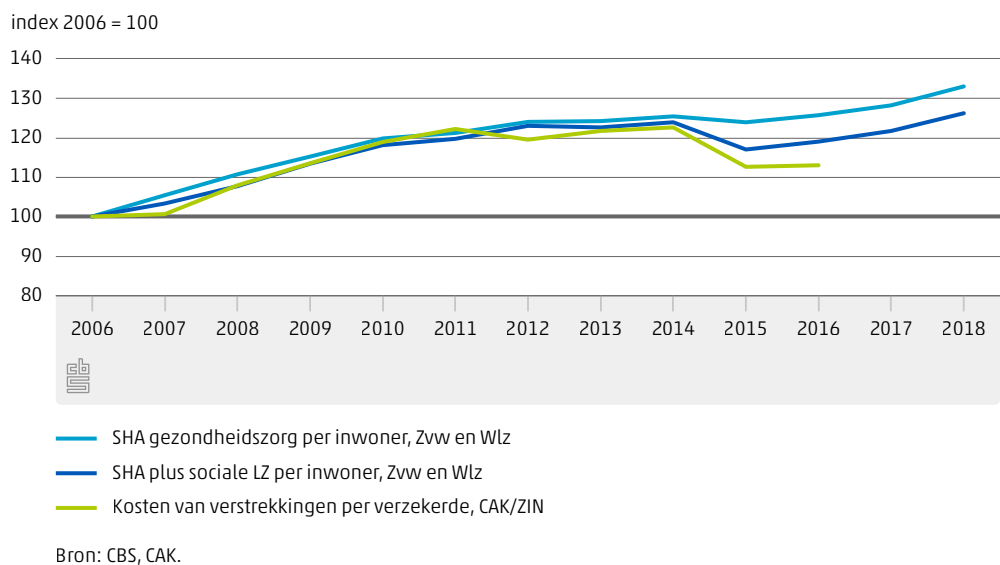
Dat het SHA niet het volledige pakket van Zvw en AWBZ/Wlz dekt is duidelijk uit figuur 2.6.2, waar de gemiddelde uitgaven per inwoner, gefinancierd vanuit de Zvw en de AWBZ/Wlz, circa 300 euro lager liggen dan de gemiddelde kosten van verstrekkingen volgens opgave door Nederland aan de Rekencommissie.

## 2.6.2 De gemiddelde SHA uitgaven per inwoner en kosten van verstrekkingen per verzekerde (volgens opgave aan de Rekencommissie) vanaf 2006, financiering via Zvw, AWBZ en Wlz



Vóór 2015 is het niveau van de uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA plus de sociale langdurige zorg vergelijkbaar met het niveau van de verstrekkingen per verzekerde. Verschillen tussen de niveaus komen door verschillen in aantallen verzekerden versus aantallen inwoners, andere bronnen, en het meetellen van de kosten van beheer bij de uitgaven volgens het SHA.

## 2.6.3 Ontwikkeling van de gemiddelde SHA plus sociale langdurige zorg (LZ) uitgaven per inwoner en kosten van verstrekkingen per verzekerde (volgens opgave aan de Rekencommissie) vanaf 2006, financiering via Zvw, AWBZ en Wlz



Na 2015 is het niveau van de uitgaven volgens het SHA vergelijkbaar met de kosten van verstrekkingen. Het overhevelen van zorg vanuit de AWBZ naar de Wmo en de Jeugdwet, en vanuit de Zvw naar de Jeugdwet is duidelijk zichtbaar in de daling van de kosten van verstrekkingen. Wmo en Jeugdwet zijn geen verzekeringen maar voorzieningen direct door de overheid betaald en gefinancierd uit algemene middelen. Het betreft voornamelijk zorg die in het SHA als sociale langdurige zorg wordt aangemerkt. De uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA en gefinancierd door Zvw, AWBZ/Wlz dalen met 40 euro, terwijl de uitgaven aan sociale langdurige zorg gefinancierd door AWBZ/Wlz/ Zvw een daling laten zien van circa 160 euro per inwoner.

De ontwikkeling in de kosten van verstrekkingen per verzekerde is wat grilliger dan de ontwikkeling in de uitgaven per inwoner gefinancierd door Zvw/AWBZ, zoals te zien is in figuur 2.6.3. Gemiddeld ontlopen de ontwikkelingen elkaar niet veel tot 2015. De overheveling van taken naar gemeenten met de bijbehorende wijziging van de financiering heeft een sterk effect in het verloop van de kosten van verstrekkingen, en ook in het verloop van de uitgaven aan sociale langdurige zorg, maar niet in die van de uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA. Vanaf 2015 zijn er te weinig jaarovergangen om de reeksen te vergelijken.

### 3. Woonlandfactoren volgens verschillende methoden

Omdat elk land de zorg op zijn eigen manier heeft georganiseerd en gefinancierd, moet rekening worden gehouden met de verschillen met Nederland. De woonlandfactor probeert het pakket 'verzekerde zorg' te verdisconteren voor de premiebetaling en de zorgtoeslag. Een overzicht van de verschillende manieren waarop de gezondheidszorg is georganiseerd in veel landen waarvoor de woonlandfactor van toepassing is, is afkomstig van het European Observatory on Health Systems and Policies.<sup>15)</sup>

Bij het gebruik van de uitgavencijfers wordt uitgegaan van het cijfer per inwoner, met uitzondering van Luxemburg, waar het aantal verzekerde personen als noemer wordt gebruikt.<sup>16)</sup>

<sup>15)</sup> Zie <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/country-health-profiles>.

<sup>16)</sup> Zie [https://statistiques.public.lu/stat/TableView/tableView.aspx?ReportId=12984&IF\\_Language=eng&MainTheme=3&FldrName=2&RFPPath=127](https://statistiques.public.lu/stat/TableView/tableView.aspx?ReportId=12984&IF_Language=eng&MainTheme=3&FldrName=2&RFPPath=127).

De volgende methoden zijn gebruikt:

1. De oude methode die is gebruikt voor de woonlandfactoren van 2018 (opgenomen om mee te vergelijken).
2. De huidige indexmethode gebaseerd op de gegevens van de WHO, gebruikt voor de woonlandfactoren van 2019 (opgenomen om mee te vergelijken).
3. De huidige indexmethode waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende financieringssystemen.
4. De SHA-cijfers over publiek gefinancierde gezondheidszorg.
5. De SHA-cijfers rekening houdend met de verschillende financieringssystemen.
6. De SHA-cijfers rekening houdend met de verschillende financieringssystemen, maar met aftrek van de uitgaven aan de functie 'Governance and health system and financing administration' (beheer en administratie).
7. De SHA-cijfers over gezondheidszorg plus sociale langdurige zorg, rekening houdend met de verschillende financieringssystemen, onder aftrek van de uitgaven aan beheer en administratie.
8. Een combinatie van 4, 5, 6 en 7, waarbij de keuze valt op de methode waar de meeste gegevens over beschikbaar zijn.

Methoden 2 tot en met 8 hebben als uitgangspunt cijfers over het jaar 2015, het jaar dat is gebruikt voor de berekening van de woonlandfactoren voor 2019. Methoden 2 en 3 gebruiken de relatieve ontwikkeling tussen 2014 en 2015, methoden 4 tot en met 8 gebruiken de 2015 cijfers direct.

Aanvullende berekeningen voor methoden 4 tot en met 8 zijn ook gemaakt op basis van cijfers over de jaren 2013, 2014 en 2016, als ware het berekeningen voor de woonlandfactoren van 2017, 2018 en 2020. De indexmethoden 2 en 3 zijn eveneens uitgerekend voor 2020. De uitkomsten hiervan staan in bijlage 3, inclusief de uitkomsten van methode 1 – de gepubliceerde woonlandfactoren.

De bronnen van de cijfers volgens het SHA zijn te vinden bij de drie internationale organisaties Eurostat, OESO en WHO. In beginsel zijn het exact dezelfde cijfers, omdat ze door de lidstaten in één keer worden geleverd aan alle drie de organisaties tegelijk. Bij de verschillende methoden wordt echter uitgegaan van de meest recente beschikbare cijfers. Dat betekent dat indien mogelijk eerst de cijfers uit de OESO database (<https://stats.oecd.org>) worden gebruikt, daarna de cijfers van Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>), en daarna de cijfers van de WHO (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>). De cijfers van Eurostat luiden in euro's per inwoner; de cijfers van OESO en WHO in nationale valuta, die met wisselkoersen (jaargemiddelden) van De Nederlandsche bank dan wel het Internationaal Monetair Fonds worden omgerekend in euro's. In één geval, Montenegro, waren er geen cijfers beschikbaar. Dat heeft te maken met de werkwijze van de WHO. Indien de WHO geen opgaven van cijfers volgens het SHA krijgt, of een gedeeltelijke opgave, dan worden de cijfers volgens het SHA geraamd door de WHO. Vervolgens worden deze ramingen ter goedkeuring voorgelegd aan de WHO-lidstaten. In 2019 is Montenegro niet akkoord gegaan met de ramingen, en zijn de ramingen van de WHO niet opgenomen in hun openbare database. In de hiernavolgende berekeningen zijn de cijfers over Montenegro overgenomen uit de woonlandfactorberekening voor 2019, waardoor voor Montenegro alleen alternatief 2 overblijft.

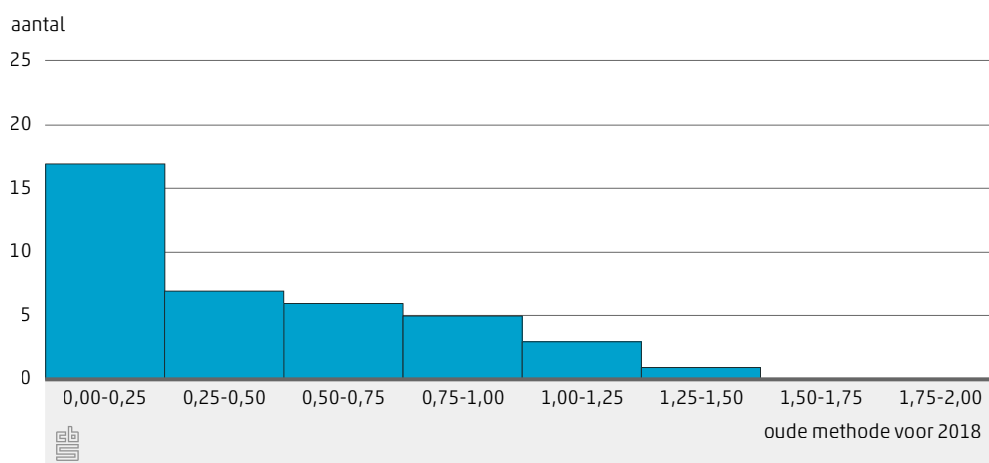
### 3.1 Methode 1 die is gebruikt voor de woonlandfactoren van 2018

Voordat wordt ingegaan op de alternatieve berekeningen, zijn ter referentie de verdeling van de woonlandfactoren voor de 39 verdragslanden volgens de oude methode weergegeven. In figuur 3.1.1 is te zien dat van 17 landen de woonlandfactor ligt tussen de 0 en de 0,25 voor het jaar 2018.

In het kort de plussen en minnen van deze methode:

- + Eenvoud van berekening, Overeenkomend met de Verordening, voor alle 39 landen, geen element van willekeur.
- Beschikbaarheid bronnen, niet duurzaam.
- ? Vergelijkbaarheid.

#### 3.1.1 Verdeling van de woonlandfactoren 2018 (oude methode gebaseerd op opgaven of informatie van de landen)



Bron: CAK.

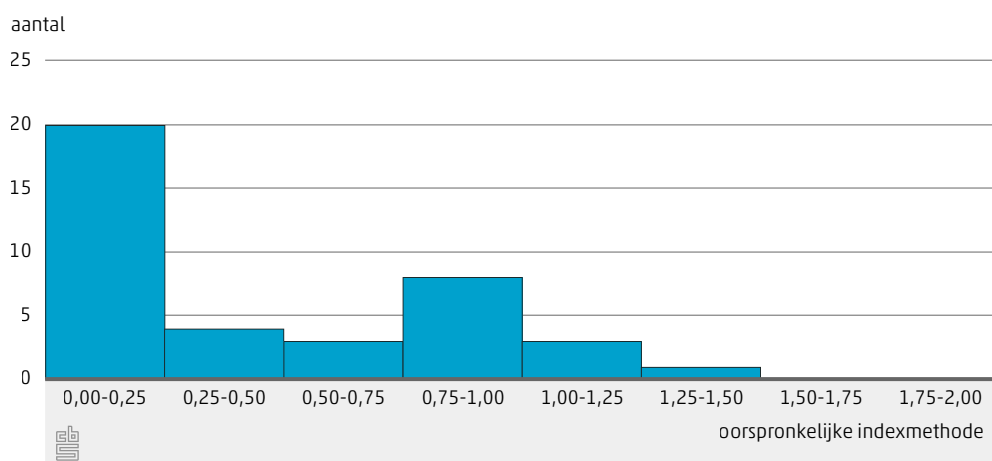
### 3.2 Methode 2: de huidige indexmethode gebaseerd op de gegevens van de WHO, gebruikt voor de woonlandfactoren van 2019

In figuur 3.2.1 is te zien dat de verdeling van de woonlandfactoren voor 2019 anders is na toepassing van de indexmethode.

De voor- en nadelen van deze methode in het kort:

- + Beschikbaarheid bronnen, voor alle 39 landen, vergelijkbaarheid landen, kan elk jaar toegepast worden, geen element van willekeur.
  - Eenvoud van berekening, niet duurzaam op de lange duur, er zal altijd van de 2014 cijfers uit moeten worden gegaan.
- +/- Overeenkomend met de Verordening.

### 3.2.1 Verdeling woonlandfactoren 2019 (indexmethode op basis van 2015 cijfers van de WHO)



Bron: CAK.

### 3.3 Methode 3: de huidige indexmethode waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende financieringsystemen.

Bij deze methode wordt eerst vastgesteld of een land

1. de dekking van de sociale ziektekostenverzekering (zoals bedoeld in Verordening 883/2004) financiert op de wijze van sociale verzekeringen;
2. de dekking van de sociale ziektekostenverzekering financiert uit algemene middelen; of
3. de dekking van de sociale ziektekostenverzekering financiert uit zowel sociale verzekeringen als uit algemene middelen.

Hoewel voor een groot aantal landen de beschrijvingen van European Observatory kunnen worden gebruikt, is voor de algemene toepasbaarheid gekozen om de uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA te gebruiken, en de landen als volgt te classificeren:

- gefinancierd uit de algemene middelen (HF.1.1), als het aandeel in de publiek gefinancierde uitgaven aan gezondheidszorg meer is dan of gelijk aan 75%;
- gefinancierd uit (wettelijk) verplichte verzekeringen (HF.1.2), als het aandeel in de publiek gefinancierde uitgaven aan gezondheidszorg meer is dan of gelijk aan 75%;
- gefinancierd uit zowel algemene middelen als verplichte verzekeringen, als de eerste twee mogelijkheden niet gelden.

Het gebruik van de financieringsclassificatie van het SHA komt neer op een vereenvoudiging van het bepalen van welke financiering van toepassing op grond van de verklaringen door de landen uit hoofde van artikel 9 van de Verordening. Zo wordt in de artikel 9 verklaring van Nederland de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg ingebracht. Dat betekent dat de Verordening op die wetten van toepassing is, en Nederland de kosten van het gebruik door EU en EER ingezetenen van de zorg betaald uit die wetten in rekening mag brengen bij de landen waar de betrokken burgers uit afkomstig zijn. Daarbij maakt het SHA onderscheid in enerzijds overheidsgefinancierde zorg en anderzijds zorg gefinancierd uit verplichte verzekeringen. De financiering via de Zvw

en de Wlz, en enkel via de Zvw en Wlz, valt onder de categorie verplichte verzekeringen (respectievelijk verplichte private verzekeringen (HF.1.2.2., zie bijlage 5) en verplichte sociale verzekeringen (HF.1.2.1)). Omdat dat vanuit de optiek van Nederland de relevante sociale zekerheid is, moet idealiter ook de kosten worden vastgesteld die onder de sociale zekerheid vallen voor de verdragslanden, anders wordt in theorie te veel aan kosten meegeteld in het verdragsland.

### 3.3.1 Procentuele aandelen in publiek gefinancierde gezondheidszorg volgens het SHA, 2015

Land	Overheid	Sociale verzekeringen
België	21,7	78,3
Bosnië-Herzegovina	3,0	97,0
Bulgarije	18,0	82,0
Cyprus	99,2	0,8
Denemarken	100,0	0,0
Duitsland	7,9	92,1
Estland	14,3	85,7
Finland	82,5	17,5
Frankrijk	6,7	93,3
Griekenland <sup>3)</sup>	49,8	50,2
Hongarije	16,8	83,2
Ierland	99,6	0,4
IJsland	100,0	0,0
Italië	99,6	0,4
Kaapverdië	76,0	24,0
Kroatië	3,5	96,5
Letland	100,0	0,0
Liechtenstein <sup>1)</sup>	22,8	77,2
Litouwen	14,8	85,2
Luxemburg	9,2	90,8
Noord-Macedonië	10,5	89,5
Malta	100,0	0,0
Marokko <sup>3)</sup>	53,2	46,8
Montenegro <sup>2)</sup>	2,0	98,0
Nederland	7,6	92,4
Noorwegen	87,2	12,8
Oostenrijk <sup>3)</sup>	40,6	59,4
Polen	13,2	86,8
Portugal	98,1	1,9
Roemenië	17,3	82,7
Servië	6,1	93,9
Slovenië	4,4	95,6
Slowakije	5,4	94,6
Spanje	93,3	6,7
Tsjechië	14,6	85,4
Tunesië <sup>3)</sup>	45,6	54,4
Turkije <sup>3)</sup>	28,0	72,0
Verenigd Koninkrijk	99,8	0,2
Zweden	100,0	0,0
Zwitserland <sup>3)</sup>	34,1	65,9

Bron: WHO.

<sup>1)</sup> Bron: Eurostat.

<sup>2)</sup> Bron: Final report on the national health accounts in Montenegro 2004-2006.

<sup>3)</sup> Landen met een gemengde financiering bij het criterium van 75% of meer financiering door of overheid of sociale verzekering.

Daarbij is de achterliggende gedachte dat de gebruikelijke gezondheidszorg is gefinancierd of vanuit de algemene middelen of vanuit sociale verzekeringen. Overige zorg die dan uit de andere vorm van publieke financiering wordt betaald wordt dan geacht niet te zijn inbegrepen in het gebruikelijke pakket. In Nederland geldt dat dus voor de Wmo en de Jeugdwet, maar ook bijvoorbeeld voor de zorg door GGD-en, delen van de GGZ betaald door het ministerie van Veiligheid en Justitie. Het nadeel is dat het vaststellen van het percentage lastig te onderbouwen is, en daarmee willekeurig.

In tabel 3.3.1 zijn de aandelen voor 2015 weergegeven. Daarmee zijn 20 landen gekenmerkt door financiering via sociale verzekering (inclusief Nederland), 14 landen met overheidsfinanciering, en 6 landen met een gemengde financiering. Het anders stellen van het indelingscriterium kan leiden tot een verschuiving bij sommige landen, met name naar de klasse van gemengde financiering. België is een voorbeeld.

De berekeningswijze is verder gelijk aan die van de methode gehanteerd voor de woonlandfactoren van 2019. Dus met de WHO als bron voor de SHA-uitgaven maar dan onderverdeeld in overheidsfinanciering, sociale verzekeringen, of bij de gemengde stelsels toch de som van deze twee financieringswijzen. Verder is ook Eurostat als bron voor Liechtenstein gebruikt. Alleen voor Montenegro zijn dezelfde cijfers gebruikt als in de oorspronkelijke woonlandfactorberekening, vanwege het ontbreken van cijfers over Montenegro bij de WHO in 2019. Tenslotte zijn voor Luxemburg de aantallen verzekerden in plaats van inwoners gebruikt om de uitgaven per persoon te verkrijgen.

---

## Voorbeeld: België

1. Voor België wordt uitgegaan van de woonlandfactor voor 2018: 0,7193. Deze woonlandfactor was berekend met de destijds – in 2017 – beschikbare gegevens die op het jaar 2014 betrekking hadden.
  2. De WHO-cijfers, in Amerikaanse dollars, hebben betrekking op 2015, en zijn afkomstig uit 2019 (en zijn geactualiseerd t.o.v. de cijfers uit 2018).
  3. België wordt getypeerd als een land met gezondheidszorg gefinancierd via sociale verzekeringen; van de publiek gefinancierde gezondheidszorguitgaven namen de sociale verzekeringen 78% voor hun rekening.
  3. De gemiddelde zorguitgaven per inwoner, gefinancierd via sociale verzekeringen, van België bedroegen in 2015 \$ 2 511,48; in 2014 was dat \$ 3 296,93 (de daling van 2014 op 2015 weerspiegelt vooral de daling van de koers van de euro ten opzichte van de dollar; in euro's stegen de zorguitgaven). De uitgaven per hoofd van de bevolking in 2015 bedroegen dus 76,19% van die in 2014.
  4. Voor Nederland waren de overeenkomstige cijfers: in 2015: \$ 3 490,68 en in 2014 \$ 4 304,87. De uitgaven per hoofd van de bevolking in Nederland in 2015 bedroegen dus 81,09% van die in 2014.
  5. De verhouding tussen de ontwikkelingen in België en Nederland komt daarmee uit op  $76,19 / 91,09 = 0,9396$ .
  6. De nieuwe woonlandfactor wordt dan:  $0,7193 * 0,9396 = 0,6758$  (vergelijk met huidige indexmethode: 0,7392).
-

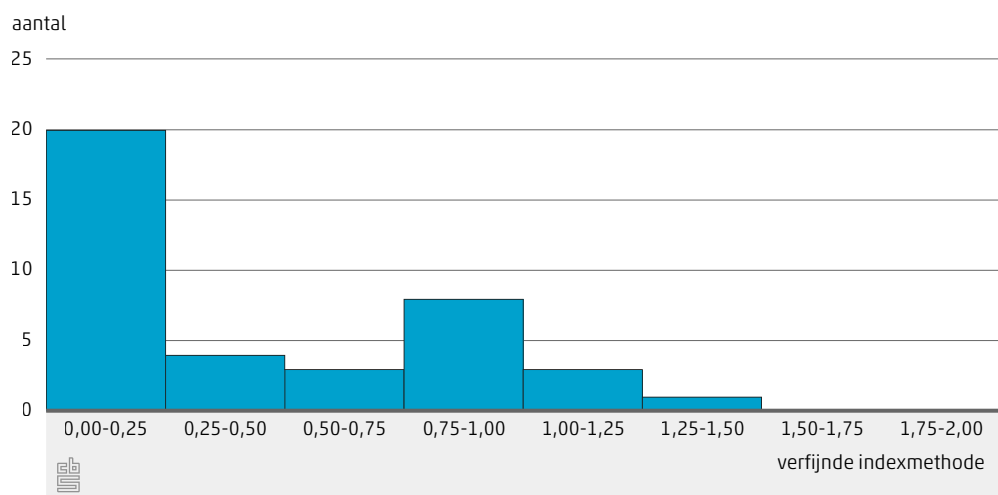


In figuur 3.3.2 is het effect te zien op de verdeling van de woonlandfactoren. In vergelijking met de oorspronkelijke indexmethode zoals die is gebruikt voor de bepaling van de woonlandfactoren van 2019 is de verdeling min of meer van dezelfde vorm, maar met een paar landen meer met woonlandfactoren onder de 0,25.

De plussen en minnen:

- + Beschikbaarheid bronnen, voor alle 39 landen, vergelijkbaarheid landen, kan elk jaar toegepast worden.
- Niet duurzaam op de lange duur, er zal altijd van de 2014 cijfers uit moeten worden gegaan, percentage om onderscheid te maken tussen wijze van financiering slecht te onderbouwen, element van willekeur
- - Eenvoud van berekening
- +/- Overeenkomend met de Verordening

### 3.3.2 Verdeling woonlandfactoren met verfijnde indexmethode



Bron: CBS, CAK.

### 3.4 Methode 4: de SHA-cijfers over publiek gefinancierde gezondheidszorg

In de gesprekken met de FANF werd gesuggereerd om direct de cijfers van de WHO te gebruiken en het indiceren van de woonlandfactoren van een vorig jaar achterwege te laten. Het heeft het voordeel dat de bron eenduidig is en de berekeningswijze rechttoe rechtaan, zoals dat tot een aantal jaren geleden het geval was. De berekeningswijze is dan eenvoudig de uitgaven per inwoner van het verdragsland in euro's (of een andere valuta, als US-dollars) gedeeld door de uitgaven per inwoner van Nederland (en voor Luxemburg het aantal verzekerden).

Daarbij wordt dan de volgende afbakening gehanteerd:

1. Uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA;
2. Publiek gefinancierd.

Uit de overwegingen in hoofdstuk 2 is duidelijk dat dan ook wordt gekozen voor het vaste 'pakket' van het SHA, dat zowel minder (sociale langdurige zorg) als meer (uitgaven gefinancierd uit algemene middelen, uitgaven voor beheer en administratie) omvat dan het stelsel van sociale verzekeringen in Nederland dat van toepassing is bij de verordening over coördinatie van socialezekerheidsstelsels. Dat geldt echter ook voor de verdragslanden.

---

## Voorbeeld: Spanje

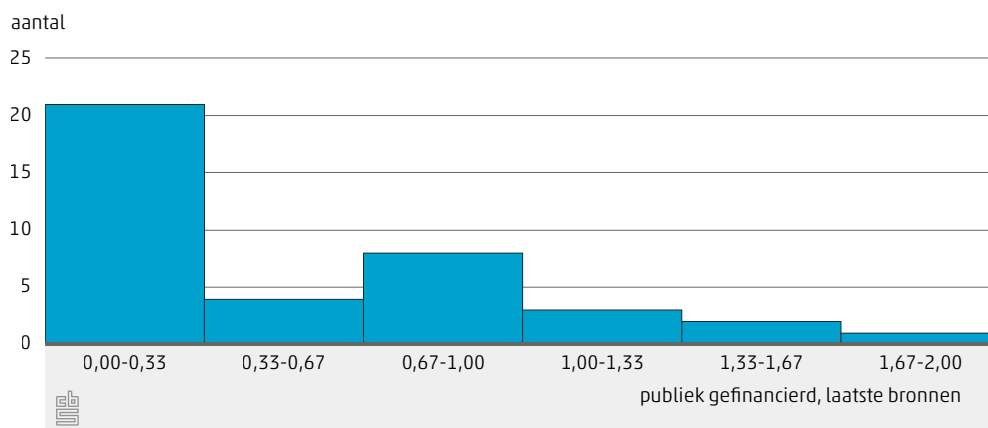
1. Voor Spanje wordt de OESO als bron met de actueelste cijfers gebruikt.
  2. In 2015 bedroegen de Spaanse uitgaven aan gezondheidszorg, publiek gefinancierd, EUR 1 510,21 per hoofd van de bevolking.
  3. In 2015 bedroegen de Nederlandse uitgaven aan gezondheidszorg, publiek gefinancierd, EUR 3 422,24 per hoofd van de bevolking.
  4. De woonlandfactor is dan  $1\,510,12 / 3\,422,24 = 0,4413$  (vergelijk met huidige indexmethode: 0,4001).
- 

De toepassing van deze uitgangspunten leidt tot een verdeling van de woonlandfactoren die meer gespreid is dan de eerder weergegeven verdelingen. Er zijn zowel meer landen die een woonlandfactor onder de 0,25 hebben, als landen die nu een woonlandfactor van boven de 1,5 hebben (Noorwegen, Zwitserland en Liechtenstein).

De plussen en minnen:

- + Beschikbaarheid bronnen, voor 38 landen in 2019, vergelijkbaarheid landen, kan elk jaar toegepast worden, duurzaam op de lange duur (++), eenvoud van berekening (++), geen element van willekeur.
- Overeenkomend met de Verordening.

### 3.4.1 Verdeling woonlandfactoren op basis van directe berekening uit publiek gefinancierde uitgaven aan gezondheidszorg volgens het System of Health Accounts



Bron: CBS, CAK.

### 3.5 Methode 5: de SHA-cijfers rekening houdend met de verschillende financieringssystemen

Indien rekening wordt gehouden met de wijze waarop de gezondheidszorg die valt onder de sociale zekerheid in de landen gebruikelijk is gefinancierd, blijft de berekening op zich rechttoe rechtaan. Alleen moet er een keuze worden gemaakt voor het criterium waarmee de landen worden ingedeeld in hetzij een stelsel gefinancierd uit algemene middelen, hetzij een sociaal verzekeringsstelsel, hetzij een gemengd stelsel. Zoals eerder gemeld maakt dat voor sommige landen uit. Bij deze berekeningen is ervan uitgegaan om bij 75% of meer financiering door de ene of de andere mogelijkheid het stelsel te typeren als een overheids- of sociaal verzekeringsstelsel.

De noemer wordt gevormd de Nederlandse uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA, per inwoner, gefinancierd uit Zvw en Wlz. Voor de teller wordt uitgegaan van of financiering door de overheid of financiering door sociale verzekeringen, afhankelijk van het systeem per land. Echter, bij de landen waar sprake is van een gemengd systeem, worden de uitgaven aan gezondheidszorg genomen die publiek gefinancierd zijn; dat wordt dan ook toegepast op de Nederlandse uitgaven die als noemer fungeren.

---

#### Voorbeeld: Duitsland

1. Voor Duitsland wordt de OESO als bron met de actueelste cijfers gebruikt.
2. Duitsland wordt getypeerd als een land dat zijn gezondheidszorguitgaven vooral financiert via verplichte verzekeringen, met een aandeel van 92% in de publiek gefinancierde gezondheidszorguitgaven.
2. In 2015 bedroegen de Duitse uitgaven aan gezondheidszorg, gefinancierd via de verplichte verzekeringen, EUR 3 203,03 per hoofd van de bevolking.
3. In 2015 bedroegen de Nederlandse uitgaven aan gezondheidszorg, gefinancierd via de verplichte verzekeringen, EUR 3 160,29 per hoofd van de bevolking.
4. De woonlandfactor is dan  $3\ 203,03 / 3\ 160,29 = 1,0135$  (vergelijk met huidige indexmethode: 0,8701).

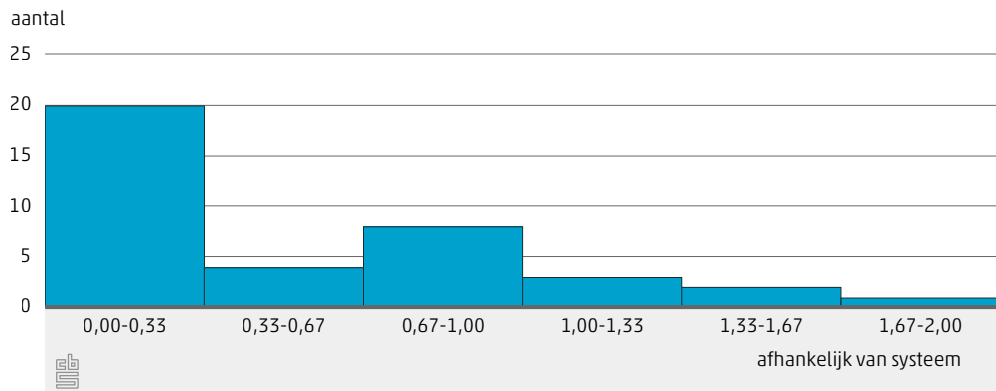
---

Qua verdeling lijkt het op de verdeling van de woonlandfactoren gebaseerd op de verhouding tussen publiek gefinancierde uitgaven.

De plussen en minnen:

- + Beschikbaarheid bronnen, voor alle 39 landen, duurzaam, vergelijkbaarheid landen.
- Element van willekeur
- +/- Eenvoud van berekening, Overeenkomend met de Verordening

### 3.5.1 Verdeling woonlandfactoren op basis van directe berekening uit uitgaven aan gezondheidszorg volgens het System of Health Accounts, waarbij de financiering afhankelijk is van het systeem per land



Bron: CBS, CAK.

### 3.6 Methode 6: de SHA-cijfers rekening houdend met de verschillende financieringssystemen, maar met aftrek van de uitgaven aan de functie 'Governance and health system and financing administration' (beheer en administratie)

Over deze methode kunnen we kort zijn. De cijfers hiervoor ontbreken grotendeels indien van de WHO als bron gebruik moet worden gemaakt. Slechts voor twee landen (Kaapverdië en Tunesië) zijn hierover cijfers beschikbaar, voor 1 jaar (2016) en dan niet uitgesplitst naar financieringswijze. Bovendien blijkt uit een inventarisatie uit 2013 dat van de OESO landen die dit wel ramen dit niet altijd op vergelijkbare wijze doen.<sup>17)</sup> Nadien is echter de uitvoeringsverordening in werking getreden waarbij de landen van de EER verplicht cijfers volgens het SHA aanleveren aan Eurostat, en daarbij is een van de verplichte uitsplitsingen die naar de uitgaven aan beheer en administratie. Voor die landen is het mogelijk deze variant van de woonlandfactor uit te rekenen. In figuur 3.6.1 staat de verdeling van de woonlandfactoren volgens deze variant.

De plussen en minnen:

- Beschikbaarheid bronnen, voor 33 landen, vergelijkbaarheid landen, element van willekeur.
- +/- Eenvoud van berekening, Overeenkomend met de Verordening, duurzaamheid.

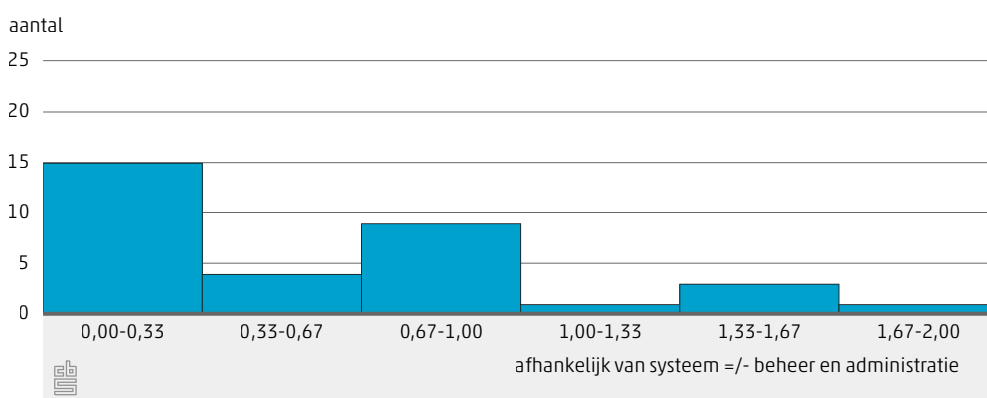
<sup>17)</sup> OECD (2013), Guidelines to improve estimates of expenditure on health administration and health insurance, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs (Parijs). <https://www.oecd.org/health/health-systems/Improving-Estimates-of-Spending-on-Administration.pdf>

---

## Voorbeeld: Kroatië

1. Voor Kroatië wordt Eurostat als bron met de actueelste cijfers gebruikt.
  2. Kroatië wordt getypeerd als een land dat zijn gezondheidszorguitgaven vooral financiert via verplichte verzekeringen, met een aandeel van 97% in de publiek gefinancierde gezondheidszorguitgaven.
  2. In 2015 bedroegen de Kroatische uitgaven aan gezondheidszorg, gefinancierd via de verplichte verzekeringen, en onder aftrek van de kosten van beheer en administratie (circa 2%) EUR 563,07 per hoofd van de bevolking.
  3. In 2015 bedroegen de Nederlandse uitgaven aan gezondheidszorg, gefinancierd via de verplichte verzekeringen, en onder aftrek van de kosten van beheer en administratie (circa 3%), EUR 3073,79 per hoofd van de bevolking.
  4. De woonlandfactor is dan  $563,07 / 3073,79 = 0,1832$  (vergelijk met huidige indexmethode: 0,1674).
- 

### 3.6.1 Verdeling woonlandfactoren op basis van directe berekening uit uitgaven aan gezondheidszorg onder aftrek van de kosten van beheer en administratie, waarbij de financiering afhankelijk is van het systeem per land



Bron: CBS, CAK.

## 3.7 Methode 7: de SHA-cijfers over gezondheidszorg plus sociale langdurige zorg, rekening houdend met de verschillende financieringssystemen, onder aftrek van de uitgaven aan beheer en administratie

Uit hoofdstuk 2 kan de conclusie worden getrokken, dat om de dekking van het Nederlands zorgstelsel te verkrijgen, niet alleen moet worden uitgegaan van de uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA, maar ook van de uitgaven aan sociale langdurige zorg. Theoretisch is dat te prefereren, zeker als ook de kosten van beheer en administratie worden afgezonderd, omdat de zo berekende woonlandfactor beter de bedoeling van de regelgeving benaderd. Maar het probleem is dat op basis van de aangeleverde cijfers volgens het SHA maar voor 13 landen een woonlandfactor uitgerekend kan worden.

---

## Voorbeeld: Frankrijk

1. Voor Frankrijk wordt de OESO als bron met de actueelste cijfers gebruikt.
  2. Frankrijk wordt getypeerd als een land dat zijn gezondheidszorguitgaven vooral financiert via verplichte verzekeringen, met een aandeel van 93% in de publiek gefinancierde gezondheidszorguitgaven.
  2. In 2015 bedroegen de Franse uitgaven aan gezondheidszorg plus sociale langdurige zorg, gefinancierd via de verplichte verzekeringen, en onder aftrek van de kosten van beheer en administratie (circa 4%) EUR 2 622,00 per hoofd van de bevolking.
  3. In 2015 bedroegen de Nederlandse uitgaven aan gezondheidszorg, gefinancierd via de verplichte verzekeringen, en onder aftrek van de kosten van beheer en administratie (circa 3%), EUR 3 293,90 per hoofd van de bevolking.
  4. De woonlandfactor is dan  $2\,622,00 / 3\,293,90 = 0,7960$  (vergelijk met huidige indexmethode: 0,8316).
- 

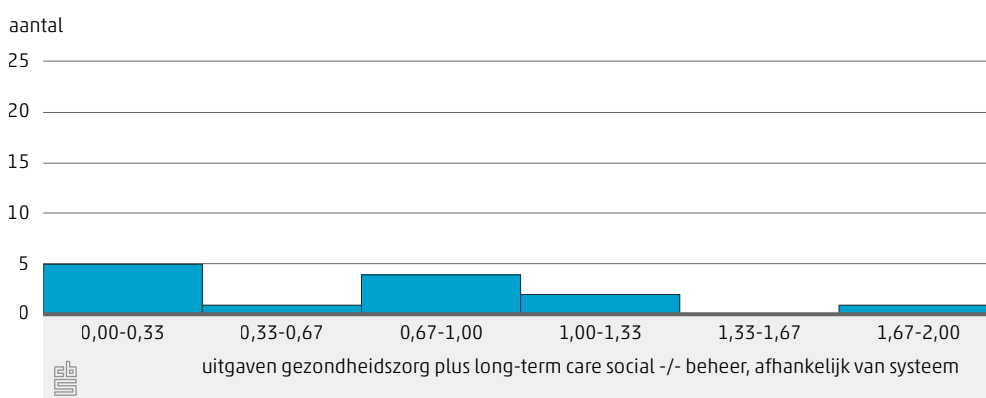
Ter vergelijking is de verdeling daarvan als in een vergelijkbare figuur gezet. Daar kan echter geen verdere conclusie aan worden verbonden.

De plussen en minnen:

- Beschikbaarheid bronnen, voor 13 landen, vergelijkbaarheid landen, element van willekeur.

+/- Eenvoud van berekening, Overeenkomend met de Verordening, duurzaamheid.

### 3.7.1 Verdeling woonlandfactoren op basis van directe berekening uit uitgaven aan gezondheidszorg en sociale langdurige zorg volgens het System of Health Accounts, waarbij de financiering afhankelijk is van het systeem per land



Bron: CBS, CAK.

### 3.8 Methode 8: combinatie van methoden, en vergelijking van methoden

De methoden worden zowel kwantitatief als kwalitatief vergeleken. Bij de kwantitatieve uitkomsten wordt gekeken naar de spreiding en het verschil met de oude methode (woonlandfactoren 2018) en de indexmethode (woonlandfactoren 2019). Bij de kwalitatieve vergelijking worden de volgende aspecten beoordeeld: (beschikbaarheid van) bronnen, eenvoud van berekening, mate van overeenkomst met de verordening over coördinatie van sociale zekerheid, duurzaamheid (toekomstbestendig) en vergelijkbaarheid tussen landen.

Bij deze vergelijking is als extra variant de combinatie van methoden opgenomen. Voor de landen waarvoor het mogelijk is, is uitgegaan van de conceptueel te prefereren variant

1. waarbij de sociale langdurige zorg meetelt en de uitgaven aan beheer en administratie niet.  
Indien dat niet mogelijk is, wordt telkens teruggedaan naar wat wel mogelijk is. Dus:
2. Eerst de uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA onder aftrek van de kosten van beheer en administratie,
3. daarna de uitgaven aan gezondheidszorg afhankelijk van het dominante financieringssysteem,
4. en tenslotte de publiek gefinancierde uitgaven aan gezondheidszorg.

De in de het voorgaande weergegeven histogrammen zijn samengevat in tabel 3.8.1. Uit de cijfers is ook te zien dat de spreiding groter is bij de woonlandfactoren die direct uit de SHA-gegevens zijn berekend dan bij de indexmethoden, of bij de oorspronkelijke methode. Het ontbreken van waarnemingen (landen) bij cijfers over sociale langdurige zorg en uitgaven aan beheer en administratie is vooral bij landen waar de woonlandfactor anders laag zou zijn. Dat is zichtbaar in de hogere waarde van de mediaan.

#### 3.8.1 Kengetallen voor methoden van woonlandfactorberekening

	Oude methode voor 2018	Oorspronkelijke indexmethode	Verfijnde indexmethode	Publiek gefinancierd	Afhankelijk van systeem	Afhankelijk van systeem +/- beheer en administratie	Uitgaven gezondheidszorg plus long-term care +/- beheer, afhankelijk van systeem	Combi
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Aantal landen waar berekening voor mogelijk is	39	39	39	39	38	33	13	39
Mediaan	0,2650	0,2490	0,2476	0,2785	0,2888	0,3938	0,7550	0,2575
Std. deviatie	0,3915	0,3681	0,3840	0,4984	0,5050	0,5036	0,5377	0,4992
Minimum	0,0125	0,0177	0,0189	0,0188	0,0188	0,0696	0,1247	0,0188
Maximum	1,4015	1,3729	1,4371	1,6962	1,8368	1,8757	1,8674	1,8674
Percentielen 25	0,1006	0,0821	0,0881	0,0934	0,1184	0,1684	0,2235	0,0975
50	0,2650	0,2490	0,2476	0,2785	0,2888	0,3938	0,7550	0,2575
75	0,7497	0,7741	0,7978	0,8618	0,9026	0,9635	1,0856	0,9045

Bron: CBS.

Uit het kwalitatieve overzicht in tabel 3.8.2 is ook duidelijk dat de opties om de uitgaven aan beheer en administratie uit te zonderen, of om de uitgaven aan sociale langdurige zorg mee te tellen, niet duurzaam zijn of hanteerbaar voor alle landen. Maar de combi-methode is wel goed hanteerbaar. De oorspronkelijke methode was al niet houdbaar vanwege het wegvallen van bronnen. De indexmethoden zijn op den duur niet houdbaar, omdat voor 2019 nog kon worden uitgegaan van de woonlandfactoren die op de oude manier zijn samengesteld. Maar voor 2020 en later zou dat ook moeten gebeuren, omdat de benodigde landenopgaven er niet meer zijn voor latere jaren. Daarmee is het startpunt altijd de verhouding zoals die ooit vastlag voor het bepalen van de woonlandfactor 2018.

Binnen de hier weergegeven opties zijn voor de korte termijn nog wel de indexmethoden bruikbaar, maar voor de langere termijn zijn de methoden die direct van de SHA-cijfers gebruik maken duurzamer. In hoeverre de voorkeur aan de een dan wel een ander wordt gegeven is afhankelijk van de voorkeuren of eisen van de wetgever. Daarbij kan ook het kwantitatieve verschil met de (oorspronkelijke) indexmethode een rol spelen.

### 3.8.2 Kwalitatieve vergelijking tussen methoden voor berekening van de woonlandfactor

	Beschikbaarheid bronnen	Eenvoud van berekening	Overeenkomst met verordening	duurzaamheid	Vergelijkenbaarheid landen	Geen element van willekeur	Aantal landen waarvoor mogelijk
1. Oude methode (zoals laatst voor 2018)	-	+	+	-	?	+	39
2. Oorspronkelijke indexmethode	+	-	+/-	-(op lange duur)	+	+	39
3. Verfijnde indexmethode	+	-	+/-	-(op lange duur)	+	-	39
4. Uitgaven gezondheidszorg publiek gefinancierd, laatste bronnen	+	+	-	++	++	+	39
5. Uitgaven gezondheidszorg gefinancierd afhankelijk van systeem	+	+/-	+/-	+	+	-	38
6. Uitgaven gezondheidszorg gefinancierd afhankelijk van systeem -/- beleid en beheer	-	+/-	+/-	+/-	-	-	33
7. Uitgaven gezondheidszorg plus sociale LZ -/- beleid en beheer, gefinancierd afhankelijk van systeem	-	+/-	++/-	+/-	-	-	13
8. Combi	+	-	++/+/-	+	+	-	39

Bron: CBS.

Het aantal landen dat een hogere woonlandfactor krijgt is 27 bij de methode die uitgaat van het totaal aan publiek gefinancierde gezondheidszorg volgens het SHA. Bij de methode die uitgaat van het zwaartepunt van de financiering voor de gezondheidszorg die onder sociale zekerheid valt, is het aantal met een hogere woonlandfactor 29 (van de nu 38 landen - voor Montenegro kan dit nu niet worden berekend). Het aantal landen met een lagere woonlandfactor is (daarmee) 12, respectievelijk 9. De stijging van de woonlandfactor is gemiddeld hoger bij de methode van publiek gefinancierde zorg dan bij de methode die afhankelijk is van het financieringssysteem. De spreiding is ook iets hoger. In bijlage 2 staan de uitkomsten voor de gepresenteerde methoden van woonlandfactorberekening per land, afgerond op twee decimalen. In tabel 3.8.3 zijn de kwantitatieve verschillen samengevat van de drie toekomstbestendigere methoden met de indexmethode.



### 3.8.3 Verschillen met de woonlandfactoren volgens de oorspronkelijke indexmethode samengevat, voor drie alternatieve methoden

	Publiek gefinancierd		afhankelijk van systeem		Combi	
	hoger	lager	hoger	lager	hoger	lager
Woonlandfactor is						
Aantal landen	26	13	29	9	26	13
Gemiddeld verschil	0,138	-0,019	0,138	-0,024	0,138	-0,022
Standaard-deviatie	0,207	0,024	0,194	0,026	0,200	0,026
Maximum verschil	0,827	0,000	0,827	0,000	0,823	0,000
Minimum verschil	0,002	-0,076	0,000	-0,089	0,002	-0,097

Bron: CBS.

Als wordt overwogen over te stappen op een andere methode dan kunnen de verschillen met de huidige woonlandfactoren soms groot zijn. Maar van jaar op jaar verschillen de woonlandfactoren ook al in de berekening volgens de oude methode. In de 10 jaren van 2009 tot en met 2018 liep de over de landen gemiddelde verandering per jaar van woonlandfactor uiteen van 0 tot 9 procent (als de woonlandfactor stijgt van 0,60 tot 0,61 is dat een stijging met 1,7%). De maximale stijging in die periode liep per jaar echter uiteen van 29 tot 107%, de maximale daling in die periode van 56 tot 0%.

De methode die gehanteerd is voor 2019 leverde een gemiddelde daling op ten opzichte van 2018 van de woonlandfactoren van 2%, met een maximale stijging van 58% en een maximale daling van 39%. Ten opzichte van de woonlandfactoren van 2018 levert de aangepaste (of verfijnde) indexmethode een vergelijkbaar beeld op, terwijl de direct op de SHA gebaseerde methoden grotere wijzigingen laten zien.

### 3.8.4 Veranderingen per jaar van de woonlandfactoren voor de 39 landen gezamenlijk

Jaren	Maximum	Minimum	Gemiddeld
	%		
2009	42	-3	7
2010	107	-26	6
2011	46	0	3
2012	84	-17	3
2013	29	-31	0
2014	32	-26	3
2015	18	-13	3
2016	89	-30	5
2017	39	-23	3
2018	56	-56	9
2019	58	-39	-2
2019: Verfijnde indexmethode	58	-31	2
2019: Publiek gefinancierd	87	-38	16
2019: Afhankelijk van systeem	87	-43	12
2019: Combi	87	-46	10

Bron: CBS.

Maar vergelijkbare groottes van wijzigingen komen ook voor in de periode 2009–2018. Als we de wijzigingen ten opzichte van 2018 per land vergelijken met het maximum en minimum van de wijzigingen per jaar over 2009–2018, dan ligt bij circa tweederde van de landen de wijziging buiten die bandbreedte, en bij een derde daarbinnen, bij de direct op de SHA-cijfers gebaseerde methoden. Voor de indexmethoden is dat ongeveer de helft.

De verschillen tussen de diverse methodes behoeven nog wel verdere duiding: waar bij de oude methode een geleidelijk verloop tussen de verdragslanden zichtbaar is van de hoogte van de woonlandfactoren, is dat niet het geval bij de andere methoden. Daarmee hangen de uitkomsten in de tabellen 3.8.1, 3.8.3 en 3.8.4 samen; sommige landen hebben een lagere woonlandfactor, andere een hogere. Dat kan komen door afwijkingen van het 'pakket' dat wordt gemeten in de oude methode dan wel in de op het SHA gebaseerde methoden, en/of door het verschil in aantallen verzekerden versus de bevolkingsaantallen. Bovendien kan dat zowel gelden voor Nederland (de noemer) als voor de verdragslanden (de teller van de woonlandfactor).

Om met het verschil tussen verzekerden en bevolking te beginnen: in dit rapport is nu voor het land (Luxemburg) met het grootste verschil tussen verzekerden en bevolking waarbij er meer verzekerden dan inwoners zijn, daarmee rekening gehouden. Vooral nog is ervan uit gegaan dat deze factor voor andere landen nauwelijks, en in ieder geval minder, van belang is. Maar bij landen waar er in vergelijking met Nederland minder verzekerden dan inwoners zijn, zal de woonlandfactor lager uitvallen dan bij de oude methode.

Een andere factor die mogelijk van invloed is, is het verschil tussen het verzekerde pakket en de activiteiten die meetellen in de cijfers volgens het SHA. Daar is bij diverse varianten geprobeerd rekening mee te houden, maar daar is soms meer detailinformatie voor nodig dan beschikbaar is. Het gaat dan bijvoorbeeld om de splitsing bij overheidsfinanciering tussen centrale overheid en regionale en lokale overheden (mogelijk van belang bij Denemarken). Die cijfers zijn echter niet voorhanden bij de internationale organisaties, ook al is deze uitsplitsing wel opgenomen in het SHA. Soms zouden landen verschillend behandeld moeten worden bij dezelfde vorm van financiering (zoals gepoogd is bij de varianten om onderscheid te maken naar de hoofdvorm van financiering). Dat zou kunnen gelden voor de verplichte private verzekeringen. De Nederlandse variant, de Zvw, moet natuurlijk meetellen, maar de Duitse variant zou uitgesloten kunnen worden. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of deze uitwerking per verdragsland mogelijk is en hanteerbaar blijft.

### **Transitie**

Er is niet goed aan te geven wat de beste manier is om eventueel over te gaan op een andere berekeningswijze. Als de uitkomsten zoals hiervoor gegeven in ogenschouw worden genomen, dan zijn de uitkomsten bij invoering in 1 keer in tweederde van de gevallen groter dan het geval was in de negen jaar tussen 2009 en 2018, en in een derde van de gevallen lager. Het directe gebruik van de SHA-cijfers levert voor een aantal landen (3 tot 7) woonlandfactoren op die groter dan 1 zijn (met als uitschieter Noorwegen, tot 1,88). Bij de oude methode waren dat er 4 bij woonlandfactoren voor 2018 (Noorwegen: 1,40); bij de indexmethode 1 voor 2019 (ook Noorwegen, met een woonlandfactor van 1,37).

Wat wèl goed mogelijk is, is om gebruik te maken van voortschrijdende gemiddelden (bijvoorbeeld 3-jaars voortschrijdende gemiddelden). Daarmee worden de veranderingen per jaar voor om het even welke methode gedempt. Dat zou voor Frankrijk bijvoorbeeld voor 2018 (dus met de oude methode) een woonlandfactor van 0,83 hebben opgeleverd, in plaats van de 0,93 die het was. Frankrijk zou met de indexmethode een woonlandfactor van 0,86 krijgen voor 2019 (in plaats van 0,85), en met de combi methode 0,85. Zie bijlagen 2 en 3.

### 3.8.5 Vergelijking van de veranderingen in de woonlandfactoren 2019 ten opzichte van 2018 (methode 1) met de periode 2009-2018, per land

	Maxi- Binnen de maxima en minima van male 2009-2018? daling											
	Index- metho- de (2)	Ver- fijnde index- metho- de (3)	Publiek gefin- ancierd (4)	Afhan- kelijk van systeem (5)	Combi (8)	Maxi- male stijging per jaar over 2009- 2018	Maxi- male stijging per jaar over 2009- 2018	Index- methode (2)	Verfijnde index- methode (3)	Publiek gefinan- cierd (4)	Afhan- kelijk van systeem (5)	Combi (8)
	%											
België	3	-6	18	-3	-4	6	-1	ja	nee	nee	nee	nee
Bosnië-Herzegovina	-33	-31	-31	-29	-29	56	-2	nee	nee	nee	nee	nee
Bulgarije	-19	-18	-15	-25	-23	26	-8	nee	nee	nee	nee	nee
Cyprus	-2	2	27	37	41	15	-16	ja	ja	nee	nee	nee
Denemarken	-8	-5	12	21	16	27	-2	nee	nee	ja	ja	ja
Duitsland	-9	-6	6	6	-4	14	-2	nee	nee	ja	ja	nee
Estland	-9	-7	-11	-17	-16	27	-3	nee	nee	nee	nee	nee
Finland	1	8	16	2	6	11	-3	ja	ja	nee	ja	ja
Frankrijk	-10	-8	-8	-7	-14	14	-6	nee	nee	nee	nee	nee
Griekenland	58	55	43	43	44	28	-56	nee	nee	nee	nee	nee
Hongarije	-8	-8	4	-6	-10	15	-16	ja	ja	ja	ja	ja
Ierland	4	7	4	12	13	1	-9	nee	nee	nee	nee	nee
IJsland	-9	-7	-16	-9	-8	26	-31	ja	ja	ja	ja	ja
Italië	-2	2	-4	3	4	5	-8	ja	ja	ja	ja	ja
Kaapverdië	1	8	75	44	44	107	-23	ja	ja	ja	ja	ja
Kroatië	-9	-2	-5	-1	0	20	-17	ja	ja	ja	ja	ja
Letland	-39	-11	7	16	14	42	-26	nee	ja	ja	ja	ja
Liechtenstein	-18	-7	40	17	14	25	0	nee	nee	nee	ja	ja
Litouwen	-9	-7	-38	-43	-46	89	-2	nee	nee	nee	nee	nee
Luxemburg	-2	0	59	15	12	6	-5	ja	ja	nee	nee	nee
Noord Macedonië	-5	-3	-11	-14	-14	18	-3	nee	ja	nee	nee	nee
Malta	9	11	8	17	20	28	0	ja	ja	ja	ja	ja
Marokko	54	58	51	51	51	0	0	nee	nee	nee	nee	nee
Montenegro	-1	2	-19	0	-19	29	-6	ja	ja	nee	nee	nee
Noorwegen	-2	3	21	31	33	12	-13	ja	ja	nee	nee	nee
Oostenrijk	-10	-6	22	22	23	13	-5	nee	nee	nee	nee	nee
Polen	5	9	-9	-14	-13	39	0	ja	ja	nee	nee	nee
Portugal	4	7	19	27	20	7	-30	ja	ja	nee	nee	nee
Roemenië	-10	-11	1	-10	-8	43	0	nee	nee	ja	nee	nee
Servië	-3	0	2	4	4	30	-10	ja	ja	ja	ja	ja
Slovenië	-9	-5	-9	-6	-11	14	-5	nee	ja	nee	nee	nee
Slowakije	-7	-5	-10	-8	-8	46	-4	nee	nee	nee	nee	nee
Spanje	-8	-5	1	3	-2	16	-7	nee	ja	ja	ja	ja
Tsjechië	-14	-12	-1	-8	-8	18	-2	nee	nee	ja	nee	nee
Tunesië	35	43	87	87	87	3	-26	nee	nee	nee	nee	nee
Turkije	-2	-1	4	4	9	84	-13	ja	ja	ja	ja	ja
Verenigd Koninkrijk	14	18	33	44	46	30	-16	ja	ja	nee	nee	nee
Zweden	1	5	52	64	64	33	-26	ja	ja	nee	nee	nee
Zwitserland	-11	-7	82	82	81	31	-1	nee	nee	nee	nee	nee
Aantal binnen maximum en minimum 2009-2018								18	21	14	14	13

Bron: CBS.

### 3.8.6 Vergelijking van de veranderingen in de woonlandfactoren 2019 ten opzichte van 2018 (methode 1) met de periode 2009-2018, per land, met gebruik van driejaars voortschrijdende gemiddelden

						Binnen de maxima en minima van 2009-2018?				
	index- methode (2)	Verfijnde index- methode (3)	Publiek gefinan- cierd (4)	Afhanke- lijk van systeem (5)	Combi (8)	index- methode (2)	Verfijnde index- methode (3)	Publiek gefinan- cierd (4)	Afhanke- lijk van systeem (5)	Combi (8)
	%									
België	0,16	-2,77	5,30	-1,68	-2,05	ja	nee	ja	nee	nee
Bosnië-Herzegovina	-23,04	-22,31	-22,37	-21,69	-21,57	nee	nee	nee	nee	nee
Bulgarije	-12,47	-12,10	-11,08	-14,26	-13,88	nee	nee	nee	nee	nee
Cyprus	-0,52	0,53	9,14	12,30	13,59	ja	ja	ja	ja	ja
Denemarken	-6,13	-5,16	0,43	3,52	1,83	nee	nee	ja	ja	ja
Duitsland	-7,13	-6,08	-2,02	-2,13	-5,48	nee	nee	ja	ja	nee
Estland	-8,17	-7,43	-8,80	-10,92	-10,46	nee	nee	nee	nee	nee
Finland	-2,88	-0,36	2,30	-2,37	-1,06	nee	ja	ja	ja	ja
Frankrijk	-7,07	-6,17	-6,47	-6,15	-8,35	nee	nee	nee	nee	nee
Griekenland	62,20	61,19	57,00	57,00	57,48	nee	nee	nee	nee	nee
Hongarije	-6,90	-6,90	-2,82	-6,25	-7,68	ja	ja	ja	ja	ja
Ierland	0,97	1,94	0,77	3,47	4,08	ja	nee	ja	nee	nee
IJsland	-10,03	-9,13	-12,18	-9,86	-9,48	ja	ja	ja	ja	ja
Italië	-0,59	0,56	-1,43	1,07	1,46	ja	ja	ja	ja	ja
Kaapverdië	0,50	2,63	25,04	14,74	14,74	ja	ja	ja	ja	ja
Kroatië	-5,84	-3,53	-4,68	-3,25	-2,96	ja	ja	ja	ja	ja
Letland	-18,40	-9,12	-3,25	-0,30	-0,93	ja	ja	ja	ja	ja
Liechtenstein	-12,75	-9,03	6,67	-0,97	-2,18	nee	nee	ja	nee	nee
Litouwen	-8,38	-7,46	-17,96	-19,56	-20,52	nee	nee	nee	nee	nee
Luxemburg	-0,62	0,03	19,58	4,94	3,88	ja	ja	nee	ja	ja
Noord-Macedonië	-5,40	-4,59	-7,30	-8,23	-8,23	nee	nee	nee	nee	nee
Malta	3,11	3,73	2,74	5,73	6,83	ja	ja	ja	ja	ja
Marokko	18,14	19,27	16,83	16,83	16,83	nee	nee	nee	nee	nee
Montenegro	-2,98	-1,93	-8,88	-36,00	-8,88	ja	ja	nee	nee	nee
Noorwegen	2,35	3,87	10,03	13,38	14,11	ja	ja	ja	nee	nee
Oostenrijk	-7,06	-6,00	3,42	3,42	3,91	nee	nee	ja	ja	ja
Polen	1,76	2,87	-2,85	-4,69	-4,22	ja	ja	nee	nee	nee
Portugal	1,12	2,27	6,34	8,83	6,69	ja	ja	ja	nee	ja
Roemenië	-13,36	-13,81	-9,74	-13,25	-12,76	nee	nee	nee	nee	nee
Servië	-0,19	0,82	1,46	2,04	2,04	ja	ja	ja	ja	ja
Slovenië	-6,95	-5,78	-7,16	-6,10	-7,86	nee	nee	nee	nee	nee
Slowakije	-5,38	-4,55	-6,38	-5,66	-5,65	nee	nee	nee	nee	nee
Spanje	-7,35	-6,24	-4,21	-3,61	-5,34	nee	ja	ja	ja	ja
Tsjechië	-9,67	-8,91	-5,23	-7,72	-7,73	nee	nee	nee	nee	nee
Tunesië	11,75	14,47	28,95	28,95	28,95	nee	nee	nee	nee	nee
Turkije	-0,02	0,26	2,22	2,22	3,74	ja	ja	ja	ja	ja
Verenigd Koninkrijk	2,12	3,29	8,37	12,04	12,68	ja	ja	ja	ja	ja
Zweden	12,14	13,23	28,88	33,07	32,90	ja	ja	ja	ja	ja
Zwitserland	-11,45	-10,26	19,38	19,38	19,21	nee	nee	ja	ja	ja
Aantal binnen maximum en minimum 2009-2018						19	19	23	19	19

Bron: CBS.

## 4. De uitgaven volgens het system of Health Accounts gebruiken voor afrekening op basis van gemiddelde kosten

Een aanvullende vraag van VWS en CAK is of de gemiddelde WHO-kosten kunnen worden gebruikt voor de afrekening met landen als Turkije en Servië. Voor deze verdraglanden is afgesproken dat Nederland een gemiddeld kostenbedrag in rekening brengt voor het recht op zorg van de buitenlandse verzekerde in Nederland. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt naar twee leeftijdsklassen zijnde: kosten van mensen jonger dan 65 en kosten voor mensen ouder dan 65.

Het antwoord op deze vraag is een gekwalificeerd nee.<sup>18)</sup> Het CBS raamt de uitgaven volgens het SHA, maar niet met onderscheid naar leeftijd. Wel stelt het RIVM op basis van de CBS-gegevens de kosten van ziekten studie samen, waarin de uitgaven naar leeftijdsklassen zijn berekend. De kosten van ziektenstudie wordt echter gemiddeld eens per vijf jaar uitgevoerd. De laatste berekening is over 2015 gedaan, waarbij CBS-cijfers zijn gebruikt van vóór de revisie die in 2018 is gepubliceerd.<sup>19)</sup>

Maar dat wil niet zeggen dat er geen relevante cijfers over uitgaven naar leeftijd zijn. In tabel 4.1, 4.2 en 4.3 staan de door het CBS opgestelde cijfers over uitgaven Zvw, AWBZ en Wlz, deels al naar leeftijd. De tabel over de uitgaven van de Zvw omvatten wel het eigen risico. De tabel over zorg in natura vanuit de Wlz is ook naar leeftijd, waarbij cijfers vanaf 2015 beschikbaar zijn. De tabel over de (uitgaven aan) pgb's is niet naar leeftijd (maar is in beginsel op te stellen). De tabellen over de Wlz zijn gemaakt voor de Monitor Langdurige Zorg; de tabel over de basisverzekering behoort tot reguliere productie van het CBS.

De tabellen zijn niet de uitgaven volgens het SHA, maar dat is ook niet direct nodig voor de afrekening met andere landen op basis van gemiddelde kosten. Ze geven een benadering van de gemiddelde kosten zoals gevraagd. Eventuele verfijning zou als aanvullende dienst geleverd kunnen worden.

<sup>18)</sup> Dat geldt voor bijna alle landen. Het is wel mogelijk om de cijfers te maken in per land verschillende mate: Zie de studie Eurostat, HEDIC – Health Expenditures by Diseases and Conditions, Statistical Working Papers 2016 Edition (Luxembourg, 2016). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>

<sup>19)</sup> Zie: <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50040NED/table?dl=24BD8>

## 4.1 Gemiddelde kosten basisverzekering per persoon inclusief eigen risico, voor enkele typen zorg

Leeftijd	Perioden	Totaal mannen en vrouwen					
		Gestandaardiseerd inkomen, Totaal alle inkomens,	Totaal alle zorgvormen	Ziekenhuiszorg	Farmacie	Paramedische zorg	Geriatrische revalidatiezorg
Totaal leeftijd	2014	2 193	1 242	256	39	42	
	2015	2 324	1 200	263	40	41	182
	2016	2 422	1 278	267	42	41	188
Totaal gestandaardiseerde leeftijd	2014	2 193	1 242	256	39	42	
	2015	2 324	1 200	263	40	41	182
	2016	2 422	1 278	267	42	41	188
0 tot 20 jaar	2014	1 160	566	69	65	.	
	2015	1 054	551	69	67	.	25
	2016	1 103	585	69	73	.	26
Jonger dan 65 jaar	2014	1 651	888	173	32	5	
	2015	1 631	851	181	33	5	35
	2016	1 703	905	183	35	5	38
65 jaar of ouder	2014	4 589	2 804	619	68	203	
	2015	5 305	2 703	618	69	195	815
	2016	5 446	2 843	620	72	194	821

Bron: CBS <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81827NED/table?dl=2992C>.

## 4.2 Gebruik Wlz-zorg in natura, 2017

Leeftijd	Totaal mannen en vrouwen		
	Personen met gebruik, in jaar	Zorguren, in jaar	Uitgaven, in jaar
	aantal	x 1 000 uren	x 1 000 euro
Totaal	304 765	8 539	17 114 757
Jonger dan 18 jaar	7 380	413	421 453
18 tot 35 jaar	33 525	827	2 058 141
35 tot 50 jaar	23 155	618	1 710 789
50 tot 65 jaar	32 020	846	2 361 576
65 tot 70 jaar	12 480	350	828 915
70 tot 75 jaar	15 715	473	921 955
75 tot 80 jaar	23 175	753	1 214 140
80 tot 85 jaar	38 735	1 123	1 922 204
85 tot 90 jaar	55 450	1 580	2 685 974
90 jaar of ouder	63 130	1 555	2 989 608

Bron: CBS <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40075NED/table?dl=25429>.

### 4.3 Persoonsgebonden budget AWBZ/Wlz

Perioden	Toegekend persoonsgebonden budget	Besteed persoonsgebonden budget
	x 1 000 euro	
2009	2 175 516	1 917 298
2010	2 397 172	2 156 905
2011	2 492 956	2 255 459
2012	2 747 238	2 458 666
2013	2 755 000	2 414 866
2014	2 746 131	2 410 681
2015	1 394 541	1 273 918
2016	1 784 924	1 566 220
2017	1 999 849	1 752 707
2018*	2 171 756	.

Bron: CBS <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40027NED/table?dl=1F17D>.

## 5. Conclusies

### Oude methode (1) was niet meer te handhaven

De woonlandfactor volgens oude methode werd berekend uit het delen van de gemiddelde kosten per verzekerde in het woonland door de gemiddelde kosten per verzekerde in Nederland, op basis van de opgaven van de landen. Omdat steeds meer landen overgaan op de afrekening op basis van werkelijke kosten en daarmee de uniforme bron voor de berekening van de woonlandfactoren opdroogt, en omdat de door het CAK gevonden bronnen heel divers bleken, kon de oude methode niet worden gehandhaafd.

- + Eenvoud van berekening, Overeenkomend met de Verordening, voor alle 39 landen.
- Beschikbaarheid bronnen, niet duurzaam.
- ? Vergelijkbaarheid

### Indexmethode (2) is op langere termijn niet toekomstbestendig

De voor 2019 gekozen woonlandfactorberekening is op langere termijn niet toekomstbestendig. Immers, de huidige berekening extrapoleert ooit vastgestelde woonlandfactoren met een relatieve ontwikkeling van uitgaven in het woonland ten opzichte van die in Nederland. Technisch is dit echter wel langdurig uit te voeren. Uit de analyse bleek al dat de oude woonlandfactoren van jaar op jaar fluctueren.

De brongegevens die zijn gebruikt zijn de op het System of Health Accounts gebaseerde cijfers. Deze zullen zeker voor langere tijd in de toekomst beschikbaar blijven en komen, zijn eenvoudig te verkrijgen, en zijn internationaal vergelijkbaar.

De huidige berekening lijkt redelijk uitlegbaar, zij het met enige moeite omdat onder andere de ontwikkeling niet voor elk land vanuit hetzelfde jaar 'vertrekt'.

De indexmethode die is gehanteerd voor de woonlandfactoren van 2019 respecteert de eerder vastgestelde woonlandfactoren omdat die als startpunt zijn genomen. Het gebruik van de relatieve ontwikkelingen volgt de ontwikkelingen in de kosten van verstrekkingen vanuit de publiek gefinancierde sociale zekerheid op het terrein van gezondheid zoals afgebakend door het SHA. De ontwikkelingen die zo worden gevolgd kunnen in meerdere of mindere mate afwijken van de ontwikkelingen van de kosten van verstrekkingen van de regelingen die onder de Verordening vallen.

- + Beschikbaarheid bronnen, voor alle 39 landen, vergelijkbaarheid landen, kan elk jaar toegepast worden.
- Eenvoud van berekening, niet duurzaam op de lange duur, er zal altijd van de 2014 cijfers uit moeten worden gegaan).
- +/- Overeenkomend met de Verordening

### **Aangepaste indexmethode (3) is minder eenvoudig en wijkt weinig af van de indexmethode**

In het rapport zijn zes alternatieve berekeningen gemaakt die op één na alle direct zijn gebaseerd op cijfers volgens het System of Health Accounts. De uitzondering is een aangepaste indexmethode, die uitgaat van de uitgaven volgens het gangbare systeem van financiering van de sociale zekerheid van de zorg: direct door de overheid, via sociale verzekeringen of een mengvorm. De uitkomsten lijken veel op de indexmethode die gebruikt is om de woonlandfactoren van 2019 vast te stellen.

- + Beschikbaarheid bronnen, voor alle 39 landen, vergelijkbaarheid landen, kan elk jaar toegepast worden.
- Niet duurzaam op de lange duur, er zal altijd van de 2014 cijfers uit moeten worden gegaan, percentage om onderscheid te maken tussen wijze van financiering slecht te onderbouwen
- Eenvoud van berekening
- +/- Overeenkomend met de Verordening

### **Voordelen directe methoden (methoden 4, 5, 6, 7 en 8)**

De directe methoden hebben als voordeel dat de berekening duidelijk is: de gemiddelde uitgaven per inwoner in het woonland gedeeld door de gemiddelde uitgaven van Nederland. In veel gevallen zijn uitgaven uitgesloten die ook uitgesloten dienen te zijn volgens besluit S5 van de Rekencommissie: onderzoek en ontwikkeling, eigen bijdragen. Soms kunnen ook de uitgaven aan beheer en administratie worden afgetrokken, maar dat is niet mogelijk bij alle landen op basis van openbaar toegankelijke gegevens; met name cijfers van de WHO-database hebben nog maar zeer beperkt informatie hierover. Dat kan echter wijzigen in de toekomst.

Alle directe methoden gebruiken meerdere internationale bronnen. Maar eigenlijk zijn er twee: via de Joint Health Accounts Questionnaire leveren de landen van de EER en OESO al de cijfers aan Eurostat, OESO en WHO. De WHO vraagt aan de resterende landen gegevens, of raamt ze bij en legt ze daarna voor ter goedkeuring. Dat heeft als nadeel dat als een land niet akkoord gaat, die cijfers niet gepubliceerd worden. In 2019 was dat het geval bij Montenegro.

De OESO publiceert als eerste de (gevalideerde) cijfers, meestal in juni van elk jaar. De methoden gaan uit van de beschikbaarheid van de meest recente cijfers, en zullen per land of van de OESO, of van Eurostat of van de WHO-cijfers gebruik maken, in die volgorde. Conceptueel zou het beste zijn om de cijfers volgens het System of Health Accounts te gebruiken door de uitgaven aan gezondheidszorg plus de uitgaven aan sociale langdurige zorg en minus de uitgaven aan administratie en beheer te tellen, gefinancierd door het gebruikelijke of dominante systeem van sociale zekerheid. Dit cijfer is echter maar voor 13 landen op te stellen, zodat deze mogelijkheid afvalt als algemeen toepasbare methode. De overige directe methoden zijn zeker voor de EU-lidstaten duurzaam, omdat zij via regelgeving verplicht zijn deze gegevens ieder jaar aan Eurostat te leveren. Voor de andere landen geldt verder dat de WHO en OESO ook het gebruik van het System of Health Accounts propageren en stimuleren dat landen zoveel als mogelijk hiervan gebruik maken.



### **Directe methode op basis van SHA-cijfers over publiek gefinancierde gezondheidszorg (4) is duurzaam, maar komt niet helemaal overeen met de Verordening**

Deze directe methode die gebruik maakt van dezelfde soort gegevens als de indexmethode, maar dan niet de ontwikkeling volgt, maar eenvoudig de verhouding uitrekent tussen woonland en Nederland, levert een grotere spreiding op aan woonlandfactoren tussen de verdragslanden dan de indexmethode, of dan de oude methode. De wijzigingen per land ten opzichte van de woonlandfactoren van 2018 zijn vaak groter dan bij andere methoden. Een systeemwijziging zal met deze methode niet goed zijn te volgen. Het voordeel is evenwel dat de methode zeer doorzichtig is en ook zeer duurzaam.

- + Beschikbaarheid bronnen, voor alle 39 landen in 2019, vergelijkbaarheid landen, kan elk jaar toegepast worden, duurzaam op de lange duur (++), eenvoud van berekening (++).
- Overeenkomend met de Verordening

### **Methoden gebaseerd op zwaartepunt van de financiering (methoden 5, 6, 7, 8) hebben een element van willekeur, maar komen in verschillende mate beter overeen met de Verordening dan de methode gebaseerd op publiek gefinancierde gezondheidszorg.**

De directe methoden waarbij een keuze wordt gemaakt tussen financiering via de overheid of via sociale verzekeringen, of een mengvorm, leiden veelal tot minder spreiding van woonlandfactoren tussen de landen als ook meestal, maar niet altijd, lagere mutaties ten opzichte van 2018 dan de directe methode gebaseerd op de som van de uitgaven die door overheid en sociale verzekering is gefinancierd. Het nadeel dat aan deze methode kleeft is dat er een keuze moet worden gemaakt wanneer het ene dan wel het andere systeem van financieren dominant of gebruikelijk is. In dit rapport is de grens gelegd bij 75% of meer van de publieke financiering. Het percentage is echter lastig te onderbouwen.

### **Voor- en nadelen van het gebruik van de SHA-cijfers rekening houdend met de verschillende financieringssystemen (methode 5):**

- + Beschikbaarheid bronnen, voor 38 landen (de cijfers voor Montenegro moeten dan op worden gevraagd bij het land zelf), duurzaam, vergelijkbaarheid landen.
- Element van willekeur
- +/- Eenvoud van berekening, Overeenkomend met de Verordening

### **Methoden 6 en 7 zijn voor te weinig landen beschikbaar**

Methoden 6 (Gebruik SHA-cijfers onder aftrek van de uitgaven aan beleid en beheer) en 7 (Als 6, plus de uitgaven aan sociale langdurige zorg) hebben allebei het nadeel dat voor een flink aantal landen de gegevens ontbreken, waardoor ook de vergelijkbaarheid tussen landen onder druk komt te staan. Hierdoor vallen deze af als serieuze optie. Methode 7 heeft wel als voordeel dat het de best mogelijke benadering is van de bedoeling van de coördinatieverordening.

### **Methode 8, de combinatie van methoden 4-7, gebruikt zoveel mogelijk beschikbare data**

De combinatiemethode heeft als voordeel dat zoveel als mogelijk gebruik wordt gemaakt van de beschikbare cijfers. Maar mede daardoor is de transparantie minder.

- + Beschikbaarheid bronnen, Overeenkomend met de Verordening (afhankelijk per land), voor alle 39 landen in 2019, vergelijkbaarheid landen, kan elk jaar toegepast worden, duurzaam op de lange duur.
- Eenvoud van berekening, overeenkomend met de Verordening, element van willekeur.

### **Nadere uitwerking per verdragsland is een mogelijk vervolg**

Gegeven de verschillen met de oude methode is een nader onderzoek per verdragsland naar de verschillen in dekking en tussen verzekerden en bevolking een mogelijke verdere uitwerking.

### **Een eventuele transitie is niet goed aan te geven**

Als wordt gekozen voor een alternatieve berekeningswijze, dan is niet goed aan te geven hoe de overgang het beste kan verlopen. De mutaties van de woonlandfactoren bij de alternatieven van 2018 op 2019 liggen in een derde van de gevallen bij de directe methoden onder de grootste mutaties per jaar in de tien jaar daaraan voorafgaand, maar bij twee derde dus niet. Invoering in één keer betekent dan soms grotere verschillen dan eerder waargenomen, maar ook kleinere verschillen.

### **Maar gebruik voortschrijdende gemiddelden versoepelt een eventuele overgang**

Welke methode ook wordt gekozen, om de fluctuaties te dempen en om de overgang van de ene berekeningswijze naar de andere te kunnen versoepelen, is het een goede optie om voortschrijdende gemiddelden te gebruiken. Verder lijken na een overgang op een systeem gebaseerd op SHA-cijfers de schommelingen van jaar op jaar niet omvangrijk te zijn.

### **Gebruik van de gemiddelde WHO-kosten door Nederland voor afrekening met het buitenland niet mogelijk, maar er zijn alternatieven**

De gemiddelde cijfers op basis van het System of Health Accounts kunnen niet worden gebruikt voor afrekening met landen op basis van gemiddelde kosten. De reden daarvoor is dat de indeling naar leeftijd niet goed mogelijk is. Weliswaar berekent het RIVM de uitgaven volgens het System of Health Accounts naar leeftijd op basis van de cijfers van het CBS, maar dat doen zij niet ieder jaar. Een mogelijk alternatief is de door het CBS gepubliceerde cijfers over de kosten van de basisverzekering en de uitgaven op basis van de Wet langdurige zorg te gebruiken, die wel naar leeftijdsklassen zijn, eventueel met aanvullende berekeningen.

### **Behandeling punten FANF en VBNGB in rapport**

In de gesprekken met de FANF en VBNGB is een aantal punten naar voren gekomen, die in dit rapport zijn behandeld. Hier worden genoemd:

- De gebruikte cijfers van het SHA zijn exclusief private betalingen, dus ook exclusief betalingen via particuliere verzekeringen en eigen bijdragen.
- De eisen welke verstrekkingen wel en niet mee worden geteld, gesteld door de Administratieve commissie, worden in veel, maar niet alle (zie hiervoor), gevallen ook gesteld aan de cijfers volgens het System of Health Accounts.

# Literatuur

CAK (2017), 'Methode voor het berekenen van de gemiddelde kosten in overeenstemming met artikel 64 van Verordening nr. 987/2009', Nederlandse nota van 23/03/2017 aan de Administratieve Commissie voor de Coördinatie van de Socialezekerheidsstelsels, A.C. 240/17REV3 (Den Haag, 30/10/2017).

European Commission (2018), Directorate-general for Economic and Financial Affairs, 'The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016–2017)', European Economy Institutional Paper 079 (Luxembourg), p. 183. Direct: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf) of via: [https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications_en).

Eurostat (2016), HEDIC – Health Expenditures by Diseases and Conditions, Statistical Working Papers 2016 Edition (Luxembourg).  
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>.

Maisonneuve, Christine de la, Joaquim Oliveira Martins (2013), Public Spending on Health and Long-term Care, OECD Economic Policy Papers no. 06, OECD Publishing, Paris.  
<https://doi.org/10.1787/5k44t7jwwr9x-en>.

Muir, T. (2017), 'Measuring social protection for long-term care', OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.

OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

OECD (2013), Guidelines to improve estimates of expenditure on health administration and health insurance, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs (Parijs).  
<https://www.oecd.org/health/health-systems/Improving-Estimates-of-Spending-on-Administration.pdf>.

Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 22 oktober 2018, kenmerk 1432459-182639, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met het vaststellen van de woonlandfactoren voor het jaar 2019 ten behoeve van de gedifferentieerde berekening van de bijdrage voor verdragsgerechtigden, Staatscourant 60576 (30-10-2018).

Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels.

Verordening (EG) nr. 987/2009 van het Europees Parlement en de Raad van 16 september 2009 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EG) nr. 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels.

Verordening (EU) 2015/359 van de Commissie van 4 maart 2015 tot uitvoering van Verordening (EG) nr. 1338/2008 van het Europees Parlement en de Raad betreffende statistieken over de uitgaven voor gezondheidszorg en de financiering daarvan.

# Bijlagen

## Bijlage 1 Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHE	Current Health Expenditure
ESSPROS	European System of Social Protection Statistics
EER	Europese Economische Ruimte
EU	Europese Unie
IHAT	International Health Accounts Team
JHAQ	Joint Health Accounts Questionnaire
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SHA	System of Health Accounts
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization = Wereld Gezondheids Organisatie
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zinl	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

## Bijlage 2 Overzicht woonlandfactoren volgens verschillende methoden

Uitkomsten voor 2019, inclusief vergelijking met de uitkomsten van de oude methode voor 2018

land	Oude methode voor 2018 (1)	Oorspronkelijke indexmethode (2)	Verfijnde indexmethode (3)	Publiek gefinancierd (4)	afhankelijk van systeem (5)	afhankelijk van systeem -/- beheer en administratie (6)	uitgaven gezondheidszorg plus long-term care -/- beheer, afhankelijk van systeem (7)	Combi (8)
België	0,72	0,74	0,68	0,85	0,70	0,69		0,69
Bosnië-Herzegovina	0,10	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07		0,07
Bulgarije	0,09	0,07	0,07	0,08	0,07	0,07		0,07
Cyprus	0,14	0,14	0,14	0,18	0,19	0,19		0,19
Denemarken	1,08	1,00	1,03	1,21	1,31	1,31	1,25	1,25
Duitsland	0,96	0,87	0,90	1,02	1,01	0,98	0,92	0,92
Estland	0,25	0,23	0,23	0,22	0,21	0,21		0,21
Finland	0,71	0,72	0,77	0,83	0,73	0,75	0,76	0,76
Frankrijk	0,93	0,83	0,86	0,85	0,86	0,85	0,80	0,80
Griekenland	0,16	0,25	0,24	0,22	0,22	0,23		0,23
Hongarije	0,15	0,14	0,14	0,16	0,14	0,14	0,13	0,13
Ierland	0,83	0,87	0,89	0,86	0,93	0,94		0,94
IJsland	1,08	0,98	1,01	0,91	0,99	1,00		1,00
Italië	0,56	0,55	0,57	0,53	0,57	0,58		0,58
Kaapverdië	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03			0,03
Kroatië	0,18	0,17	0,18	0,17	0,18	0,18		0,18
Letland	0,11	0,07	0,10	0,12	0,13	0,13	0,12	0,12
Liechtenstein	1,19	0,97	1,10	1,66	1,39	1,35		1,35
Litouwen	0,26	0,24	0,25	0,16	0,15	0,15	0,14	0,14
Luxemburg	0,75	0,74	0,75	0,84	0,86	0,84	0,84	0,84
Noord-Macedonië	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05			0,05
Malta	0,33	0,36	0,36	0,35	0,38	0,39		0,39
Marokko	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02			0,02
Montenegro	0,08	0,08	0,08	0,07				0,07
Noorwegen	1,40	1,37	1,44	1,70	1,84	1,88	1,87	1,87
Oostenrijk	0,73	0,66	0,69	0,89	0,89	0,90		0,90
Polen	0,16	0,17	0,17	0,15	0,14	0,14		0,14
Portugal	0,25	0,26	0,27	0,30	0,32	0,32	0,30	0,30
Roemenië	0,09	0,08	0,08	0,09	0,08	0,08		0,08
Servië	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08			0,08
Slovenië	0,37	0,34	0,35	0,34	0,35	0,35	0,33	0,33
Slowakije	0,26	0,24	0,25	0,23	0,24	0,24		0,24
Spanje	0,44	0,40	0,41	0,44	0,45	0,45	0,43	0,43
Tsjechië	0,28	0,24	0,25	0,28	0,26	0,26		0,26
Tunesië	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04			0,04
Turkije	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10		0,10
Verenigd Koninkrijk	0,68	0,77	0,80	0,90	0,98	0,99		0,99
Zweden	0,81	0,82	0,85	1,23	1,33	1,34	1,33	1,33
Zwitserland	0,89	0,80	0,83	1,63	1,63	1,62		1,62

Bron: CBS.

Alle methoden zijn berekend als waren ze berekend voor 2019, zodat de vergelijkbaarheid met de methode die voor de woonlandfactoren van 2019 is gebruikt zo groot mogelijk is (behoudens het gebruik van geactualiseerde cijfers bij OESO, WHO of Eurostat).

Uitzondering is de eerste kolom met de woonlandfactoren voor 2018, die zijn berekend op basis van de oude methode waarbij landenopgaven en verschillende bij elkaar vergaarde bronnen per land zijn gebruikt.

## Uitkomsten op basis van 2013-2016, vergeleken met gepubliceerde woonlandfactoren

land	Oude methode (1)	Oorspronkelijke index-methode (2)	Verfijnde index-methode (3)	Publiek gefinancierd (4)	Afhankelijk van systeem (5)	Afhankelijk van systeem -/- beheer en administratie (6)	Uitgaven gezondheidszorg plus long-term care -/- beheer, afhankelijk van systeem (7)	Combi (8)	Jaar voor de woonland-factor	berekeningsjaar SHA
België	0,70			0,84	0,77	0,76		0,76	2017	2013
België	0,72			0,85	0,78	0,77		0,77	2018	2014
België	0,72	0,74	0,68	0,85	0,70	0,69		0,69	2019	2015
België		0,73	0,67	0,86	0,68	0,67		0,67	2020	2016
Bosnië-Herzegovina	0,06			0,07	0,07	0,07		0,07	2017	2013
Bosnië-Herzegovina	0,10			0,07	0,07	0,07		0,07	2018	2014
Bosnië-Herzegovina	0,10	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07		0,07	2019	2015
Bosnië-Herzegovina		0,07	0,07	0,07	0,07	0,07		0,07	2020	2016
Bulgarije	0,07			0,07	0,06	0,06		0,06	2017	2013
Bulgarije	0,09			0,08	0,07	0,07		0,07	2018	2014
Bulgarije	0,09	0,07	0,07	0,08	0,07	0,07		0,07	2019	2015
Bulgarije		0,08	0,08	0,08	0,07	0,07		0,07	2020	2016
Cyprus	0,14			0,20	0,21	0,19		0,19	2017	2013
Cyprus	0,14			0,18	0,19	0,19		0,19	2018	2014
Cyprus	0,14	0,14	0,14	0,18	0,19	0,19		0,19	2019	2015
Cyprus		0,14	0,14	0,18	0,19	0,19		0,19	2020	2016
Denemarken	0,97			1,17	1,25	1,30	1,15	1,15	2017	2013
Denemarken	1,08			1,18	1,26	1,29	1,16	1,16	2018	2014
Denemarken	1,08	1,00	1,03	1,21	1,31	1,31	1,25	1,25	2019	2015
Denemarken		1,01	1,03	1,21	1,31	1,29	1,25	1,25	2020	2016
Duitsland	0,84			0,95	0,93	0,90	0,80	0,80	2017	2013
Duitsland	0,96			0,98	0,96	0,93	0,83	0,83	2018	2014
Duitsland	0,96	0,87	0,90	1,02	1,01	0,98	0,92	0,92	2019	2015
Duitsland		0,89	0,91	1,03	1,03	1,00	0,93	0,93	2020	2016
Estland	0,21			0,19	0,18	0,18		0,18	2017	2013
Estland	0,25			0,21	0,19	0,19		0,19	2018	2014
Estland	0,25	0,23	0,23	0,22	0,21	0,21		0,21	2019	2015
Estland		0,24	0,24	0,23	0,22	0,22		0,22	2020	2016
Finland	0,65			0,79	0,70	0,74	0,68	0,68	2017	2013
Finland	0,71			0,79	0,69	0,74	0,68	0,68	2018	2014
Finland	0,71	0,72	0,77	0,83	0,73	0,75	0,76	0,76	2019	2015
Finland		0,73	0,75	0,80	0,71	0,73	0,73	0,73	2020	2016
Frankrijk	0,82			0,83	0,83	0,81	0,73	0,73	2017	2013
Frankrijk	0,93			0,84	0,84	0,83	0,74	0,74	2018	2014
Frankrijk	0,93	0,83	0,86	0,85	0,86	0,85	0,80	0,80	2019	2015
Frankrijk		0,91	0,93	0,92	0,93	0,91	0,85	0,85	2020	2016
Griekenland	0,36			0,26	0,26	0,23		0,23	2017	2013
Griekenland	0,16			0,22	0,22	0,23		0,23	2018	2014
Griekenland	0,16	0,25	0,24	0,22	0,22	0,23		0,23	2019	2015
Griekenland		0,26	0,26	0,24	0,24	0,23		0,23	2020	2016
Hongarije	0,13			0,15	0,14	0,14	0,12	0,12	2017	2013
Hongarije	0,15			0,15	0,14	0,14	0,12	0,12	2018	2014
Hongarije	0,15	0,14	0,14	0,16	0,14	0,14	0,13	0,13	2019	2015
Hongarije		0,14	0,15	0,16	0,15	0,16	0,15	0,15	2020	2016
Ierland	0,82			0,84	0,90	0,94		0,94	2017	2013
Ierland	0,83			0,84	0,89	0,93		0,93	2018	2014
Ierland	0,83	0,87	0,89	0,86	0,93	0,94		0,94	2019	2015
Ierland		0,90	0,91	0,88	0,95	0,93		0,93	2020	2016
IJsland	0,86			0,73	0,78	0,90		0,90	2017	2013
IJsland	1,08			0,80	0,85	0,93		0,93	2018	2014
IJsland	1,08	0,98	1,01	0,91	0,99	1,00		1,00	2019	2015
IJsland		1,16	1,18	1,06	1,15	1,07		1,07	2020	2016
Italië	0,56			0,54	0,57	0,58		0,58	2017	2013

## Uitkomsten op basis van 2013-2016, vergeleken met gepubliceerde woonlandfactoren

land	Oude methode (1)	Oorspronkelijke index-methode (2)	Verfijnde index-methode (3)	Publiek gefinancierd (4)	Afhankelijk van systeem (5)	Afhankelijk van systeem -/- beheer en administratie (6)	Uitgaven gezondheidszorg plus long-term care -/- beheer, afhankelijk van systeem (7)	Combi (8)	Jaar voor de woonland-factor	berekeningsjaar SHA
Italië	0,56			0,53	0,57	0,57		0,57	2018	2014
Italië	0,56	0,55	0,57	0,53	0,57	0,58		0,58	2019	2015
Italië		0,55	0,56	0,53	0,57	0,57		0,57	2020	2016
Kaapverdië	0,02			0,03	0,02			0,02	2017	2013
Kaapverdië	0,02			0,03	0,02			0,02	2018	2014
Kaapverdië	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03			0,03	2019	2015
Kaapverdië		0,02	0,02	0,03	0,02			0,02	2020	2016
Kroatië	0,17			0,17	0,17	0,18		0,18	2017	2013
Kroatië	0,18			0,17	0,17	0,17		0,17	2018	2014
Kroatië	0,18	0,17	0,18	0,17	0,18	0,18		0,18	2019	2015
Kroatië		0,18	0,19	0,18	0,19	0,19		0,19	2020	2016
Letland	0,09			0,11	0,12	0,13	0,11	0,11	2017	2013
Letland	0,11			0,11	0,12	0,13	0,11	0,11	2018	2014
Letland	0,11	0,07	0,10	0,12	0,13	0,13	0,12	0,12	2019	2015
Letland		0,10	0,10	0,12	0,14	0,12	0,13	0,13	2020	2016
Liechtenstein	0,95			1,48	1,20	1,16		1,16	2017	2013
Liechtenstein	1,19			1,46	1,21	1,18		1,18	2018	2014
Liechtenstein	1,19	0,97	1,10	1,66	1,39	1,35		1,35	2019	2015
Liechtenstein		1,06	1,10	1,63	1,36	1,32		1,32	2020	2016
Litouwen	0,22			0,14	0,13	0,13	0,12	0,12	2017	2013
Litouwen	0,27			0,15	0,14	0,14	0,13	0,13	2018	2014
Litouwen	0,26	0,24	0,25	0,16	0,15	0,15	0,14	0,14	2019	2015
Litouwen		0,26	0,26	0,17	0,16	0,16	0,15	0,15	2020	2016
Luxemburg	0,75			0,83	0,84	0,84	0,78	0,78	2017	2013
Luxemburg	0,75			0,85	0,85	0,85	0,79	0,79	2018	2014
Luxemburg	0,75	0,74	0,75	0,84	0,86	0,86	0,84	0,84	2019	2015
Luxemburg		0,71	0,72	0,83	0,85	0,85	0,83	0,83	2020	2016
Noord-Macedonië	0,05			0,05	0,05			0,05	2017	2013
Noord-Macedonië	0,06			0,05	0,05			0,05	2018	2014
Noord-Macedonië	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05			0,05	2019	2015
Noord-Macedonië		0,06	0,06	0,05	0,05			0,05	2020	2016
Malta	0,33			0,32	0,34	0,40		0,40	2017	2013
Malta	0,33			0,33	0,36	0,40		0,40	2018	2014
Malta	0,33	0,36	0,36	0,35	0,38	0,39		0,39	2019	2015
Malta		0,38	0,38	0,38	0,41	0,39		0,39	2020	2016
Marokko	0,01			0,02	0,02			0,02	2017	2013
Marokko	0,01			0,02	0,02			0,02	2018	2014
Marokko	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02			0,02	2019	2015
Marokko		0,02	0,02	0,02	0,02			0,02	2020	2016
Montenegro	0,08			0,02				0,02	2017	2013
Montenegro	0,08			0,00				0,00	2018	2014
Montenegro	0,08	0,08	0,08	0,07				0,07	2019	2015
Montenegro		0,08	0,08	0,07				0,07	2020	2016
Noorwegen	1,53			1,74	1,86	2,14	1,69	1,69	2017	2013
Noorwegen	1,40			1,71	1,82	1,98	1,66	1,66	2018	2014
Noorwegen	1,40	1,37	1,44	1,70	1,84	1,88	1,87	1,87	2019	2015
Noorwegen		1,37	1,39	1,66	1,80	1,78	1,82	1,82	2020	2016
Oostenrijk	0,65			0,86	0,86	0,90		0,90	2017	2013
Oostenrijk	0,73			0,88	0,88	0,90		0,90	2018	2014
Oostenrijk	0,73	0,66	0,69	0,89	0,89	0,90		0,90	2019	2015
Oostenrijk		0,67	0,67	0,90	0,90	0,90		0,90	2020	2016
Polen	0,16			0,14	0,13	0,13		0,13	2017	2013
Polen	0,16			0,14	0,13	0,13		0,13	2018	2014

## Uitkomsten op basis van 2013-2016, vergeleken met gepubliceerde woonlandfactoren

land	Oude methode (1)	Oorspronkelijke index-methode (2)	Verfijnde index-methode (3)	Publiek gefinancierd (4)	Afhankelijk van systeem (5)	Afhankelijk van systeem -/- beheer en administratie (6)	Uitgaven gezondheidszorg plus long-term care -/- beheer, afhankelijk van systeem (7)	Combi (8)	Jaar voor de woonlandfactor	berekeningsjaar SHA
Polen	0,16	0,17	0,17	0,15	0,14	0,14		0,14	2019	2015
Polen		0,17	0,17	0,15	0,14	0,14		0,14	2020	2016
Portugal	0,25			0,29	0,31	0,32	0,28	0,28	2017	2013
Portugal	0,25			0,29	0,30	0,32	0,28	0,28	2018	2014
Portugal	0,25	0,26	0,27	0,30	0,32	0,32	0,30	0,30	2019	2015
Portugal		0,27	0,28	0,31	0,33	0,32	0,31	0,31	2020	2016
Roemenië	0,06			0,09	0,08	0,08		0,08	2017	2013
Roemenië	0,09			0,09	0,08	0,08		0,08	2018	2014
Roemenië	0,09	0,08	0,08	0,09	0,08	0,08		0,08	2019	2015
Roemenië		0,09	0,09	0,10	0,09	0,09		0,09	2020	2016
Servië	0,08			0,08	0,08			0,08	2017	2013
Servië	0,07			0,08	0,08			0,08	2018	2014
Servië	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08			0,08	2019	2015
Servië		0,07	0,07	0,07	0,08			0,08	2020	2016
Slovenië	0,32			0,33	0,33	0,33	0,29	0,29	2017	2013
Slovenië	0,37			0,32	0,33	0,33	0,29	0,29	2018	2014
Slovenië	0,37	0,34	0,35	0,34	0,35	0,35	0,33	0,33	2019	2015
Slovenië		0,35	0,36	0,35	0,36	0,36	0,33	0,33	2020	2016
Slowakije	0,24			0,23	0,22	0,22		0,22	2017	2013
Slowakije	0,26			0,23	0,23	0,23		0,23	2018	2014
Slowakije	0,26	0,24	0,25	0,23	0,24	0,24		0,24	2019	2015
Slowakije		0,26	0,26	0,24	0,25	0,25		0,25	2020	2016
Spanje	0,38			0,42	0,42	0,45	0,38	0,38	2017	2013
Spanje	0,44			0,42	0,42	0,45	0,38	0,38	2018	2014
Spanje	0,44	0,40	0,41	0,44	0,45	0,45	0,43	0,43	2019	2015
Spanje		0,41	0,41	0,44	0,45	0,45	0,43	0,43	2020	2016
Tsjechië	0,24			0,29	0,26	0,26		0,26	2017	2013
Tsjechië	0,28			0,28	0,25	0,25		0,25	2018	2014
Tsjechië	0,28	0,24	0,25	0,28	0,26	0,26		0,26	2019	2015
Tsjechië		0,25	0,25	0,28	0,26	0,26		0,26	2020	2016
Tunesië	0,02			0,04	0,04			0,04	2017	2013
Tunesië	0,02			0,04	0,04			0,04	2018	2014
Tunesië	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04			0,04	2019	2015
Tunesië		0,03	0,03	0,04	0,04			0,04	2020	2016
Turkije	0,09			0,10	0,10	0,12		0,12	2017	2013
Turkije	0,09			0,09	0,09	0,10		0,10	2018	2014
Turkije	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,10		0,10	2019	2015
Turkije		0,09	0,09	0,10	0,10	0,09		0,09	2020	2016
Verenigd Koninkrijk	0,63			0,74	0,79	0,84		0,84	2017	2013
Verenigd Koninkrijk	0,68			0,80	0,86	0,88		0,88	2018	2014
Verenigd Koninkrijk	0,68	0,77	0,80	0,90	0,98	0,99		0,99	2019	2015
Verenigd Koninkrijk		0,70	0,71	0,81	0,88	0,86		0,86	2020	2016
Zweden	1,09			1,24	1,33	1,45	1,27	1,27	2017	2013
Zweden	0,81			1,21	1,30	1,36	1,24	1,24	2018	2014
Zweden	0,81	0,82	0,85	1,23	1,33	1,34	1,33	1,33	2019	2015
Zweden		0,83	0,85	1,23	1,33	1,30	1,33	1,33	2020	2016
Zwitserland	0,68			1,38	1,38	1,41		1,41	2017	2013
Zwitserland	0,89			1,39	1,39	1,43		1,43	2018	2014
Zwitserland	0,89	0,80	0,83	1,63	1,63	1,62		1,62	2019	2015
Zwitserland		0,79	0,79	1,60	1,60	1,59		1,59	2020	2016

Bron: CBS.



### Bijlage 3 Overzicht woonlandfactoren volgens verschillende methoden, met driejaars voortschrijdend gemiddelden

Uitkomsten voor 2019, inclusief de uitkomsten volgens de oude methode (maar ook met driejaars voortschrijdend gemiddelde) voor 2018

Land	Oude methode voor 2018 (1)	Oorspronkelijke indexmethode (2)	Verfijnde indexmethode (3)	Publiek gefinancierd (4)	afhankelijk van systeem (5)	afhankelijk van systeem –/– beheer en administratie (6)	uitgaven gezondheidszorg plus long-term care –/– beheer, afhankelijk van systeem (7)	Combi (8)
België	0,71	0,72	0,70	0,76	0,71	0,70		0,70
Bosnië-Herzegovina	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08		0,08
Bulgarije	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08		0,08
Cyprus	0,15	0,14	0,14	0,15	0,16	0,16		0,16
Denemarken	0,99	1,02	1,03	1,09	1,12	1,12	1,10	1,10
Duitsland	0,84	0,89	0,90	0,94	0,94	0,93	0,90	0,90
Estland	0,21	0,23	0,23	0,23	0,22	0,22		0,22
Finland	0,66	0,69	0,71	0,73	0,70	0,70	0,70	0,70
Frankrijk	0,83	0,86	0,87	0,87	0,87	0,87	0,85	0,85
Griekenland	0,29	0,26	0,25	0,25	0,25	0,25		0,25
Hongarije	0,13	0,14	0,14	0,15	0,14	0,14	0,14	0,14
Ierland	0,84	0,84	0,85	0,84	0,86	0,87		0,87
IJsland	0,91	0,97	0,98	0,95	0,98	0,98		0,98
Italië	0,56	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57		0,57
Kaapverdië	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02			0,02
Kroatië	0,18	0,17	0,18	0,17	0,18	0,18		0,18
Letland	0,10	0,09	0,10	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11
Liechtenstein	1,02	1,04	1,08	1,27	1,18	1,16		1,16
Litouwen	0,24	0,24	0,25	0,22	0,21	0,21	0,21	0,21
Luxemburg	0,76	0,75	0,75	0,90	0,79	0,91	0,78	0,78
Noord-Macedonië	0,05	0,06	0,06	0,06	0,05			0,05
Malta	0,32	0,34	0,34	0,34	0,35	0,35		0,35
Marokko	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01			0,01
Montenegro	0,08	0,08	0,08	0,08	0,05			0,08
Noorwegen	1,49	1,43	1,46	1,54	1,59	1,60	1,60	1,60
Oostenrijk	0,67	0,68	0,69	0,76	0,76	0,76		0,76
Polen	0,15	0,16	0,17	0,16	0,15	0,15		0,15
Portugal	0,25	0,25	0,26	0,27	0,27	0,28	0,27	0,27
Roemenië	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08		0,08
Servië	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07			0,07
Slovenië	0,34	0,34	0,35	0,34	0,35	0,35	0,34	0,34
Slowakije	0,24	0,24	0,25	0,24	0,24	0,24		0,24
Spanje	0,40	0,40	0,41	0,42	0,42	0,42	0,41	0,41
Tsjechië	0,25	0,25	0,26	0,27	0,26	0,26		0,26
Tunesië	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03			0,03
Turkije	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09		0,09
Verenigd Koninkrijk	0,66	0,69	0,70	0,74	0,76	0,76		0,76
Zweden	0,91	0,91	0,92	1,04	1,08	1,08	1,08	1,08
Zwitserland	0,74	0,79	0,80	1,07	1,07	1,07		1,07

Bron: CBS.

Bij de driejaars voortschrijdend gemiddelden zijn de gepubliceerde woonlandfactoren van 2017 en 2018 gebruikt om te middelen met de woonlandfactor van 2019 volgens verschillende methoden. Bij de woonlandfactor volgens de oude methode zijn de gepubliceerde woonlandfactoren van 2016, 2017 en 2018 gebruikt.

## Bijlage 4 Classificatie van functies van gezondheidszorg volgens het SHA

### The classification of health care functions at the first-digit level

Code	Description
HC.1	Curative care
HC.2	Rehabilitative care
HC.3	Long-term care (health)
HC.4	Ancillary services (non-specified by function)
HC.5	Medical goods (non-specified by function)
HC.6	Preventive care
HC.7	Governance and health system and financing administration
HC.9	Other health care services not elsewhere classified (n.e.c.)

### Memorandum items: health care related

HCR.1	Long-term care (social)
HCR.2	Health promotion with a multi-sectoral approach

## Bijlage 5 Classificatie van financieringsregelingen (financing schemes) volgens het SHA

### Classification of health care financing schemes

Code	Description
HF.1	Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes
HF.1.1	Government schemes
HF.1.1.1	Central government schemes
HF.1.1.2	State/regional/local government schemes
HF.1.2	Compulsory contributory health insurance schemes
HF.1.2.1	Social health insurance schemes
HF.1.2.2	Compulsory private insurance schemes
HF.1.3	Compulsory Medical Saving Accounts (CMSA)
HF.2	Voluntary health care payment schemes
HF.2.1	Voluntary health insurance schemes
HF.2.2	NPISH financing schemes
HF.2.3	Enterprise financing schemes
HF.3	Household out-of-pocket payment
HF.3.1	Out-of-pocket excluding cost-sharing
HF.3.2	Cost sharing with third-party payers
HF.4	Rest of the world financing schemes (non-resident)

(HF2, 3 en 4 zijn ingekort)

HF.1.2.2, de compulsory private insurance schemes is in het SHA als aparte categorie opgevoerd, zodat met name de financieringsstelsels van Zwitserland en Nederland beter konden worden gekarakteriseerd: wel publieke financiering, maar private uitvoering.

## Bijlage 6 Geïnterviewden

Leo van der Lubbe	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ton Klapwijk	CAK
Jan de Voogd	VBNGB
Guido Smoorenburg	FANF

## Bijlage 7 Reacties FANF en VBNGB op conceptrapport

In deze bijlage zijn de schriftelijke reacties van FANF en VBNGB op de definitieve conceptversie van het rapport opgenomen. Deze zijn aanleiding om in de definitieve versie nog enkele wijzigingen op te nemen, en om waar nodig een beperkt antwoord te formuleren. In het antwoord is ook aangegeven welke opmerkingen aanleiding waren tot wijzigingen in het definitieve rapport ten opzichte van de definitieve conceptversie.

### Antwoord op opmerkingen van de VBNGB

De nummering van de punten van de VBNGB wordt gevolgd; de punten waar geen antwoord op (nodig) is, zijn overgeslagen.

Ad 2) De mate waarin de kosten van verstrekkingen zoals genoemd in de besluiten S4 en S5 van de Administratieve Commissie zijn vergeleken is bepaald door de bruikbaarheid van, dan wel mogelijkheden daartoe in, de statistische cijfers zoals gepubliceerd door WHO, OESO of Eurostat. Het SHA was daarbij leidend. Het rapport laat zien dat de resultaten van andere methoden flink kunnen verschillen van de resultaten van de oude methode (1).

Ad 3) In het rapport werd gesteld dat van de gezondheidszorguitgaven volgens het SHA uit is gegaan. Dat omvat per definitie alle SHA gezondheidszorgfuncties. Voor de duidelijkheid zijn die in de definitieve versie van dit rapport in 2.3 benoemd; dat hoort in 2.3 thuis, in 2.4 wordt daarop voortgeborduurd. Alleen bij methoden 6 en 7 zijn de kosten van beheer (HC7) van de totale uitgaven afgehaald voor die landen waar dat gegeven bekend was. De functies Preventie (HC6) en 'Gezondheidszorg niet elders genoemd' (HC9, veelal posten die niet zijn toe te wijzen aan of te verdelen over andere functies) worden ook (mede) betaald via de Zorgverzekeringswet, en zijn daarom altijd meegeteld. (zie bijv. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84043NED/table?dl=29590>).

Ad 4) In 2.3 waren de benamingen gebruikt van de financieringsmechanismen; voor de duidelijkheid zijn daar nu ook de codes aan toegevoegd zoals die in bijlage 5 zijn weergegeven.

Ad 5) De bedoeling van de vergelijking van de fluctuaties van de woonlandfactoren door de tijd heen met de verschillen die optreden bij het gebruik van een andere methode is om na te gaan in hoeverre het overstappen op een andere methode gepaard gaat met een groter of kleiner verschil dan dat van jaar op jaar bij de oude methode. Dat is weliswaar ongelijksoortig, maar laat wel zien of het overstappen op een andere methode al dan niet past in een bandbreedte die al eerder is opgetreden.

Ad 6) De keuze tussen categorieën financieringsregelingen gebaseerd op hun aandeel in het totaal van financiering introduceert inderdaad een element van willekeur. Echter,

indien recht moet worden gedaan aan de Verordening (883/2004) dan moeten per land de van toepassing zijnde financieringsschema's per jaar worden geselecteerd, en dan moet die informatie nog beschikbaar zijn binnen de cijfers afkomstig van WHO, OESO en Eurostat. Meerdere financieringsschema's kunnen 1 categorie (zoals HF1.2.1) vormen, maar mogelijk valt maar een deel daarvan onder de Verordening. Dat was echter geen onderdeel van dit onderzoek, omdat de (achterliggende) vraag was of het op eenvoudiger wijze kon, dan per jaar per land de afzonderlijke data te verzamelen. Die methode bleek immers niet meer houdbaar. De methoden 5 en 6 probeerden dat te benaderen.

Ad 7) Verstrekkingen vanuit de sociale langdurige zorg (let op: dat is langdurige zorg die een sociaal karakter heeft, niet sociale zorg die een langdurig karakter heeft) vallen sinds 2015 wat betreft Nederland voor een klein deel nog onder de Verordening. Vóór 2015 vielen ze voor een groot deel onder de Verordening (verschil AWBZ en Wlz). Dat verschilt over de tijd voor Nederland, en verschilt ook per land. Het wel of niet meenemen van deze categorie is daarmee een kwestie van uittesten, tenzij exact de financieringsschema's afgezonderd kunnen worden.

Ad 9) De indexmethoden zijn technisch gezien duurzaam, maar zijn dat inhoudelijk niet, vanwege de noodzaak om een vertrekpunt te kiezen, dat daarmee tot in lengte van dagen de structuur bepaald. Juist in 2.5 is voor Nederland te zien dat ontwikkelingen bij structurele wijzigingen lastig zijn te volgen.

### **Antwoord op opmerkingen van de FANF**

De kopjes van de FANF-reactie volgend, zijn hier de opmerkingen c.q. antwoorden van het CBS:

#### *Introductie SHA*

De FANF vraagt zich af of de definitie van sociale verzekering algemeen hanteerbaar is. Mogelijk was het beter geweest, indien de definitie was geformuleerd met (de officiële vertaling van) Verordening 883/2004 die het heeft over de coördinatie van socialezekerheidsstelsels. Dat is inderdaad beter, omdat daarmee sociale zekerheid betaald uit algemene middelen (zoals een National Health Service) wordt gedekt. Echter, de Verordening coördineert die sociale zekerheid die landen in hun artikel 9 verklaringen zelf inbrengen.

#### *Indexering*

De opmerking dat de huidige indexeringsmethode ongeschikt is omdat die over langere termijn uitgaat van de woonlandfactor 2014, is in het rapport ook de reden dat die methode niet houdbaar is op langere termijn.

#### *SHA-basis maar rekening houdend met financieringssysteem*

Op de vraag waarom er rekening gehouden moet worden met de verschillende financieringssystemen is ingegaan bij methode 3 (de huidige indexmethode waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende financieringssystemen), en de daarin gegeven overwegingen gelden onverkort voor methode 4 (SHA-basis maar rekening houdend met financieringssysteem). Een nadere analyse van de afhankelijkheid van het financieringssysteem zoals gevraagd door de FANF is ook een mogelijkheid die past bij de genoemde mogelijkheid in de conclusie van een nadere uitwerking per verdragsland.

### *SHA basis met de toevoeging kosten van langdurige sociale zorg*

De opmerking dat de kosten van langdurige sociale zorg niet in het SHA passen is een normatieve uitspraak. Op dit moment vallen de uitgaven aan sociale langdurige zorg (het gaat om langdurige zorg met een sociaal karakter) niet onder het begrip uitgaven aan gezondheidszorg volgens het SHA, maar onder een categorie gerelateerde uitgaven. Binnen de EU (en ook daarbuiten binnen de OESO) worden deze als van toenemend belang gezien. Het feit dat deze vorm van zorg al dan niet betaald kan worden uit de sociale zekerheid is een belangrijk punt van aandacht. In ieder geval wordt een deel betaald uit de Wlz, maar inderdaad, het overgrote deel wordt betaald vanuit de Wmo voor Nederland. De combinatie met de relevante vorm van financiering is in het rapport gebruikt om de dekking volgens de Verordening te benaderen.



### **Commentaar van de VBNGB op het CBS rapport Onderzoek houdbaarheid woonlandfactor- berekening**

1. Met waardering is kennisgenomen van de analyse en de toelichting daarop om te komen tot een vernieuwde woonlandfactorberekening voor verdragsbijdragen ex art. 69 ZVW. Onderschreven wordt dat gezocht moet worden naar een vernieuwde en zo duurzaam mogelijke systematiek die recht doet aan het doel van de woonlandfactor, gegeven het feit dat bronnen met goed vergelijkbare gegevens ontleend aan de Rekencommissie van de Administratieve Commissie EC de laatste jaren meer en meer wegvallen. De inventiviteit om acht verschillende methoden voor de toekomst met elkaar te vergelijken wordt gewaardeerd. In het rapport wordt geen definitieve keuze gemaakt voor een van deze methoden, maar worden voor- en nadelen op een rij gezet. Het rapport leidt tot het volgende commentaar.
2. Van groot belang is te komen tot een benadering die zoveel mogelijk recht doet aan de doelstelling van de woonlandfactor zoals deze in de Regeling Zorgverzekering is neergelegd. Dat daarbij gedacht wordt aan een internationale bron als het SHA is begrijpelijk, omdat bij voorbaat van een nauwkeurige definiëring van zorguitgaven, die uniform is voor alle landen, kan worden uitgegaan. In het rapport worden ook opmerkingen gemaakt over de vergelijkbaarheid van gezondheidsuitgaven naar SHA definitie en het begrip kosten van verstrekkingen zoals deze in de besluiten S4 en S5 van de Administratieve Commissie voorkomen. De vergelijking is echter niet systematisch gemaakt. Hoewel geruststellend wordt gesteld dat de publieke uitgaven naar de SHA definitie een aantal elementen niet bevat die ook niet voorkomen in de definitie van verstrekkingen van de EU (en de vermoedelijk vergelijkbare in bilaterale verdragen van verdragslanden hoewel daar niet expliciet onderzoek naar is gedaan), zoals kapitaalsinvesteringen, uitkeringen voor inkomensderving bij ziekte, R&D, onderwijs en opleiding, wijzen de resultaten – in termen van berekende woonlandfactoren – uit dat er vaak vrij grote verschillen zijn tussen de oude methodiek (methode 1) en alle andere methoden. Slechts voor een beperkt aantal woonlanden zijn deze verschillen betrekkelijk klein, maar er zijn ook landen waarvoor, zeker bij de directe methoden – die niet langer enige binding met de oude methode kennen – verschillen die soms zo groot zijn dat deze duiden op onaanvaardbaar grote definitieverschillen in het gebruik van een of meer elementen die van belang zijn voor de berekening van de woonlandfactor (zie ook hieronder punten 3 en 10).

3. De structurele verschillen met de woonlandfactoren van de oude methode zijn theoretisch toe te schrijven aan vier mogelijkheden:
  - a. In de teller: de definitie of meting van de zorguitgaven van het woonland
  - b. In de teller: het gebruik van aantallen inwoners i.p.v. aantallen verzekerden van het woonland
  - c. In de noemer: als onder a voor Nederland
  - d. In de noemer: als onder b voor Nederland Voorts zouden
  - e. Verschillen in wisselkoersberekeningen nog een rol kunnen spelen, maar waarschijnlijk niet bij Euro-landen.

Ons vermoeden is dat d) nauwelijks een belangrijke factor kan zijn, en bij de meeste woonlanden b) ook niet. Wel zouden er uitzonderingen kunnen zijn voor woonlanden waar niet de gehele bevolking onder het publiek gefinancierde ziektekostenstelsel valt. Wij vermoeden dat de verschillen veeleer te verklaren zijn uit definitieverschillen tussen de begrippen verstrekkingen en gezondheidsuitgaven van het SHA, danwel uit de afbakening van wat uit publieke (en verplichte verzekerings)middelen wordt gefinancierd. De figuren 1, 2 en 3 [CBS: in het definitieve rapport: figuren 2.6.1, 2.6.2 en 2.6.3] wijzen althans voor Nederland in een richting dat dit het geval kan zijn. Opmerkingen in het rapport duiden er bijvoorbeeld op dat delen van de WMO en de Jeugdwet (en delen van de WLZ juist weer niet) in het SHA als publiek gefinancierde gezondheidszorg gelden, anders dan de verstrekkingen als bedoeld in Vo883/2004, wat vanaf 2015 sterker tot uitdrukking komt in de Nederlandse cijfers. Of en in welke mate dit ook voor de gezondheidsuitgaven van woonlanden geldt (a hiervoor) valt zonder verdere analyse niet te zeggen. Het rapport maakt voorts (in par. 2.4) niet expliciet welke van de gezondheidszorgfuncties SHA van bijlage 4 in de analyse betrokken zijn. Naar onze mening dienen HC.6, HC.7, en HC.9 geheel of ten dele (waarbij dan naar een verfijnder digit niveau zou moeten worden gegaan) buiten beschouwing te blijven op grond van de definitie van verstrekkingen in Vo883/2004 en Besluit S5. Niet controleerbaar is of dat geschied is. De verschillen in meting op kas- en transactiebasis zouden ook nog een rol kunnen spelen, maar zijn (inderdaad) op termijn van minder belang.

4. Het rapport is er niet duidelijk over welke financieringsmechanismen van het SHA in beschouwing worden genomen voor de vergelijking met de oude methode. We vermoeden dat het slechts om de mechanismen HF 1.1. en HF 1.2 gaat. Het is wenselijk dit aan de hand van verwijzing naar de classificatie in bijlage 5 wel te doen (in het bijzonder in par. 2.3).
5. In het rapport worden kwantitatieve vergelijkingen gemaakt tussen verschillen in woonlandfactoren naar methode en fluctuaties door de tijd heen van woonlandfactoren per land. Dit lijkt ons weinig zinvol omdat het om ongelijksoortige dimensies gaat: methodologie versus reële ontwikkelingen.
6. De methoden 5 en 6 maken onderscheid tussen de verschillende financieringssystemen. Op zich lijkt ons dat onderscheid, zoals ook zelf in het rapport wordt vastgesteld, te willekeurig om deze als benadering te kiezen.
7. Methode 7, waarbij de langdurige sociale zorg is toegevoegd, lijkt ons minder voor de hand te liggen. Weliswaar valt langdurige zorg als zodanig onder ziekteverstrekkingen naar Vo883/2004 (en mogelijk ook in bilaterale socialezekerheidsverdragen met verdragslanden), maar juist de langdurige sociale zorg lijkt ons niet onder het begrip verstrekkingen te vallen. Dit nog afgezien van het feit dat te weinig landen deze uitgaven kunnen opleveren.

8. Het rapport pleit niet voor de keuze van een bepaalde transitie methodiek voor de jaren 2020 en volgende, maar wel voor het gebruik van voortschrijdende gemiddelden. Dat laatste onderschrijven wij, maar het neemt de zorgen die wij hebben over de structurele verschillen tussen de oude methode en een te kiezen nieuwe uiteraard niet weg.
9. De indexmethoden worden niet duurzaam geacht. Dit lijkt ons niet juist; voortzetting van de voor 2019 door VWS ingestelde methodiek zou, gegeven dat deze van jaar op jaar op ontwikkelingen in SHA cijfers per inwoner zou berusten, wel degelijk duurzaam zijn. Wel geldt dat de keuze van het vertrekpunt (vaak gegevensjaar 2014) betrekkelijk willekeurig is gekozen en dat de gevolgen van die keuze dan permanent zouden doorwerken in toekomstige jaren.
10. Wij hebben een voorkeur voor gebruik in de toekomst van methode (4) of de combimethode (8), met een lichte voorkeur voor de eerste omdat deze het meest uniform is en toe te passen is voor alle landen. Dit neemt niet weg dat de uitkomsten, die nu voor meerdere jaren zijn weergegeven in bijlage 2, voor een vrij groot aantal landen tot bezorgdheid leiden, vooral omdat ze veelal substantieel hogere woonlandfactoren opleveren dan de oude methode. Nemen we die van bijlage 2 als uitgangspunt en als criterium dat de berekende woonlandfactoren naar methode (4) of methode(8) voor de jaren 2017, 2018 en 2019 meer dan 5% in enig jaar afwijken van die van de oude methode dan blijkt dit in positieve zin te gelden voor de volgende landen: België\*, Denemarken\*, Duitsland\*, Finland\*, Griekenland, Liechtenstein\*, Luxemburg, Noorwegen\*, Oostenrijk\*, Portugal, Verenigd Koninkrijk\*, Zweden\*, Zwitserland\*. In negatieve zin blijkt dit het geval te zijn bij: Frankrijk\*, IJsland\*, Litouwen\*, Montenegro\*. Uit bijlage 3 blijkt dat die verschillen gedempt worden bij gebruik van driejaars voortschrijdende gemiddelden. Maar ook dan wijzen de woonlandfactoren naar methode(4) en (8) uit dat deze voor de volgende landen vrijwel structureel hogere woonlandfactoren voor 2019 t.o.v. 2018 (wat niet helemaal de juiste vergelijkingsmethodiek lijkt: beter zou zijn 2018 t.o.v. (oud) 2018 te vergelijken of 2019 met 2019): België\*, Denemarken\*, Duitsland\*, Finland\*, IJsland\*, Liechtenstein\*, Luxemburg\*, Noorwegen\*, Oostenrijk\*, Verenigd Koninkrijk\*, Zweden\* en Zwitserland\*. Met een \* hebben we daarbij aangeduid de landen waarbij de afwijkingen zodanig groot zijn dat deze het zeer wenselijk maken daarbij naar de methodische verklaring te zoeken (in termen van het onder 3, a, b, c en d genoemde).

Wij pleiten daarom voor verder onderzoek naar structurele verschillen in woonlandfactoren tussen de oude methode en de directe methoden en de oorzaken daarvan, zeker bij woonlanden waar de verschillen groot zijn. Dit om te bezien of met behulp van meer bewerkte SHA cijfers, die de voordelen van duurzaamheid en vergelijkbaarheid behouden, een methode voor de toekomst gevonden kan worden die zo veel mogelijk de structurele verschillen met de oude methode wegwerkt, of in elk geval recht doet aan de definitie van de woonlandfactor in de Regeling Zorgverzekering. Mocht zo'n analyse te bewerkelijk worden, dan stellen we voor in kwantitatieve zin het structurele verschil in woonlandfactoren per woonland tussen de oude methode en een directe methode (methode 4 als meest voor de hand liggende) vast te stellen en daaruit een woonlandspecifieke correctiefactor voor een vanaf 2020 te gebruiken nieuwe methode af te leiden. Eventueel valt, ter wille van een zorgvuldige transitie naar een nieuwe methode, ook te denken eerst nog voor het jaar 2020 de woonlandfactor naar indexmethode 2 toe te passen, en na verder onderzoek in 2021 op een verbeterde methode op basis van SHA cijfers over te gaan.

Jan de Voogd namens het Bestuur van de VBNGB

**Reactie op het CBS rapport 'Onderzoek houdbaarheid  
woonlandfactorberekening'  
Versies 1 en 2 van resp. 12-9 en 30-9-2019  
van de Fédération des Associations Néerlandaises en France (FANF)**

Steller : G. F. Smoorenburg

Datum : 23-10-2019

Een formele reactie van de FANF wordt u separaat toegezonden.

***Samenvatting reactie***

- In principe kiest de FANF voor methode 4, berekening van de woonlandfactor op basis van het SHA.
- Afwijken van dit principe, door rekening te houden met het financieringssysteem van een land, moet gebaseerd zijn op zwaarwegende argumenten. Er schuilt een substantieel element van willekeur in. De inhoudelijke consequenties van een dergelijke afwijking moeten openbaar zijn.
- Naar onze mening kunnen de administratiekosten buiten de berekening worden gehouden.
- Toevoegen van de kosten van langdurige sociale zorg is slechts van betekenis bij de indexeringsmethode. Deze kosten passen niet in het SHA en consistente toevoeging zal moeilijk te bereiken zijn door onbetrouwbare gegevens.
- Daar waar grote sprongen in opeenvolgende woonlandfactoren optreden is een overgangsregeling wenselijk. De doorlopende indexeringsmethode is hiervoor echter niet geschikt. De gegevens van 2014 zijn onvoldoende uniform tot stand gekomen om op langere termijn als uitgangspunt te kunnen dienen. De transitie moet op zo kort mogelijke termijn aansluiten bij de nieuwe methode.

***Reactie op versie 2 van 30-9-2019***

Het rapport gaat nader in op de financiële consequenties van verschillende berekeningswijzen. Wij hebben hier begrip voor, zeker met het oog op het vermijden van grote sprongen in de woonlandfactor bij wijziging van de methode die voor verdragsgerechtigden problematisch kunnen zijn. Bij de beoordeling van de methode is het uitgangspunt van de FANF echter primair of de methode door onze leden als redelijk wordt ervaren. Daarvoor is een inzichtelijke methode nodig.

Met redelijk wordt door onze leden verstaan dat de dekkingen in de twee landen in juiste relatie moeten staan met de zorgkosten waarop de woonlandfactor wordt gebaseerd. Een vergelijking van zorgkosten per type dekking op basis van de SHA leek ons daarbij het beste uitgangspunt. We hebben met genoegen geconstateerd dat die suggestie is aanvaard. Het is ons duidelijk dat bij de vergelijking financieringssystemen een rol kunnen gaan spelen. Het moet dan echter wel om de financiering gaan en niet om een uitspraak met een juridisch karakter, of een zorgwet wel of niet tot een sociale zorgverzekering behoort. Wij houden vast aan onze eerdere reactie dat een afwijking van de SHA op basis van financieringssysteem inzichtelijk en openbaar moet zijn.

Aangezien het rapport geen substantiële uitbreiding van een evaluatie van de beoordelingsmethodiek kent gelieve u deze reactie te beschouwen als een aanvulling op onze eerste reactie die van kracht blijft.



### *Reactie op versie 1 van 12-9-2019*

Onze brief van 11-07-2018

Namens de Nederlandse verdragsgerechtigden vertegenwoordigd in de FANF heeft de FANF met voldoening geconstateerd dat het Ministerie van VWS positief heeft gereageerd op onze brief van 11-07-2018. In deze brief werd naar voren gebracht dat de toenmalige berekeningswijze van de woonlandfactor willekeurigheden in zich droeg en dat men bijvoorbeeld beter zou kunnen uitgaan van de WHO gegevens. Bij de berekening van de woonlandfactor 2019 heeft men de WHO gegevens al gebruikt. Wij waren er ons van bewust dat deze nieuwe benadering nader zou moeten worden uitgewerkt. Het Ministerie heeft er voor gekozen niet direct over te gaan op een WHO-gebaseerde woonlandfactor maar op een WHO-bepaalde indexeringsmethode toegepast op de woonlandfactor 2018. Hiermee werden grote sprongen in de woonlandfactor voorkomen. Nu er opdracht is gegeven de houdbaarheid van de woonlandfactor nader te onderzoeken zijn wij de Minister zeer erkentelijk voor de gelegenheid die ons wordt geboden hierin mee te denken.

### *Uitgangspunt van de FANF*

Uitgangspunt van de FANF is de wens te komen tot een berekeningswijze die inzichtelijk is en recht doet aan het concept dat de woonlandfactor 'zo goed mogelijk het verschil in zorgniveau tussen twee landen moet weergeven uitgedrukt in de gemiddelde zorgkosten'. Daarnaast speelt bij onze leden sterk dat men niet het gevoel wil hebben dubbel te betalen, via het CAK en via Franse heffingen. Het breed geaccepteerde System of Health Accounts (SHA) waarop de WHO gegevens zijn gebaseerd leek ons het beste uitgangspunt. Dit leidde tot een lagere woonlandfactor voor Frankrijk maar we waren er ons van bewust dat het voor andere landen omgekeerd zou kunnen uitvallen. Toch stelden we dit voor gezien ons streven naar een juiste invulling van het concept woonlandfactor.

### *Reactie van onze leden op Wmo effect*

Onze brief van 2018 kwam voort uit grote verontwaardiging onder onze leden toen een deel van de AWBZ zorgkosten naar de WMO werd overgebracht waarbij die zorgkosten niet meer onder de sociale zorgverzekering vielen en daarom niet meer werden meegenomen in de woonlandfactorberekening. De woonlandfactor steeg in één keer van 0,8325 naar 0,926. Men was algemeen van mening dat het onderbrengen van zorg onder een andere noemer natuurlijk niet mag betekenen dat dezelfde zorg nu niet meer wordt meegerekend. Deze ontwikkeling heeft de invulling van het verdragsrecht door Nederland in een kwaad daglicht geplaatst. Men verweet de Nederlandse Overheid dat men slechts naar trucjes zocht om de woonlandfactor te verhogen of zelfs geleidelijk aan af te schaffen. Met de eis dat een uitgave onder de sociale verzekering moet vallen raken we direct een belangrijk aspect van het huidige onderzoek.

### *Introductie SHA*

Het rapport geeft duidelijk aan dat de SHA benadering en de tot voor kort gehanteerde woonlandfactorberekening onderling essentieel verschillen. In het SHA wordt eerst het pakket zorg bepaald en daarna de financiering. Bij de bepaling van de woonlandfactor werd uitgegaan van de definitie 'het getal dat wordt berekend uit de verhouding tussen de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale zorgverzekeringen in het woonland van deze persoon, en de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale zorgverzekeringen in Nederland'. 'Ten laste van de sociale zorgverzekeringen' wordt niet gebruikt als een verduidelijking maar als een

beperkende factor. Dit heeft als gevolg dat slechts uitgaven in het kader van de Zvw en Wlz worden meegeteld en die in het kader van de Wmo niet. Men kan zich vervolgens afvragen of de definitie van sociale verzekering algemeen hanteerbaar is. Het SHA onderscheidt vele vormen van financiering. Een element van willekeur wordt ook in het huidige rapport onderkend. De Nederlandse benadering staat haaks op de algemeen gedragen SHA benadering (OESO, WHO, Eurostat) waarbij eerst het pakket zorg wordt bepaald. De FANF stelde dan ook al eerder dat daarbij zou moeten worden aangesloten (rapport §3.2). Uitgangspunt moet dus volgens de FANF methode 4 van het huidige onderzoek zijn.

### *Nuancering SHA methode*

De FANF voorzag ook dat nuancering van methode 4 nodig zou kunnen zijn. Het opvangen van grote sprongen bij de invoering van een nieuwe methode werd hierboven reeds genoemd. Een eerste reactie is vaak dat men verschillen in dekking, zelfs effectieve dekking, in rekening wil brengen (bijvoorbeeld een kleine kans op langdurige zorg buiten Nederland). In onze reactie gaan we echter uit van het concept: een vergelijking van de totale zorgkosten, niet van specifieke dekkingen.

Tegenover ons uitgangspunt gebaseerd op de SHA gegevens brengt het rapport 4 aspecten naar voren:

- Indexering op basis van gegevens van een specifiek jaar
- SHA basis maar rekening houdend met financieringssystemen
- SHA basis zonder de kosten van beheer/administratie
- SHA basis met toevoeging kosten langdurige sociale zorg

### *Indexering*

Wanneer de nieuwe berekeningsmethode leidt tot een grote sprong in de woonlandfactor dan vinden wij het redelijk wanneer die getemporeerd wordt ingevoerd. Het verdient naar onze mening de voorkeur dit te bereiken met een eenvoudige interpolatie over een zo kort mogelijke termijn zodat relatief snel aansluiting wordt gevonden bij de uitkomst van de nieuwe methode. Zo nodig kan een maximum aan het accres worden opgelegd. De gebruikte indexeringsmethode is naar onze mening ongeschikt omdat die over langere termijn uitgaat van de woonlandfactor 2014 die onvoldoende uniform tot stand is gekomen.

### *SHA-basis maar rekening houdend met financieringssysteem*

Op dit punt constateert de FANF een belangrijke omissie in het rapport. De financiële consequenties van de verschillende berekeningswijzen worden in het rapport uitgebreid behandeld maar op de vragen waarom er rekening gehouden zou moeten worden met het financieringssysteem van het land en wat de consequenties zijn voor een woonlandfactor 'die zo goed mogelijk het verschil in zorgniveau van twee landen uitdrukt' wordt nauwelijks ingegaan. Het is niet duidelijk waarom er op basis van juist een 75% criterium een indeling wordt gemaakt in twee soorten financieringssystemen (plus mengvorm) en of er met het negeren van tot 25% van de overige kosten geen geweld wordt aangedaan aan een goede vergelijking van zorgniveau 's. In het rapport zelf wordt al gewag gemaakt van een element van willekeur. Tabel 6 [CBS: in het definitieve rapport: tabel 3.8.5] laat zien dat rekening houden met het financieringssysteem, behept met een element van willekeur, tot aanzienlijke verschillen in de woonlandfactor kan leiden. Er mist een analyse van deze afhankelijkheid. Een dergelijke analyse zou substantieel kunnen bijdragen aan de verantwoording van aan te brengen nuances in methode 4. Gezien het element van willekeur zijn wij van mening dat afwijking van methode 4 in het kader van het financieringssysteem altijd extern moet worden verantwoord.

### *SHA-basis zonder de kosten van beheer/administratie*

De FANF kan zich vinden in een mogelijke beslissing om de kosten van beheer/administratie niet op te nemen in de woonlandfactorberekening. Het gaat hier om een relatief kleine post met een niet te verwaarlozen kans dat zichtbare en onzichtbare kosten per land van elkaar zullen verschillen.

### *SHA basis met toevoeging kosten langdurige sociale zorg*

De toevoeging van de kosten van langdurige sociale zorg is van betekenis wanneer men de indexeringsmethode toepast. Die wordt echter door de FANF afgewezen. De kosten van langdurige sociale zorg passen niet in het SHA. Toevoeging aan de SHA-methode heeft als bezwaar dat die niet algemeen kan worden toegepast bij gebrek aan betrouwbare gegevens. Tevens is er naar onze mening een grote kans dat juist deze verzekering per land wel of niet onder een zorgverzekering zal vallen wat ten koste zal gaan van een correcte vergelijking van zorgniveau 's en kans geeft op dubbele lasten, via de verdragsbijdrage en een heffing van het woonland.

## Verklaring van tekens

Niets (blanco)	Een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
.	Het cijfer is onbekend, onvoldoende betrouwbaar of geheim
*	Voorlopige cijfers
**	Nader voorlopige cijfers
2018-2019	2018 tot en met 2019
2018/2019	Het gemiddelde over de jaren 2018 tot en met 2019
2018/'19	Oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2018 en eindigend in 2019
2016/'17-2018/'19	Oogstjaar, boekjaar, enz., 2016/'17 tot en met 2018/'19

In geval van afronding kan het voorkomen dat het weergegeven totaal niet overeenstemt met de som van de getallen.

## Colofon

### *Uitgever*

Centraal Bureau voor de Statistiek  
Henri Faasdreef 312, 2492 JP Den Haag  
[www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

### *Prepress*

Centraal Bureau voor de Statistiek

### *Ontwerp*

Edenspiekermann

### *Inlichtingen*

Tel. 088 570 70 70  
Via contactformulier: [www.cbs.nl/infoservice](http://www.cbs.nl/infoservice)

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen/Bonaire, 2019.  
Verveelvoudigen is toegestaan, mits het CBS als bron wordt vermeld.