Rijksoverheid

IBO Grensoverschrijdende zorg

Grenzeloos binnen de perken

Versie 1.0
Datum 28 februari 2014

Colofon

Titel	IBO Grensoverschrijdende zorg *Grenzeloos binnen de perken*
Bijlage	4 bijlagen
Inlichtingen	**Ministerie van Financiën** Inspectie der Rijksfinanciën/ Bureau Strategische Analyse

Inhoudsopgave

Samenvatting *7*

1 Inleiding *16*
1.1 Aanleiding voor het IBO 16
1.2 Doelstelling en taakopdracht 17
1.3 Aanpak 17
1.4 Leeswijzer 18

2 Grensoverschrijdende zorg: motieven en effecten *19*
2.1 Verklaringen voor grensoverschrijdende zorg 19
2.1.1 Acute zorg 19
2.1.2 Motieven van patiënten bij geplande zorg 20
2.1.3 Motieven van zorgverzekeraars bij geplande zorg 21
2.2 Effecten van grensoverschrijdende zorg 21
2.3 Kansen van grensoverschrijdende zorg voor zorgaanbieders 22

3 Grensoverschrijdende zorg: wet- en regelgeving en cijfers *24*
3.1 Nederlandse wet- en regelgeving 24
3.1.1 Wet- en regelgeving voor grensoverschrijdende curatieve zorg 24
3.1.2 Wet- en regelgeving voor grensoverschrijdende langdurige zorg 25
3.2 Europese regelgeving 26
3.2.1 De Sociale zekerheidsverordening 26
3.2.2 De Patiëntenrichtlijn 27
3.3 Patiëntenstromen 28
3.3.1 Patiënten verzekerd bij Nederlandse zorgverzekeraars 28
3.3.2 Verdragsgerechtigden 30
3.3.3 Patiënten verzekerd in het buitenland 32
3.4 Budgettair beslag grensoverschrijdende zorg 33
3.4.1 Budgettair beslag grensoverschrijdende curatieve zorg 33
3.4.2 Budgettair beslag grensoverschrijdende langdurige zorg 34
3.5 Beschikbare data buiten de VWS-begroting 34
3.5.1 Zvw-verzekerden 34
3.5.2 Verdragsgerechtigden 35
3.5.3 Buitenlandse verzekerden 36
3.5.4 Spreiding over landen 37

4 Probleemanalyse *39*
4.1 Verklaringen voor uitgavengroei grensoverschrijdende zorg 39
4.1.1 Cijfers verzekeraars 39
4.1.2 Cijfers CVZ 39
4.2 Prikkels voor verzekeraars, patiënten en zorgaanbieders 40
4.3 Manifestatie positieve en negatieve effecten 41
4.4 Beïnvloedingsmogelijkheden van de patiëntenstromen 42
4.4.1 Zvw-verzekerden 42
4.4.2 Verdragsgerechtigden 44
4.4.3 Buitenlandse verzekerden 45
4.5 Conclusies sturingsmogelijkheden zorgverzekeraars en CVZ 46
4.6 Macrobeheersing 47

5 Beleidsaanbevelingen *48*
5.1 Conclusies uit de probleemanalyse 48
5.2 Beleidsopties en aanbevelingen 50
5.2.1 Beleidsoptie 1: Verbeteren informatievoorziening en toezicht 50
5.2.2 Beleidsoptie 2: Agenderen in Europa 53
5.2.3 Beleidsoptie 3: Versterken sturende rol zorgverzekeraar 54
5.2.4 Beleidsoptie 4: Bewerkstelligen communicerende vaten 55
5.2.5 Beleidsoptie 5: Aanpassen bijdrage verdragsgerechtigden 56
5.2.6 Beleidsoptie 6: Grensoverschrijdende samenwerking aanbieders 57

Afkortingen *61*

Begrippen *63*

Bronvermelding *66*

Bijlage 1: *Taakopdracht IBO Grensoverschrijdende zorg* *68*
Bijlage 2: *Samenstelling werkgroep* *71*
Bijlage 3: *Overzicht werkbezoeken en geïnterviewde personen en expertbijeenkomsten* *72*
Bijlage 4: *Onderzoek KIWA Carity, Buitenlanders in Nederlandse ziekenhuizen*

Samenvatting

Grensoverschrijdende zorg voor rekening van Nederland
Het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen bestaat uit twee wettelijk geregelde verzekeringen, namelijk de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)[1]. Op basis hiervan zijn in beginsel alle ingezetenen van Nederland en niet-ingezetenen die loonbelasting in Nederland betalen (bijvoorbeeld grensarbeiders) verzekerd tegen kosten van langdurige en curatieve zorg. De zorg die onder deze verzekeringen valt, kan zowel in Nederland als in het buitenland gebruikt worden. Als patiënten zorg gebruiken in het buitenland, spreken we van grensoverschrijdende zorg.
De grensoverschrijdende zorgkosten van Nederlandse AWBZ- en Zvw-verzekerden komen (gedeeltelijk) ten laste van de Nederlandse zorgverzekering. Daarnaast zijn er de zogeheten verdragsgerechtigden die buiten Nederland wonen en niet op grond van de AWBZ en de Zvw zijn verzekerd, maar op basis van internationale sociale zekerheidsverdragen wel recht hebben op geneeskundige zorg voor rekening van Nederland. Concreet gaat het bijvoorbeeld om buiten Nederland wonende personen die een Nederlandse pensioen- of arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen.

Beperkt inzicht in grensoverschrijdende zorg
Sinds de invoering van de Zvw in 2006 laten de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg een grillig verloop zien. Het beperkte inzicht in (de ontwikkeling van) de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg was een belangrijke aanleiding voor het uitvoeren van het voorliggende Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO). De toen beschikbare cijfers lieten een verontrustend beeld zien waarin de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden tussen 2008 en 2012 met 55% waren toegenomen[2]. De in dit IBO uitgevoerde analyse nuanceert dat beeld. De stijging van die uitgaven blijkt ongeveer 30% te zijn. Dit is lager dan gedacht, maar wel groter dan de relatieve stijging van de totale zorgkosten. Het totale Budgettair Kader Zorg (zowel netto als bruto) is namelijk met ruim 21% gegroeid in die periode[3]. Consistente cijfers over de toename van de totale grensoverschrijdende zorguitgaven voor Zvw-verzekerden en verdragsgerechtigden samen zijn niet beschikbaar[4].
Naast het beperkte inzicht in de uitgavenontwikkeling was weinig bekend over de factoren die aan het gebruik van grensoverschrijdende zorg ten grondslag liggen en over de effecten die ermee gepaard gaan.
Ten slotte gaven ontwikkelingen in de Europese regelgeving aanleiding tot dit IBO. Gezondheidszorg geldt al geruime tijd als een dienst die onder het vrije verkeer van goederen en diensten valt, zij het dat lidstaten om redenen van publiek belang hun gezondheidsstelsel naar eigen inzicht mogen inrichten. In 2013 is de Richtlijn betreffende de bescherming van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende

1 De AWBZ is een publiekrechtelijke volksverzekering tegen de kosten van langdurige zorg. De Zvw is een verplichte privaatrechtelijke verzekering tegen medische kosten gericht op herstel. Vrijwillige, aanvullende particuliere verzekeringen tegen de kosten van minder noodzakelijk geachte vormen van zorg, kunnen worden gezien als het derde element van het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen.
2 Rijksbegroting 2013.
3 De toename van de uitgaven voor Zvw-verzekerden is gebaseerd op een raming van de toename op transactiebasis. De groei van het BKZ is gebaseerd op een bijlage bij de begroting van VWS 2014. In het BKZ zitten ook de uitgaven voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en enkele begrotingsgefinancierde uitgaven. In de uitgaven voor grensoverschrijdende zorg zitten geen Wmo-uitgaven.
4 Dit geldt voor de uitgaven op transactiebasis. Hierdoor is de ontwikkeling over de tijd niet goed te volgen.

gezondheidszorg[5] (hierna: Patiëntenrichtlijn) van kracht geworden, waarin Europese jurisprudentie is geordend. De Nederlandse wet- en regelgeving hoort met de Patiëntenrichtlijn in overeenstemming te zijn. Daarnaast bestaat de Europese Socialezekerheidsverordening[6] (hierna: Verordening) die door coördinatie van de sociale zekerheidwetgeving van de lidstaten beoogt het vrij verkeer van personen te bevorderen. Deze heeft consequenties voor het recht op grensoverschrijdende zorg binnen de EU/EER en Zwitserland.
In het Nederlandse zorgstelsel is een centrale rol weggelegd voor de zorgverzekeraars als inkopers van goede en doelmatige zorg. Een vraag die we trachten in dit IBO te adresseren is hoe het goed functioneren van het Nederlandse zorgstelsel gewaarborgd kan worden binnen de door Europa gestelde kaders.

Relatief weinig zorgconsumptie over de grens
Er zijn diverse omstandigheden waaronder patiënten gebruik maken van grensoverschrijdende zorg. Het gebruik van zorg in het buitenland kan betrekking hebben op ongeplande zorg die niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland (acute zorg), of patiënten kunnen er bewust voor kiezen om in het buitenland behandeld te worden (geplande zorg).

Maar weinig Nederlandse patiënten consumeren daadwerkelijk zorg in het buitenland. De grensoverschrijdende zorguitgaven bedragen circa 1% van de totale zorguitgaven. Voor 2013 werden de uitgaven geraamd op 763 mln. euro (Rijksbegroting 2014). Het grootste deel hiervan heeft betrekking op zorgkosten die Zvw-verzekerden in het buitenland hebben gemaakt (454 mln. euro). De overige kosten vloeien voort uit het zorggebruik van verdragsgerechtigden.
Het overgrote deel van de kosten van Zvw-verzekerden (circa 80%) en verdragsgerechtigden (circa 50%) heeft betrekking op zorggebruik in België en Duitsland. Daarnaast scoren populaire vakantie- en overwinterbestemmingen (zoals Spanje, Portugal, Turkije, Frankrijk, Marokko en Oostenrijk) relatief hoog.

Juridisch gezien zijn er weinig belemmeringen voor patiënten om in het buitenland zorg te gebruiken. De Zvw kent immers werelddekking en daarnaast faciliteren de Europese Verordening en Patiëntenrichtlijn voor een belangrijk deel het grensoverschrijdende zorggebruik, zowel acuut als gepland[7]. Dat verzekerden desondanks maar op beperkte schaal zorg in het buitenland consumeren, is bij geplande zorg met name te verklaren doordat voor mensen die niet in de grensregio wonen zorggebruik in Nederland het meest voor de hand ligt. Zorggebruik in het buitenland is niet vanzelfsprekend door de (grote) afstand tot de buitenlandse zorginstelling, de mogelijke taalbarrière en gebrek aan informatie (bijvoorbeeld over de werking van het systeem van grensoverschrijdende zorg en, in samenhang daarmee, de hoogte van de financiële vergoeding en de mogelijke eigen betalingen). Patiënten die in een grensregio wonen, maken wel vaker gebruik van zorg in het buitenland. Daarnaast blijken patiënten bereid te zijn om naar het buitenland te reizen voor zorg als ze daar een behandeling kunnen ondergaan die in Nederland niet wordt aangeboden. Een andere reden voor grensoverschrijdend zorggebruik kan liggen in de verschillen in medische praktijk tussen nationale gezondheidsstelsels, waarbij in het buitenland mogelijk andere afwegingen worden gemaakt bij de keuze

5 Richtlijn betreffende de bescherming van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (Richtlijn 2011/24).
6 Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidstelsels.
7 Momenteel is een wetsvoorstel in voorbereiding waarmee de werelddekking geografisch wordt beperkt tot de EU/EER en Zwitserland.

van behandeling van specifieke aandoeningen. Ook kortere wachttijden blijken een reden te zijn om naar het buitenland te gaan voor zorg.
Acute zorg vindt uiteraard daar plaats waar de zorgbehoefte zich voordoet; dit kan dus ook in het buitenland zijn.

Positieve maatschappelijke effecten van grensoverschrijdende zorg
Binnen het Nederlandse zorgstelsel spelen zorgverzekeraars een sleutelrol bij het stimuleren van doelmatig zorggebruik. Door selectief zorg in te kopen bij de kwalitatief beste en meest doelmatige zorgaanbieders, worden zorgverzekeraars geacht zowel kwaliteitsverhoging als kostenbeheersing te bewerkstelligen. Een belangrijke prikkel voor de zorgverzekeraars om goede zorg in te kopen en de zorguitgaven te beheersen, loopt via de risicodragendheid over de uitvoering van de Zvw.

Grensoverschrijdende zorg kan de positie van de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt versterken. Concurrentie tussen binnenlandse en buitenlandse zorgaanbieders kan er namelijk toe leiden dat zorgverzekeraars betere afspraken kunnen maken over de prijs en/ of de kwaliteit van de geleverde zorg. Op deze manier kan grensoverschrijdende zorg de werking van het Nederlandse zorgstelsel bevorderen en de doelmatigheid verbeteren. Tevens zorgt de mogelijkheid om een behandeling in het buitenland te ondergaan ervoor dat het zorgaanbod voor Nederlandse patiënten breder is. Voor patiënten in de grensregio's wordt de zorg beter bereikbaar. Bovendien kan grensoverschrijdende zorg bijdragen aan een betere benutting van kostbare medische technologie, waarbij buurlanden met elkaar samenwerken, en – zoals beoogd wordt door de Patiëntenrichtlijn – aan een concentratie van zeer specialistische behandelingen van zeldzame ziekten in Europese expertisecentra.

Ook kan het leveren van zorg aan buitenlandse patiënten mogelijkheden bieden aan bepaalde Nederlandse zorgaanbieders die gespecialiseerde en innovatieve zorg bieden, maar relatief weinig patiënten aantrekken vanuit het buitenland. Het beter benutten van deze potentie biedt voordelen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor Nederlandse verzekerden.

Grensoverschrijdende zorg heeft dus een aantal belangrijke voordelen, zolang dit gepaste zorg betreft die van goede kwaliteit is en die goed geprijsd is[8]. Evenwel spelen in de praktijk ook factoren een rol die tot problemen kunnen leiden, bijvoorbeeld ten aanzien van de beheersbaarheid van de grensoverschrijdende zorguitgaven.

Minder zicht op kwaliteit en gepastheid van zorg in het buitenland
Ten eerste hebben zorgverzekeraars beperkte kennis over het handelen van buitenlandse zorgaanbieders. Om toch tot een goede prijs en kwaliteit van de zorg te komen, kunnen zorgverzekeraars bepaalde aanbieders in het buitenland selectief contracteren. Zorgverzekeraars maken ook gebruik van dit instrument, in verschillende mate van intensiteit.
Ook voor niet-gecontracteerde aanbieders hebben zorgverzekeraars mogelijkheden om na te gaan of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Op basis van de Zvw hoeft geen zorg te worden vergoed waarvoor geen medische indicatie bestaat,

8 Onder gepaste zorg verstaan we zorg die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is.

die niet voldoet aan stand wetenschap en praktijk of die niet doelmatig is[9]. Ook bij toepassing van de Patiëntenrichtlijn of Verordening gelden deze criteria. Bij de Verordening geldt dat deze criteria in acht moeten worden genomen bij het verlenen van toestemming voor een behandeling in het buitenland: wordt niet aan de criteria voldaan, dan kan geen toestemming worden gegeven[10]. Zorgverzekeraars dienen te toetsen op deze criteria. Het kan wel ingewikkeld en arbeidsintensief zijn om dergelijke toetsen uit te voeren. De doelmatigheidstoets kan in het buitenland lastiger zijn dan in Nederland. Buitenlandse zorgaanbieders werken binnen hun nationale context, kaders en richtlijnen wanneer het gaat om de keuze van een behandeling bij specifieke aandoeningen. Deze kunnen afwijken van wat in Nederland gebruikelijk is. Een bekend voorbeeld is de herniaoperatie; in bepaalde gevallen kunnen Nederlanders in Duitsland of België terecht voor een dergelijke operatie, terwijl de Nederlandse arts aangeeft dat de patiënt hier niet bij gebaat is. Als zorg die niet aan de vermelde criteria voldoet toch wordt vergoed, of toch toestemming wordt gegeven voor een behandeling, dan leidt dit tot meer ongepast zorggebruik volgens Nederlandse maatstaven. De zorgverzekeraar zal de kosten en opbrengsten van dergelijke controles tegen elkaar afwegen. De NZa heeft hier een toezichthoudende rol.

Europese regelgeving beperkt bewegingsruimte zorgverzekeraars
De Europese regels rondom grensoverschrijdende zorg zijn van belang voor grensoverschrijdende mobiliteit van Europese burgers (het vrije verkeer van personen). Dit is bijvoorbeeld van belang om het voor andere Europese onderdanen, inclusief kenniswerkers, mogelijk te maken om in een andere Europese lidstaat te verblijven. De Europese verordening biedt burgers de zekerheid van een aanspraak op acute zorg, terwijl in de Patiëntenrichtlijn relevante jurisprudentie van het Europees Hof is gecodificeerd.

Grensoverschrijdende zorg is gebaseerd op de bestaande Europese wet- en regelgeving, die van toepassing is in landen met zeer uiteenlopende zorg- en bekostigingstelsels. Dit betekent dat Nederlandse zorgverzekeraars niet dezelfde regie kunnen voeren bij grensoverschrijdende zorg in vergelijking met de mogelijkheden op nationaal niveau.
Een belangrijk aspect van de Verordening (en enkele bilaterale verdragen) zijn de afspraken die zijn gemaakt over vergoeding van kosten voor medisch noodzakelijke zorg waarbij gebruik wordt gemaakt van de European Health Insurance Card (EHIC)[11]. Een doel van deze afspraken is het geven van zekerheid aan zorgaanbieders over de betaling in noodsituaties, waarbij overigens geldt dat medisch noodzakelijke zorg een breder begrip is dan alleen zorg in noodsituaties. Als verzekerden gebruik maken van de EHIC hoeven zij geen contact op te nemen met hun zorgverzekeraar en ze hoeven geen kosten voor te schieten. Zorgverzekeraars

9 De formele basis voor de doelmatigheidstoets is te vinden in artikel 14 lid 1 Zvw. In dit artikel is opgenomen dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord. Uit de toelichting blijkt dat de beoordeling bij de zorgverzekeraar ligt en dat hij hiervoor deskundigen, met name verzekeringsartsen, in dienst zal moeten nemen.

10 Als eenmaal toestemming is gegeven op grond van de Verordening wordt de zorg naar aard, omvang, voorwaarden en tarieven gegeven en vergoed conform de wetgeving van het behandelland. Een toets is dan niet meer mogelijk.

11 De EHIC geeft recht op noodzakelijke medische zorg tijdens een tijdelijk verblijf in landen binnen de EU/EER en Zwitserland, en, als gevolg van bilaterale afspraken, in Macedonië en Australië. De EHIC heeft als doel het vrije verkeer van personen te ondersteunen door de procedure m.b.t. het verkrijgen van medische hulp binnen de Europese lidstaten te vergemakkelijken voor de Europese burgers. De zorg wordt verleend en vergoed volgens de voorwaarden en tarieven van het behandelland. Het systeem van de EHIC garandeert zorgaanbieders dat hun werkzaamheden vergoed zullen worden, zodat zij niet zullen aarzelen om buitenlandse patiënten te helpen.

kunnen het gedrag van hun verzekerden daardoor beperkt sturen[12]. Niettemin zijn zij wel verplicht om de volledige rekening van de geleverde zorg te betalen, tegen het in dat land geldende tarief. Of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg, wordt door een arts ter plaatste bepaald. De zorgverzekeraar kan achteraf toetsen of er sprake was van een verzekerd recht, maar niet op de medische noodzakelijkheid en doelmatigheid van de zorg. De informatie die zorgverzekeraars over de geleverde zorg ontvangen is beperkt. Deze regels rond de EHIC maken het moeilijk voor zorgverzekeraars om oneigenlijk gebruik van zorg en fraude tegen te gaan, mocht daar sprake van zijn[13].
Naast de Verordening bestaat ook de Patiëntenrichtlijn. Het uitgangspunt van de Patiëntenrichtlijn is dat Europese onderdanen recht hebben op medische zorg in een andere lidstaat en op vergoeding van de kosten als het zorg betreft die tot het verzekerde pakket behoort. Hierbij is de vergoeding maximaal het bedrag dat de patiënt in eigen land vergoed zou hebben gekregen voor deze zorg (in Nederland: het marktconforme tarief).
Net als bij de Verordening hebben zorgverzekeraars minder mogelijkheden in vergelijking tot de zorg in Nederland om gepast zorggebruik te waarborgen. Door selectief zorgaanbieders te contracteren, vooral in buurlanden, beogen zorgverzekeraars zoveel mogelijk gepaste zorg tegen een acceptabele prijs in te kopen. Verzekerden kunnen er natuurlijk ook voor kiezen om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De zorgverzekeraar moet (vooralsnog) de zorg dan grotendeels vergoeden (artikel 13 Zvw)[14]. Op grond van Europese jurisprudentie is de Zvw namelijk zodanig vormgegeven dat de korting op de vergoeding van zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet zo hoog mag zijn dat er feitelijk een hinderpaal ontstaat om zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Geen groeiafspraken voor grensoverschrijdende zorg
Een derde factor die de beheersbaarheid van de grensoverschrijdende zorg kan beïnvloeden is het gebrek aan een mechanisme op macroniveau om de kosten te beheersen. De in de zorg afgesloten hoofdlijnenakkoorden (HLA) beogen de beheersing van de zorgkosten te versterken, door alle actoren (waaronder zorgaanbieders) te committeren aan groeiafspraken. In deze akkoorden is afgesproken dat partijen zich tot het uiterste inspannen om de afgesproken kostengroei niet te overschrijden zonder dat de wachttijden oplopen of de Treeknormen worden overschreden.
De grensoverschrijdende zorgkosten maken geen onderdeel uit van de groeiafspraken in de HLA. Buitenlandse zorgaanbieders zijn geen partij in deze nationale afspraken. In die zin vormt grensoverschrijdende zorg een uitwijkmogelijkheid waardoor de totale zorgkosten ondanks het bestaan van de HLA toch sterker kunnen groeien. Hoewel het op basis van de analyse van dit IBO niet de verwachting is dat grensoverschrijdende zorg de komende jaren een enorme vlucht zal nemen, is het van belang om na te denken over mogelijkheden tot beheersing, mocht dat in de toekomst noodzakelijk worden.

12 Overigens is ook in Nederland acute zorg lastiger te sturen dan geplande zorg. Relevant voor de EHIC is dat deze niet alleen betrekking heeft op acute zorg en dat controle achteraf hier zeer beperkt kan plaatsvinden.
13 In het kader van de toepassing van de Verordening zijn de Nederlandse zorgverzekeraars afhankelijk van de inspanningen op dat gebied door de organen in het land van verblijf. En dat geldt andersom ook: buitenlandse verzekeraars zijn afhankelijk van de inspanningen van Agis. Agis is namelijk in het kader van de Verordening aangewezen als orgaan van de verblijfplaats.
14 De minister van VWS heeft een wetsvoorstel ingediend om artikel 13 van de Zvw zodanig aan te passen dat zorgverzekeraars grotere vrijheid krijgen om een korting op de vergoeding toe te passen indien een verzekerde met een naturapolis gebruikt maakt van niet-gecontracteerde zorg.

Beleidsopties en aanbevelingen
De werkgroep is van mening dat grensoverschrijdende zorg maatschappelijke voordelen biedt en dat deze voordelen in een aantal gevallen nog beter benut kunnen worden, bijvoorbeeld als het gaat om het inkopen van goedkopere, kwalitatief hoogwaardige zorg in het buitenland. Daarnaast signaleert de werkgroep een aantal knelpunten die de beheersbaarheid van de zorguitgaven in het buitenland compliceren. In het voorliggende IBO presenteert de werkgroep zes opties om het gebruik van grensoverschrijdende zorg te optimaliseren. Gezien de context van dit IBO, ligt de focus van de opties op het aanpakken van de gesignaleerde knelpunten bij de beheersing van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg.
Om te beginnen presenteert de werkgroep een optie voor betere informatie over grensoverschrijdende zorg als basis voor keuzes van beleidsmakers en verzekerden. Vervolgens beschrijft de werkgroep vier beleidsopties die beogen de beheersbaarheid van de grensoverschrijdende zorg beter te waarborgen. Ten slotte heeft de werkgroep een beleidsoptie opgenomen met als doel beter gebruik te gaan maken van de kansen die zorg over de grens biedt. In het algemeen wil de werkgroep onder de aandacht brengen dat het van belang is om bij beleidswijzigingen of hervormingen van de zorg op andere terreinen rekening te houden met mogelijke effecten op de grensoverschrijdende zorg.

Optie 1: Verbeteren informatievoorziening en toezicht op verzekeraars
Het fundament voor de beleidsontwikkeling en verantwoording van grensoverschrijdende zorg ligt in een goede informatievoorziening. Gezien het gebrek aan sturingsinformatie, is een basisaanbeveling om de informatievoorziening op orde te brengen. Dit heeft niet alleen betrekking op het verzamelen van de juiste informatie over de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg en het consistent presenteren van de gegevens in de begroting van VWS en eventueel aanvullend hierop in een aparte publicatie over grensoverschrijdende zorg. Het houdt ook verband met het beschikbaar stellen van informatie aan verzekerden over de mogelijkheden en vergoedingen van grensoverschrijdende zorg.
De werkgroep ziet de volgende mogelijkheden om de informatievoorziening over grensoverschrijdende zorg beter op orde te brengen:

1a) De minster van VWS neemt in de begroting van VWS meer uitgebreide gegevens op over de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg. Aanvullend hierop is het aan te raden dat de minister van VWS jaarlijks één rapportage publiceert, of laat publiceren, waarmee meer gedetailleerd inzicht wordt gegeven in de ontwikkeling van uitgaven aan grensoverschrijdende zorg voor zowel Zvw-verzekerden als verdragsgerechtigden. De uitgaven dienen ook op transactiebasis gerapporteerd te worden, zodat de ontwikkeling over de tijd te monitoren is;
1b) de minister van VWS spoort zorgverzekeraars aan om extra inspanning te leveren om heldere en volledige informatie te verschaffen aan verzekerden over de mogelijkheden van grensoverschrijdende zorg en de bijbehorende vergoedingen;
1c) de NZa zou bij haar reguliere toezichtstaak meer aandacht kunnen besteden aan de wijze waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun controlerende rol bij het vaststellen van de vergoeding voor grensoverschrijdende zorg.

Optie 2: Agenderen in Europa
Enkele door zorgverzekeraars ervaren knelpunten op het gebied van grensoverschrijdende zorg vloeien voort uit de Europese Verordening en Patiëntenrichtlijn. Om deze punten te kunnen adresseren is overeenstemming op Europees niveau noodzakelijk. Het aanpassen van de afspraken is geen eenvoudig

proces; het vergt zorgvuldig handelen en een lange adem. Evenwel beveelt de werkgroep aan om een aantal problemen in Europa te agenderen. Het Nederlandse voorzitterschap in 2016 lijkt hiervoor een geschikt moment. Concreet gaat het om:

2a) Het verbeteren van de controleerbaarheid van declaraties via de EHIC. Hiervoor is van belang dat de declaraties voldoende inzicht geven in de geleverde zorg. Daarnaast kunnen er afspraken worden gemaakt om het toezicht en de controles in het land waar de behandeling plaatsvindt te versterken. In het geval dat er vermoedens zijn dat bepaalde zorgaanbieders onjuist handelen bij het uitvoeren van behandelingen en/of het indienen van declaraties, treedt (in eerste instantie) het CVZ in gesprek met het verbindingsorgaan van de betreffende lidstaat om de situatie aan de orde te stellen;

2b) in Europa het gesprek aan gaan over de problemen die voortvloeien uit de EHIC en het naast elkaar bestaan van twee Europese routes voor grensoverschrijdend zorggebruik (via de Verordening en de Patiëntenrichtlijn). Goede mogelijkheden voor de beheersing en controle van grensoverschrijdende zorguitgaven verdienen meer aandacht in Europa. Daarbij kan worden verkend of de EHIC het juiste instrument is om de voordelen van grensoverschrijdende zorg in een interne markt te bereiken.

Optie 3: Versterken sturende rol zorgverzekeraar

De werkgroep is van mening dat de zorgverzekeraar in het Nederlandse systeem handvatten heeft om bij grensoverschrijdende zorg de regie naar zich toe te trekken. In de praktijk contracteren zorgverzekeraars buitenlandse partijen (met name in buurlanden) om grip te krijgen op grensoverschrijdende zorg. Dat contracteren is een sturingsinstrument dat de werkgroep onderschrijft. De positie van de zorgverzekeraar als regisseur van zorg wordt versterkt als de beoogde aanpassing van artikel 13 Zvw doorgang vindt.

Een ander sturingsinstrument dat zorgverzekeraars hebben is het werken met voorafgaande toestemming bij een geplande intramurale behandeling in het buitenland. Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden opnemen dat verzekerden hiervoor altijd vooraf toestemming moeten vragen. In de praktijk doen zorgverzekeraars dit ook vaak.

3a) De werkgroep beveelt aan om de situatie voorlopig te monitoren en niet in te grijpen tenzij duidelijk wordt dat zorgverzekeraars onvoldoende grip kunnen krijgen op de grensoverschrijdende zorguitgaven. In dat geval beveelt de werkgroep aan om het toestemmingsvereiste wettelijk te verankeren. De Patiëntenrichtlijn biedt hiertoe voldoende mogelijkheid.

Optie 4: Bewerkstelligen communicerende vaten

Toenemend gebruik van grensoverschrijdende zorg door Zvw-verzekerden wordt momenteel niet verrekend met het macro-prestatiebedrag (mpb)[15]. Dat betekent dat het binnenlandse kader niet naar beneden wordt bijgesteld als er meer zorg in het buitenland geleverd wordt.

4a) De werkgroep beveelt aan om de binnenlandse zorguitgaven en de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden als communicerende vaten te beschouwen om zodoende een betere macrobeheersing te bereiken. Concreet beveelt de werkgroep aan om te beginnen met te onderzoeken wat er voor nodig is om deze communicerende vaten tot stand te brengen. Na afloop van de huidige HLA zou grensoverschrijdende zorg bij nieuwe afspraken binnen de sector meegenomen moeten worden. Dit betekent dat bij de ex ante vaststelling van het mpb rekening wordt gehouden met de uitgaven aan

15 Het mpb is een bedrag dat zorgverzekeraars beschikbaar hebben voor de inkoop bij zorgaanbieders. Het mpb wordt afgeleid van het Budgettair Kader Zorg (BKZ).

grensoverschrijdende zorg voor Zvw-verzekerden. Wanneer sprake is van hogere uitgaven aan zorg in het buitenland, dan betekent dit dat de toegestane binnenlandse zorguitgaven met eenzelfde bedrag verlaagd worden. Belangrijk hierbij is dat de spelregels voorafgaand aan het jaar duidelijk zijn voor alle partijen: het mpb kan dan dus alleen in de toekomst worden aangepast en niet met terugwerkende kracht.

Optie 5: Aanpassen bijdrage verdragsgerechtigden
De werkgroep ziet geen mogelijkheden om de sturing op grensoverschrijdend zorggebruik door verdragsgerechtigden in hun woonland te vergroten. Verdragsgerechtigden ontvangen daar immers zorg op basis van het woonlandpakket. Nederland kan geen invloed uitoefenen op de regelgeving van andere lidstaten.

De werkgroep stelt een aantal concrete maatregelen voor om de opbrengsten uit de verdragsbijdragen meer in overeenstemming te brengen met de hoogte van de zorgkosten van verdragsgerechtigden:
5a) Actualiseren van de woonlandfactor op grond van recente inzichten voor landen waar met verouderde gegevens moet worden gewerkt;
5b) innen van het eigen risico bij verdragsgerechtigden die naar Nederland terugkeren voor een behandeling;
5c) aanpassen van de verdragsbijdrage om te compenseren voor de mogelijkheid die verdragsgerechtigden hebben om zorg te gebruiken in Nederland (die in de meeste gevallen duurder is dan de zorg in het woonland).

Optie 6: Grensoverschrijdende samenwerking zorgaanbieders
Aan grensoverschrijdende zorg zijn diverse (potentiële) positieve effecten verbonden. De werkgroep stelt voor om te onderzoeken met welke maatregelen die voordelen beter gerealiseerd kunnen worden.

Om op enkele gebieden van specialistische zorg Europese specialisatie tot stand te laten komen, adviseert de werkgroep het volgende te onderzoeken:
6a) Of bij het verlenen van vergunningen in het kader van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) rekening kan worden gehouden met de capaciteit in het buitenland.

Ten tweede adviseert de werkgroep onderstaande maatregelen om samenwerking in grensregio's te bevorderen:
6b) Aanpassingen maken waar regelgeving botst, bijvoorbeeld ontheffing voor een ambulance met medicatie bij het passeren van de grens;
6c) de praktische toepassing van procedures versnellen voor bijvoorbeeld erkenning van diploma's van artsen;
6d) in bi- of multilateraal overleg treden met de autoriteiten van landen die niet voldoende meewerken aan samenwerking in grensregio's, of – indien dat niet tot resultaten leidt – dit in Europa aan de kaak stellen;
6e) onderzoeken van de mogelijkheid van speciale regels voor betaling van grensoverschrijdend zorggebruik, zodat verschillen tussen nationale bekostigingssystemen niet meer belemmerend werken[16].

Tot slot adviseert de werkgroep de volgende maatregelen om Nederlandse zorg in het buitenland te promoten voor zover noodzakelijk:

16 Nu zijn er bijvoorbeeld belemmeringen omdat buitenlandse patiënten in Nederland een integraal tarief betalen, terwijl patiënten in sommige andere landen (zoals België) alleen de variabele kosten hoeven te betalen.

6f) De ministers van Economische Zaken en VWS kunnen gezamenlijk nagaan in hoeverre Nederlandse zorgaanbieders de wens en intentie hebben om buitenlandse patiënten aan te trekken. Als deze wens er is, kan actieve promotie door middel van economische diplomatie een bijdrage leveren. Tevens kunnen deze ministers gezamenlijk onderzoeken of Nederlandse zorgaanbieders belemmeringen ondervinden bij het aantrekken van buitenlandse patiënten. Als dit het geval is, kan men trachten deze belemmeringen weg te nemen.

1 Inleiding

Het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen bestaat uit drie elementen, namelijk de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, gericht op langdurige zorg), de Zorgverzekeringswet (Zvw, gericht op curatieve zorg) en vrijwillige, aanvullende particuliere verzekeringen tegen de kosten van minder noodzakelijk geachte vormen van zorg.
De zorg die onder deze verzekeringen valt, kan zowel in Nederland als in het buitenland worden verkregen. Als patiënten medische zorg in het buitenland krijgen, dan spreken we van grensoverschrijdende zorg[17]. De zorgkosten van Nederlandse Zvw- en AWBZ-verzekerden die hiermee gemoeid zijn, komen (gedeeltelijk) ten laste van Nederland. Daarnaast kunnen - op basis van internationale verdragen - ook grensoverschrijdende zorgkosten van andere personen dan Zvw- en AWBZ-verzekerden ten laste van het Nederlandse zorgsysteem komen[18].

1.1 Aanleiding voor het IBO

De uitgaven aan curatieve grensoverschrijdende zorg vertonen sinds de invoering van de Zvw in 2006 een grillig verloop. De uitgaven laten een sterke groei zien van 409 mln. euro in 2007 tot 727 mln. euro in 2012 (Begroting 2014). De registratie van AWBZ-uitgaven aan grensoverschrijdende zorg is minder volledig dan bij Zvw-zorg. Hierdoor bestaat geen compleet overzicht van het gebruik van grensoverschrijdende langdurige zorg.

De snelle stijging van de Zvw-uitgaven aan grensoverschrijdende zorg is niet in lijn met het kabinetsbeleid waarin een zeer beheerste groei van de Nederlandse zorguitgaven centraal staat. Om meer grip te krijgen op de grensoverschrijdende zorg, is het van belang meer inzicht te hebben in de redenen waarom Nederlanders naar het buitenland gaan voor zorg, en te weten voor welke zorg zij naar het buitenland gaan. Daarnaast is ook meer inzicht in de relatieve kosten van deze zorg gewenst.

Voor het Nederlandse zorgstelsel is uitgangspunt dat zorgverzekeraars het zorgaanbod en de zorguitgaven beïnvloeden door middel van contractering van zorgaanbieders. Op 25 oktober 2013 moest de Europese Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (de Patiëntenrichtlijn) in de wetgeving van de lidstaten geïmplementeerd zijn[19]. In deze richtlijn is bepaald dat EU-onderdanen in beginsel recht hebben op medische zorg in een andere lidstaat en op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Het risico bestaat dat geboekte resultaten op het beheersen van de zorguitgaven in Nederland, (deels) tenietgaan door een toename van het zorggebruik in het buitenland, als daar geen afname van het zorggebruik in Nederland tegenover staat.

De snelle groei van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg, het beperkte inzicht in de factoren die hieraan ten grondslag liggen, het beperkte inzicht in de relatieve kosten van deze zorg en de ontwikkelingen rond de Europese Patiëntenrichtlijn,

17 Ook mobiliteit van zorgaanbieder en zorgdiensten over de grens behoort tot de grensoverschrijdende zorg. Dit IBO beperkt zich echter tot grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit.
18 Het betreft Verdragsgerechtigden; in paragraaf 3.3 is nader toegelicht om welke personen het gaat.
19 Nederland voldeed al grotendeels aan de Richtlijn omdat bij de invoering van de Zvw in 2006 al rekening is gehouden met de Europese jurisprudentie waarop de Richtlijn is gebaseerd.

hebben het Kabinet aanleiding gegeven tot het instellen van een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO).

1.2 Doelstelling en taakopdracht

De effecten van grensoverschrijdende zorg kunnen zowel positief als negatief zijn voor de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van het Nederlandse zorgstelsel. Echter, door het beperkte inzicht in wat er zich afspeelt binnen de grensoverschrijdende zorg, is het momenteel moeilijk in te schatten in hoeverre deze positieve en negatieve effecten zich daadwerkelijk manifesteren. Dit compliceert een goede sturing op doelmatig gebruik van grensoverschrijdende zorg. Daarnaast is grensoverschrijdende zorg beperkt ingebed in het Nederlandse zorgstelsel (bijvoorbeeld via Bestuurlijke Hoofdlijnenakkoorden, HLA), waardoor mogelijk weglekeffecten naar het buitenland optreden.

Voorliggend IBO richt zich op het verkennen van mogelijkheden om het inzicht in, en de sturing op, grensoverschrijdende zorg te verbeteren. De hoofdvraag van het onderzoek luidt: *Welke mogelijkheden en instrumenten zijn beschikbaar om beter te kunnen sturen op doelmatig gebruik van grensoverschrijdende zorg, zodat de totale kosten van zorg beter beheerst kunnen worden?* Deze hoofdvraag is afgeleid van de taakopdracht die de werkgroep van het Kabinet heeft gekregen (zie bijlage 1):

> Doel van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (bron: taakopdracht)
>
> *Het onderzoek heeft tot doel de oorzaken en effecten van de aanzienlijke groei van de grensoverschrijdende zorgkosten in kaart te brengen en beleidsvarianten te ontwikkelen om deze kosten beter te beheersen en in lijn te brengen met de groeiafspraken uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015.*

1.3 Aanpak

Om de hoofdvraag van dit IBO te beantwoorden bevat dit onderzoek een analyse van de motieven van patiënten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheden om grensoverschrijdende zorg te stimuleren of juist te beperken. Daarnaast is een analyse gemaakt van de effecten van grensoverschrijdende zorg; daarbij zijn in het kader van dit IBO met name ongewenste of moeilijk te beheersen effecten interessant.
De analyse heeft zowel betrekking op de grensoverschrijdende Zvw-zorg als de grensoverschrijdende AWBZ-zorg. Conform de taakopdracht concentreert het IBO zich op Zvw-zorg. Bij de analyse van de AWBZ-zorg, zijn de effecten van de op handen zijnde hervorming langdurige zorg betrokken.
Grensoverschrijdende zorg bestaat zowel uit zorg die Nederlandse Zvw-verzekerden en verdragsgerechtigden in het buitenland krijgen, als om zorg die buitenlandse patiënten[20] in Nederland krijgen. De focus van dit IBO ligt bij het eerste type

20 Met buitenlandse patiënten worden in dit geval personen bedoeld die niet in Nederland verzekerd zijn op basis van de Zvw, maar die bijvoorbeeld verzekerd zijn bij een buitenlandse verzekeraar voor zorgkosten. Hier worden *niet* bedoeld asielzoekers die in de centrale opvang van het COA verblijven en mensen die illegaal in Nederland verblijven. Zorgaanbieders kunnen bij het CVZ een verzoek indienen voor compensatie van gederfde inkomsten wanneer ze zorg hebben verleend aan onverzekerbare vreemdelingen en illegalen en de kosten daarvan oninbaar zijn gebleken. In 2012 bedroegen de hiermee gemoeide uitgaven ruim 21,5 mln. euro. Gezien de focus van dit IBO op patiëntenmobiliteit vanuit Nederland naar het buitenland en gezien de relatief geringe omvang van de uitgaven, maken de zorgkosten voor onverzekerbare vreemdelingen geen onderdeel uit van dit IBO.

grensoverschrijdende zorg. Het onderzoek zal echter eveneens ingaan op het tweede type zorg.
Conform de taakopdracht is bij het uitwerken van de varianten aandacht besteed aan het vergroten van mogelijkheden om de totale kosten van de zorg in binnenland en buitenland beter te beheersen.

Ten behoeve van het rapport heeft de werkgroep zich verdiept in de gegevens die beschikbaar zijn over grensoverschrijdende zorg. Er zijn diverse werkbezoeken afgelegd aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Tevens heeft de werkgroep gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van diverse partijen, waarvan een aantal in de vorm van een expertmeeting[21].
Daarnaast heeft de werkgroep een onderzoek uit laten voeren naar het zorggebruik van buitenlanders in Nederland.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 van dit rapport is bedoeld om het begrip grensoverschrijdende zorg kleuring te geven. In dit hoofdstuk komen beweegredenen van patiënten om zorg in het buitenland te gebruiken aan de orde. Tevens worden mogelijke motieven van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om aan grensoverschrijdende zorg mee te werken in kaart gebracht. Ten slotte besteedt dit hoofdstuk aandacht aan mogelijke positieve en negatieve effecten van grensoverschrijdende zorg.
Vervolgens gaat hoofdstuk 3 dieper in op de wet- en regelgeving rondom grensoverschrijdende zorg. Niet alleen nationaal, maar ook vanuit Europa zijn kaders opgesteld voor grensoverschrijdende zorg, onder andere met het doel om de rechten van patiënten goed te waarborgen. Naast juridische aspecten geeft dit hoofdstuk inzicht in de feiten en cijfers van grensoverschrijdend zorggebruik.
De analyse in hoofdstuk 4 grijpt terug op de motieven en effecten van grensoverschrijdende zorg uit hoofdstuk 2 en de feiten, cijfers en juridische aspecten die in hoofdstuk 3 belicht zijn. In hoofdstuk 4 wordt geschetst welke problemen zich bij grensoverschrijdende zorg in de praktijk voordoen en in hoeverre positieve effecten van grensoverschrijdende zorg zich manifesteren.
Tot slot presenteert de werkgroep in hoofdstuk 5 aanbevelingen en beleidsopties om het inzicht in grensoverschrijdend zorggebruik te vergroten en beter op doelmatigheid te kunnen sturen.

21 Zie bijlage 3 voor een overzicht van de werkbezoeken, expertbijeenkomsten en personen met wie de werkgroep gesproken heeft.

2 Grensoverschrijdende zorg: motieven en effecten

In dit hoofdstuk maken we kennis met grensoverschrijdende zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Tevens komen in dit hoofdstuk beweegredenen aan de orde van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om aan grensoverschrijdende zorg mee te werken. Ten slotte wordt aandacht besteed aan mogelijke positieve en negatieve effecten van grensoverschrijdende zorg.

2.1 Verklaringen voor grensoverschrijdende zorg

Er zijn diverse omstandigheden waaronder patiënten gebruik maken van grensoverschrijdende zorg. Het gebruik van zorg in het buitenland kan onvermijdelijk zijn omdat er sprake is van een spoedeisende situatie (acute zorg), of een patiënt kan er bewust voor kiezen om zich in het buitenland te laten behandelen (geplande zorg). Tevens kan grensoverschrijdende zorg worden gebruikt door Nederlanders die in het buitenland wonen. Zij kunnen zorg in hun woonland gebruiken, maar ze kunnen ook terugkeren naar Nederland om zorg te gebruiken of ze kunnen zorg in een derde land gebruiken.
In deze paragraaf kleuren we het begrip grensoverschrijdende zorg in aan de hand van een aantal fictieve voorbeelden van patiënten die zorg in het buitenland gebruiken en beschrijven we motieven van patiënten. Vervolgens inventariseren we welke motieven verzekeraars kunnen hebben om grensoverschrijdende zorg te faciliteren, of om hun verzekerden actief naar het buitenland te sturen voor een (bepaalde) ingreep. In paragraaf 2.3 bespreken we mogelijke redenen voor zorgaanbieders om buitenlandse patiënten geplande zorg aan te willen bieden.

2.1.1 Acute zorg

Iemand verblijft tijdelijk of permanent in het buitenland en deze persoon overkomt iets waardoor er medische zorg nodig is. Deze persoon kan (bij tijdelijk verblijf in het buitenland) niet snel genoeg terugkeren naar het woonland om daar zorg te gebruiken. Hieronder volgen enkele voorbeelden.

Voorbeelden grensoverschrijdend zorggebruik

De Nederlandse Martijn woont in Apeldoorn. Hij gaat een weekje naar de sneeuw in Oostenrijk. Tijdens het skiën breekt hij zijn been. Hij wordt vanaf de piste naar een privékliniek gebracht. Daar wordt hij geopereerd en in het gips gezet.

De grootouders van Martijn zijn na hun pensionering naar Portugal verhuisd. De oma van Martijn verstuikt haar enkel tijdens een rondje golf. Ze gaat in Portugal naar de eerste hulp.

De Engelse Bill gaat een weekend naar Amsterdam. Hij is niet gewend dat het verkeer aan de rechter kant van de weg rijdt. Hij wordt aangereden en door een ambulance naar een ziekenhuis gebracht. Zijn verwondingen zijn niet al te ernstig, maar hij moet wel een paar dagen in het ziekenhuis blijven.

Susy Ann is jurist en komt uit Ierland. Ze wordt voor zes maanden gedetacheerd bij een Nederlandse vestiging van het advocatenkantoor waarvoor ze werkt. Ze zit op handbal en kneust hierbij haar hand. Ze gaat hiermee naar de eerste hulp.

2.1.2 *Motieven van patiënten bij geplande zorg*

Aan geplande zorg ligt een bewuste keuze ten grondslag. In deze gevallen hebben patiënten tijd om te overwegen waar ze het liefste zorg willen gebruiken. Tabel I geeft een opsomming van vaak gehoorde motieven van patiënten om geplande zorg in het buitenland te (willen) gebruiken.

Tabel I: Motieven patiënten voor geplande behandeling in het buitenland

Nabijheid van zorg	Voor mensen die in de grensstreek wonen is een buitenlands ziekenhuis soms dichterbij. Of het dichtbij gelegen Nederlandse ziekenhuis biedt geen complexe zorg of heeft een minder goede naam.
Korte wachttijden	Patiënten en huisartsen hebben nog steeds de perceptie dat wachttijden lang zijn in Nederland. Wachttijden in het buitenland liggen soms ver onder de Nederlandse Treeknorm, waardoor mensen in het buitenland eerder terecht kunnen voor zorg.
Patiënt-vriendelijk-heid	De zorg in het buitenland kan als flexibeler en klantvriendelijker worden ervaren, waardoor de patiënt meer het gevoel krijgt echt centraal te staan. Bijvoorbeeld: bejegening, openingstijden en concentreren van het diagnostisch of curatief proces.
Goede ervaring in buitenland	Mensen uit grensstreken die goede ervaringen hebben opgedaan met zorg over de grens weten hoe ze zorg in het buitenland kunnen bereiken en keren vaak niet meer terug naar de Nederlandse zorg.
Evidence based behandel-wijze in NL	Soms willen patiënten een behandeling ondergaan die niet past binnen de Nederlandse richtlijnen voor gepaste zorg. In het buitenland kunnen andere gewoontes of richtlijnen gelden, waardoor de kans toeneemt om toch de gewenste behandeling te krijgen. Bijvoorbeeld: operatie bij hernia.
Laatste kans geneeskunde	Soms geven artsen in Nederlandse UMC's aan dat verdere behandeling niet zinvol is, terwijl een arts in het buitenland hier nog wel toe bereid is.
Zorg in NL niet beschikbaar	Voor sommige vormen van zorg moeten patiënten wel naar het buitenland omdat die in Nederland (nog) niet wordt geleverd. Bijvoorbeeld: protonentherapie of zorg voor zeer zeldzame aandoeningen.

Ter illustratie zijn onderstaand een aantal fictieve voorbeelden uitgewerkt van patiënten die geplande zorg in het buitenland gebruiken.

Voorbeelden

De Nederlandse Bernadette woont en werkt in Haarlem. Bernadette wordt in haar dagelijkse activiteiten geremd door rugpijn als gevolg van een hernia. Volgens haar Nederlandse specialist bestaat de optimale behandeling uit rust en fysiotherapie. Bernadette denkt echter dat zij meer gebaat is bij een operatieve behandeling. Ze gaat uit eigen beweging naar Duitsland in de hoop om daar geopereerd te worden.

De Nederlandse Willem woont in Zeeland. Hij krijgt last van een liesbreuk en moet geopereerd worden. Het ziekenhuis in Antwerpen is voor hem relatief dichtbij en het heeft een goede naam. Daarom besluit hij zich daar te laten behandelen.

De opa van Martijn, die sinds zijn pensioen in Portugal woont, heeft last van zijn hart. Uit onderzoek blijkt dat dotteren de beste optie is. Hij wil dat het liefst in Nederland laten doen, omdat zijn kinderen hem dan kunnen steunen en om taalproblemen te vermijden. Hij reist daarom terug naar Nederland voor de ingreep.

De Vlaamse Luc woont in Hoogstraten in België. Hij werkt bij een Nederlands bedrijf in Breda en is dus grensarbeider. Luc voelt zich al een tijdje niet fit en gaat naar zijn Belgische huisarts voor een consult.

2.1.3 Motieven van zorgverzekeraars bij geplande zorg

Zorgverzekeraars kunnen verschillende redenen hebben om grensoverschrijdende zorg op verzoek van verzekerden te faciliteren. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars ook motieven hebben om actief te sturen op zorggebruik van hun verzekerden over de grens. Het afsluiten van contracten met buitenlandse zorgaanbieders is een belangrijke manier om actief te sturen. Mogelijke motieven van zorgverzekeraars zijn opgenomen in tabel II.

Tabel II: Redenen zorgverzekeraars faciliteren grensoverschrijdende zorg

Commercieel	Voor verzekerden in de grensstreek is een uitgebreid buitenlands aanbod aantrekkelijk. Verzekeraars trekken nieuwe cliënten aan met dit onderdeel van hun propositie.
Zorgplicht	De verzekeraar heeft een zorgplicht, en wanneer daaraan niet in Nederland kan worden voldaan, is het buitenland een oplossing. Sommige zorg is in NL niet beschikbaar of te ver reizen voor verzekerden.
Beheersing zorgkosten	Contracten met buitenlandse partijen bevatten prijs- en volumeafspraken waarmee verzekeraars kosten kunnen beheersen.
Beperken administratieve lasten via contractering	Zorggebruik in het buitenland brengt extra administratieve lasten met zich mee. Door het contracteren van buitenlandse aanbieders beperkt de verzekeraars deze extra administratieve lasten voor de patiënten en de verzekeraar.
Kwaliteit borgen	Er kan onduidelijkheid zijn over de kwaliteit van zorg in het buitenland. In contracten met buitenlandse aanbieders kunnen kwaliteitseisen vastgelegd worden.
Lagere kosten in buitenland	In België en Duitsland maken de kapitaallasten geen onderdeel uit van het tarief, waardoor de zorg voordeliger kan zijn. Bovendien vermijdt de verzekeraar investeringen in dure infrastructuur in NL als de zorg ook in het buitenland kan worden ingekocht. Voorbeeld: protonentherapie.
Concurrentie vergroten	Door zorggebruik in het buitenland te faciliteren wordt het aanbod van zorg groter, waardoor Nederlandse aanbieders worden gestimuleerd om hun prijs/kwaliteitverhouding te verbeteren.

2.2 Effecten van grensoverschrijdende zorg

Grensoverschrijdende zorg kan verschillende effecten hebben. Deze effecten kunnen zowel positief als negatief uitpakken voor de te borgen publieke belangen in de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dat is mede afhankelijk van de motieven van patiënten en van zorgverzekeraars (zie paragraaf 2.1) en van zorgaanbieders (zie paragraaf 2.3) om grensoverschrijdende zorg te stimuleren. Tabel III geeft een overzicht van mogelijke positieve en negatieve effecten van grensoverschrijdende zorg[22]. In hoofdstuk 4 (de probleemanalyse) wordt een inschatting gemaakt in hoeverre deze effecten zich ook daadwerkelijk manifesteren en welke problemen en kansen dat met zich mee brengt voor het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.

22 De lijst geeft een overzicht van mogelijke effecten, het is niet gezegd dat deze effecten zich ook daadwerkelijk voordoen. Bovendien is de lijst mogelijk niet-uitputtend.

Tabel III: Mogelijke positieve en negatieve effecten

POSITIEVE EFFECTEN	NEGATIEVE EFFECTEN
Concurrentie Nederlandse zorgaanbieders worden door meer concurrentie gestimuleerd om goedkopere en/of betere zorg aan te bieden en om werkprocessen en logistiek aan te passen om patiënten sneller te helpen. **Afname wachttijden, voorkomen wachtlijsten** Doordat uitwijken naar het buitenland mogelijk is, nemen wachttijden in NL af. Waar wachtlijsten dreigen te ontstaan vormt grensoverschrijdende zorg een ventiel. **Grotere diversiteit van aanbod** In het buitenland kunnen behandelingen beschikbaar zijn, die in Nederland niet worden aangeboden maar wel als gepaste zorg worden gezien. **Minder investeringen in infrastructuur** Het is niet noodzakelijk om een compleet Nederlands zorgaanbod in de periferie te organiseren. Het buitenland kan als reservecapaciteit dienen. In NL zijn daarom minder investeringen nodig. **Meer mogelijkheden voor specialisatie** Samenwerking over de grens maakt concentratie van zorg voor zeldzame aandoeningen en hoogspecialistische zorg mogelijk, waardoor de kwaliteit verbetert. **Beter bereikbare zorg** De reistijd van patiënten in grensregio's neemt af wanneer zij naar een dichterbij gelegen ziekenhuis over de grens kunnen in plaats van naar een ziekenhuis in NL. **Goedkopere zorg** Het kostenniveau van zorg kan in het buitenland lager liggen dan in Nederland.	**Overconsumptie/ongepaste zorg** Uitwijken naar het buitenland betekent minder sturing op gepast zorggebruik. Dit leidt mogelijk tot overconsumptie en zet afspraken in HLA onder druk. **Overcapaciteit/aanbodgeïnduceerde vraag in NL** Door grensoverschrijdende zorg kan infrastructuur in NL onbenut blijven. Dit kan opgevuld worden met buitenlandse vraag, maar kan ook tot overcapaciteit leiden. Zorgaanbieders kunnen onbenutte capaciteit opvullen door overbehandeling of duurdere behandelingen toe te passen. **Latente zorgvraag** Door grensoverschrijdende zorg dalen wachttijden in NL, waardoor mensen zich mogelijk eerder laten behandelen. Deze latente zorgvraag drijft zorgkosten op. **Continuïteit van zorg** De grens vormt een barrière voor zorgverlening. Overdracht van informatie uit diagnostiek, maar ook bij nazorg kunnen problemen veroorzaken. **Administratieve lasten** Zorgverzekeraars maken meer kosten voor het controleren op grensoverschrijdende zorg. Ook voorafgaande toestemming heeft meer administratieve lasten tot gevolg. **Fraudegevoeligheid** Buitenlandse nota's kunnen moeilijker te controleren zijn dan Nederlandse nota's. Bovendien is er minder zicht op de zorg die in het buitenland wordt geleverd. Dit maakt grensoverschrijdende zorg gevoeliger voor fraude en oneigenlijk gebruik.

2.3 Kansen van grensoverschrijdende zorg voor zorgaanbieders

Zowel Nederlandse als buitenlandse zorgaanbieders kunnen redenen hebben om bewust buitenlandse patiënten aan te trekken voor geplande zorg. In box I worden een aantal strategieën hiervoor weergegeven, evenals de motieven die hieraan ten grondslag kunnen liggen.

BOX I: De Nederlandse zorgmarkt in internationaal perspectief

Nederland kent een goede ziekenhuiszorg in het algemeen en is bovendien koploper op gebied van bepaalde medische technologieën. Toch dragen we deze voorlopersrol internationaal beperkt uit. Nederland trekt weinig patiënten aan vanuit het buitenland.

Aantrekken van buitenlanders in de zorg: Hoe doen landen dit?

	België	Duitsland	Turkije	VS	Nederland
sterke punten	Hoge zorgkwaliteit, vooruitstrevend in behandel-wijzen, klantgericht	Hoge zorgkwaliteit, lagere kosten dan VS	Totaaldeal van zorg en toerisme	Topzorg, klantvriendelijk	Hoge zorgkwaliteit, goed ontwikkelde specialistische zorg
strategie	Goede informatie in andere talen, platform voor ondersteuning, internationale marketing als expertise-centrum	Speciale agentschappen voor promotie in buitenland, informatie in andere talen	Minder strenge regels bij experimentele behandelingen, overheidsbeleid om zorg te exporteren	Ziekenhuizen richten zich op buitenlanders, brede onder-steuning door zorgaanbieders	Weinig toegankelijke informatie, beperkte ondersteuning, geen actieve marketing

Bron: ministerie van Economische Zaken

Zorg in Nederland

De meerwaarde van Nederland in het zorglandschap ligt internationaal gezien in de hoge kwaliteit van het zorgstelsel als geheel en in de gespecialiseerde, innovatieve zorg.

Voordelen van aantrekken buitenlandse patiënten

Als het aantal patiënten stijgt kunnen vaste kosten zoals kapitaallasten over meer behandelingen verspreid worden. Bepaalde investeringen worden zo eerder *rendabel*. Deze lagere investeringsdrempel kan het algemene *zorgaanbod* in Nederland verbreden. Daarnaast vergroot het openstellen van vernieuwende onderzoeksmethoden en behandelingen voor buitenlandse patiënten het volume, en daarmee het *kennisniveau* in de Nederlandse zorg. Verder kan de opkomst van een internationale patiëntenstroom in de Nederlandse zorg een extra prikkel kunnen betekenen om de zorg meer *klantgericht* te maken.

Waarop inzetten?

- *Toegankelijke informatie:* Informatie over zorg in Nederland is voor buitenlanders ontoegankelijk. Zorgaanbieders kunnen zelf hun informatie internationaal toegankelijker maken. Ook een platform dat informatie en ondersteuning biedt, vergroot de toegankelijkheid van Nederlandse zorg voor buitenlanders.
- *Verminderen barrières voor buitenlandse patiënten:* Inventarisatie van barrières en vervolgens – naar Belgisch en Amerikaans voorbeeld – wegnemen van barrières voor buitenlanders om naar Nederland te komen voor medische behandeling.
- *Bilaterale afspraken:* Er is niet altijd sprake van een level playing field tussen buitenlandse en binnenlandse zorgaanbieders, zo blijkt bij de werkbezoeken bij zorgaanbieders in grensregio's. Bilaterale afspraken over grensoverschrijdende zorg met Duitsland en België zouden deze situatie kunnen verbeteren.
- *Actieve promotie:* België en Duitsland zetten reeds in op economische diplomatie om hun zorgmarkt onder aandacht te brengen. Nederland heeft veel kwaliteit te bieden en zou dit actiever kunnen uitdragen.

Rol overheid

Een internationalisering van de Nederlandse zorg kan interessant zijn met het oog op kwaliteit en kosten. Hierbij is de vraag in hoeverre het een overheidstaak is om hierop in te zetten. Het verbeteren van de informatievoorziening is bijvoorbeeld iets wat de zorgpartijen in principe zelf kunnen doen. Wel zou de overheid kunnen faciliteren als het gaat om het opzetten van een centraal contactpunt. Er bestaat wel een duidelijke rol voor de overheid als het gaat om het wegnemen van belemmeringen en het creëren van randvoorwaarden waaronder de Nederlandse zorg zich kan openstellen voor buitenlandse patiënten en buitenlandse samenwerking. Ten slotte kan actieve promotie door middel van economische diplomatie deuren openen, maar dit heeft alleen nut als de wens tot internationalisering reeds bestaat in de Nederlandse zorg.

3 Grensoverschrijdende zorg: wet- en regelgeving en cijfers

Paragrafen 3.1 en 3.2 gaan dieper in op de Nederlandse en de Europese wet- en regelgeving rond grensoverschrijdende zorg. Hierbij ligt de nadruk op de curatieve zorg, maar ook de wet- en regelgeving voor grensoverschrijdende langdurige zorg wordt beschreven. Vervolgens geeft paragraaf 3.3 inzicht in de verschillende grensoverschrijdende patiëntenstromen die zijn te onderscheiden op basis van wettelijke en verdragsrechtelijke aanspraken. Ten slotte gaan paragrafen 3.4 en 3.5 in op de omvang van de financiële stromen die met de grensoverschrijdende zorg gepaard gaan.

3.1 Nederlandse wet- en regelgeving

Het Nederlandse zorgstelsel is erop gericht toegankelijke zorg, van goede kwaliteit en tegen redelijke kosten te realiseren. Hierbij wordt gezocht naar een goede balans tussen deze publieke belangen. Deze paragraaf beschrijft de aspecten van de Nederlandse wet- en regelgeving in relatie met grensoverschrijdende zorg[23].

3.1.1 Wet- en regelgeving voor grensoverschrijdende curatieve zorg

De Zvw biedt dekking voor grensoverschrijdende zorg. Op dit moment kent de Zvw een werelddekking. Dat wil zeggen dat Zvw-verzekerden overal ter wereld recht hebben op het Nederlandse verzekerde pakket. De vergoeding van de kosten is daarbij gemaximeerd tot het in Nederland gangbare tarief van de betreffende behandeling.
Momenteel is een wetsvoorstel in voorbereiding waarmee de werelddekking geografisch wordt beperkt tot de EU/EER[24] en Zwitserland. Dit betekent dat het recht op vergoeding van zorgkosten buiten de EU/EER en Zwitserland komt te vervallen.

De rol van zorgverzekeraars

Dat er werelddekking is, wil niet zeggen dat alle in het buitenland gebruikte zorg zonder meer volledig voor vergoeding onder de Zvw in aanmerking komt. Net als bij de zorg binnen de landsgrenzen, speelt de zorgverzekeraar ook hier een centrale rol in het beheersen van de kosten. Op grond van de Zvw en de polis zijn er vijf criteria die bepalen of zorg (zowel binnen Nederland of in het buitenland) in aanmerking komt voor vergoeding:

1. 'Plegen te bieden' (zorg die de beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt, CVZ 2009);
2. internationale stand van wetenschap en praktijk;
3. indicatie voor de behandeling is afgegeven door een arts;
4. doelmatigheid;
5. formele vereisten in de polisvoorwaarden (bijv. verwijzing door arts, of verplichting om toestemming te vragen).

23 Een uitgebreide toelichting van de werking van het Nederlandse zorgstelsel is te vinden via: http://www.rijksoverheid.nl/themas/gezondheid-en-zorg

24 Tot de Europese Economische Ruimte (EER) behoren alle landen van de Europese Unie (EU), Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Indien grensoverschrijdende zorg voor vergoeding in aanmerking komt, dan kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden met een zogenaamde naturapolis[25] nog sturen door hen richting gecontracteerde buitenlandse aanbieders te bewegen. Als een verzekerde met een naturapolis toch zorg ontvangt bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan kan de zorgverzekeraar een lagere vergoeding voor de gemaakte zorgkosten uitbetalen aan de verzekerde.
Deze sturingsmogelijkheid voor verzekeraars wordt mogelijk gemaakt door artikel 13 van de Zvw. De korting op de vergoeding mag echter niet zo groot zijn dat er sprake is van een feitelijke hinderpaal om niet-gecontracteerde zorg in te roepen. Dit "hinderpaalcriterium" vloeit voort uit Europese jurisprudentie[26]. De minister van VWS heeft een wetswijziging ingediend om artikel 13 van de Zvw zodanig aan te passen dat verzekeraars grotere vrijheid krijgen om – in het geval van naturapolissen - niet-gecontracteerde zorg slechts gedeeltelijk of niet te vergoeden.
Een andere mogelijkheid voor zorgverzekeraars om zorg in het buitenland te sturen, ligt in het toestemmingsvereiste. Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden opnemen dat verzekerden altijd vooraf toestemming dienen te vragen indien zij voor een aandoening in het buitenland behandeld willen worden (geplande zorg). Ook de Europese wet- en regelgeving[27] biedt mogelijkheden voor voorafgaande toestemming bij geplande grensoverschrijdende zorg.

3.1.2 Wet- en regelgeving voor grensoverschrijdende langdurige zorg

Deze paragraaf beschrijft de relevante elementen van de AWBZ voor de grensoverschrijdende zorg. In beginsel zijn alle ingezetenen in Nederland en niet-ingezetenen die in Nederland loonbelasting betalen verzekerd op basis van de AWBZ. Ingevolge de AWBZ bestaat aanspraak op gecontracteerde intra- en extramurale zorg binnen Nederland en binnen de EU/EER. Buiten Nederland is het recht op die zorg afhankelijk van de vraag of men nog als verzekerde kan worden aangemerkt. Voor degenen van wie het niet duidelijk is of zij definitief uit Nederland zijn vertrokken, geldt dat zij na verloop van één jaar niet langer als ingezetene (verzekerde) worden beschouwd. Na dat jaar eindigt de AWBZ-verzekering.

Verzekerden die AWBZ-zorg nodig hebben, kunnen in een beperkt aantal situaties en gedurende een beperkte periode niet-gecontracteerde AWBZ-zorg in het buitenland krijgen. In dat geval hebben zij aanspraak op een vergoeding ter hoogte van maximaal het in Nederland gangbare tarief. Ook inkoop van zorg over de grens uit het persoongebondenbudget (Pgb) is beperkt tot een maximumduur.
Daarnaast is er een overgangsregeling voor ex-AWBZ-verzekerden die al op 31 december 2005 in het buitenland woonden én AWBZ-zorg kregen. Voor degenen van wie op 1 januari 2006 de AWBZ-verzekering verviel, is geregeld dat zij recht houden op vergoeding van de kosten ten laste van de AWBZ.

Het Kabinet heeft het voornemen om per 1 januari 2015 de extramurale verpleging en persoonlijke verzorging over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw. Hierdoor kunnen de aanspraken op grensoverschrijdende zorg vergoed via de Zvw in theorie toenemen. Buiten de EU krijgen mensen hierdoor langer recht op extramurale verpleging en verzorging in bijzondere gevallen (spoed) zolang de werelddekking nog bestaat[28].

25 Bij een naturapolis ontvangt de verzekerde geen vergoeding voor het gebruik van zorg, maar zorg in natura van een aanbieder met wie de verzekeraar een contract heeft gesloten. Bij een restitutiepolis kiest de verzekerde zelf zijn zorgverlener, dit hoeft geen gecontracteerde zorgaanbieder te zijn.
26 Onder andere Arrest Müller-Fauré en Van Riet, 13 mei 2003, zaak C-385/99.
27 Zie paragraaf 3.2 voor een nadere toelichting over de relevante Europese wet- en regelgeving.
28 Nu geldt voor spoed dat hooguit 13 weken AWBZ-zorg kan worden gebruikt buiten de EU; onder de Zvw wordt dat hooguit een jaar.

3.2 Europese regelgeving

Niet alleen nationale wet- en regelgeving, maar ook een Europese Verordening en Patiëntenrichtlijn spelen een belangrijke rol bij grensoverschrijdende zorg. In deze paragraaf worden de meest relevante elementen van de Verordening en de Patiëntenrichtlijn besproken.

3.2.1 De Sociale zekerheidsverordening

De Socialezekerheidsverordening is bedoeld om te voorkomen dat mensen hun sociale zekerheidsrechten verliezen, als zij gebruik maken van hun recht op vrij verkeer van personen[29]. De Verordening voorkomt bijvoorbeeld dat mensen die in het ene land wonen en in een ander land (gaan) werken, dubbel of in het geheel niet (meer) verzekerd zijn[30].

Ook voorziet de Verordening in de mogelijkheid van het inroepen van medische zorg in een andere lidstaat. Bij een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat, bijvoorbeeld wanneer mensen in een andere lidstaat hun vakantie doorbrengen, hebben Nederlandse Zvw-verzekerden op grond van de Verordening recht op zorg indien het gebruik van zorg tijdens hun verblijf medisch noodzakelijk wordt (noodzakelijke zorg).

Voor geplande zorg (aan mensen die naar een andere lidstaat reizen met het oogmerk om daar zorg te ontvangen) bepaalt de Verordening dat de patiënt vooraf toestemming moet vragen aan het bevoegd orgaan[31]. Toestemming kan alleen worden verleend voor zorg in het Nederlands verstrekkingenpakket. Als iemand in Nederland medisch onverantwoord lang moet wachten op behandeling, mag de toestemming niet worden geweigerd.

Daarnaast bevat de Verordening regels voor personen die in een andere lidstaat wonen en in Nederland werken en daardoor Zvw-verzekerd zijn (grensarbeiders). Tevens kent de Verordening regels voor personen die in een andere lidstaat wonen en niet Zvw-verzekerd zijn, maar op grond van de Verordening wel een recht hebben op zorg in het woonland voor rekening van Nederland. Het betreft hier de groep 'verdragsgerechtigden' (bijvoorbeeld gepensioneerden die in het buitenland wonen). Zie paragraaf 3.3 voor een nadere toelichting.

Vergoeding van de kosten

Op het terrein van de gezondheidszorg is algemeen uitgangspunt van de Verordening dat de zorg wordt geleverd en vergoed aan de verzekerde conform de wetgeving van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt (lidstaat van wonen of verblijf). De gemaakte kosten worden in rekening gebracht bij het land van verzekering.

Indien een Nederlandse verzekerde een beroep doet op de Verordening, dan is de vergoeding van de kosten afhankelijk van de regels van het land waar de zorg wordt gegeven. De Nederlandse Zvw-regels zijn niet van toepassing. Als in het behandelland bijvoorbeeld eigen betalingen gelden voor een behandeling, dan dient de patiënt deze te betalen, onafhankelijk van de in Nederland geldende eigen betalingen.

29 Het recht op vrij verkeer van personen houdt in dat iedere burger van de EU of de EER die in het bezit is van een geldige identiteitskaart of een geldig paspoort het recht heeft het grondgebied van een lidstaat te verlaten om zich naar een andere lidstaat te begeven.

30 De Verordening treedt niet in de bevoegdheid van de lidstaten om hun sociale zekerheidsstelsels naar eigen inzicht in te richten. Er is louter sprake van coördinatie van de wetgevingen van de lidstaten.

31 Indien iemand Zvw-verzekerd is, dan is het bevoegdorgaan de zorgverzekeraar van deze persoon. Indien iemand verdragsgerechtigd is, dan is het CVZ het bevoegd orgaan. Zie paragraaf 3.3 voor een toelichting welke personen Zvw-verzekerd zijn en welke personen verdragsgerechtigd zijn.

In het geval van medisch noodzakelijke zorg, kan een patiënt zorg inroepen op grond van de Verordening door het tonen van de European Health Insurance Card (EHIC)[32]. De patiënt wordt behandeld alsof het een lokale verzekerde is onder het wettelijke gezondheidsstelsel en de behandelmethode, vergoeding en eigen betaling zijn daarmee in overeenstemming. Door het tonen van de EHIC hoeven verzekerden geen kosten voor te schieten en wordt tevens voorkomen dat er kosten worden gemaakt die niet door de zorgverzekeraar van de patiënt worden vergoed.
Doel van het EHIC–systeem is het vrije verkeer van personen te ondersteunen. De regeling voorkomt dat EU-burgers hun verblijf in een lidstaat moeten afbreken omdat zij daar geen recht hebben op medische zorg. Om te garanderen dat burgers inderdaad deze medisch noodzakelijke zorg ontvangen wanneer zij in een andere lidstaat verblijven, verzekert de EHIC de zorgaanbieder van de betaling van de geleverde zorg.

Indien er sprake is van geplande zorg in het buitenland op basis van de Verordening, dan dient een verzekerde vooraf toestemming te vragen aan het bevoegd orgaan. Toestemming mag niet geweigerd worden wanneer de behandeling deel uitmaakt van het Nederlandse verstrekkingenpakket (o.a. de toets aan de vijf criteria), maar de behandeling niet in Nederland kan worden gegeven binnen een medisch verantwoorde termijn. In geval van toestemming ontvangt de verzekerde een S2-formulier (voorheen het E112-fromulier). Met dit formulier kan de zorgverlener betaling vragen aan het orgaan van de verblijfplaats in het desbetreffende land. De kosten van de medische behandeling worden via het Nederlandse verbindingsorgaan uiteindelijk bij de Nederlandse zorgverzekeraar in rekening gebracht. De patiënt ontvangt voor een groot deel van de kosten geen rekeningen. Er kunnen wel eigen bijdragen berekend worden indien de wetgeving van het behandelland daarin voorziet. De eigen bijdrage moet de patiënt doorgaans zelf voldoen aan de zorgverlener. Als een S2-formulier is afgegeven dienen de kosten geheel te worden vergoed volgens de voorwaarden en de tarieven van het behandelland, ook als deze boven het Nederlandse marktconforme tarief liggen. Als nog kosten ten laste van de verzekerde blijven, terwijl deze bij toepassing van de Zvw wel zouden zijn vergoed, dient de verzekeraar te voorzien in een aanvullende vergoeding tot ten hoogste het in Nederland gangbare tarief.

Verdragslanden
Naast de Verordening zijn er bilaterale verdragen met een aantal landen[33]. Net als de Verordening bevatten deze verdragen afspraken over vergoeding van zorg bij tijdelijk verblijf (ongeplande zorg). In de verdragen zijn geen afspraken gemaakt over geplande zorg.

In verband met het voornemen om de werelddekking in de Zvw te beëindigen wil Nederland de verdragen aanpassen. De twee verdragen die louter gebaseerd zijn op zorg bij tijdelijk verblijf (Argentinië en Australië) wil Nederland opzeggen.

3.2.2 De Patiëntenrichtlijn
Naast de Europese Socialezekerheidsverordening bestaat er ook een Europese Patiëntenrichtlijn. Beide instrumenten hebben betrekking op grensoverschrijdende gezondheidzorg binnen de EU. In beginsel wordt de Verordening met voorrang

32 In de EU-lidstaten, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland, Macedonië en Australië kunnen patiënten gebruik maken van de European Health Insurance Card (EHIC). De EHIC toont aan dat iemand verzekerd is en recht heeft op medisch noodzakelijke zorg en dat de rekening betaald wordt door een zorgverzekeraar.
33 Er zijn bilaterale verdragen met Bosnië-Herzegovina, Kosovo, Macedonië, Marokko, Montenegro, Kaapverdië, Servië, Tunesië, Turkije, Argentinië en Australië.

toegepast[34]. Het hoofddoel van de Verordening is het wegnemen van belemmeringen voor het vrije verkeer van personen. De Patiëntenrichtlijn komt daarentegen voort uit het wegnemen van belemmeringen voor het vrije verkeer van goederen en diensten (in dit geval diensten op het terrein van de gezondheidszorg)[35]. Het hoofddoel van de Patiëntenrichtlijn is het zekerstellen van de toegang tot veilige, kwalitatief hoogwaardige grensoverschrijdende gezondheidszorg door middel van het faciliteren van patiëntenmobiliteit en van samenwerking tussen lidstaten op het gebied van gezondheidszorg.

Vergoeding van de kosten
Het uitgangspunt van de Patiëntenrichtlijn is dat EU-onderdanen recht hebben op medische zorg in een andere lidstaat en op vergoeding van de kosten als het zorg betreft die tot het verzekerde pakket behoort. Hierbij is de vergoeding maximaal het bedrag dat de patiënt in eigen land vergoed zou hebben gekregen voor deze zorg (in Nederland: het marktconform tarief).
Onder bepaalde voorwaarden mag volgens de Patiëntenrichtlijn worden gewerkt met een systeem van voorafgaande toestemming voor terugbetaling van de kosten, bijvoorbeeld als planningseisen voor intramurale zorg of dure infrastructuur de voorafgaande toestemming nodig maken.
Indien een Nederlandse verzekerde zorg gebruikt in het buitenland via de route van de Patiëntenrichtlijn, dan gelden de Nederlandse Zvw-regels voor vergoeding van de kosten. In een aantal gevallen zal de patiënt dus een deel van de grensoverschrijdende zorgkosten zelf moeten betalen, bijvoorbeeld als het zorg betreft waarvoor eigen betalingen gelden. De patiënt moet ook zelf bijbetalen als de kosten hoger zijn dan het Nederlandse marktconforme tarief. Indien de zorg buiten het verzekerde pakket valt, moet de patiënt alle zorgkosten zelf betalen.

3.3 Patiëntenstromen

In paragraaf 3.2 is kort ingegaan op de Europese regels over vergoeding van de kosten van grensoverschrijdende zorg. De vergoeding van de kosten is onder meer afhankelijk van de wijze waarop de patiënt een beroep doet op de Europese regelgeving (via de Verordening of via de Patiëntenrichtlijn). Daarnaast is ook de wijze waarop iemand verzekerd is van belang.
Op basis van de manier waarop patiënten verzekerd zijn, is een onderscheid te maken in drie groepen patiëntenstromen binnen de grensoverschrijdende zorg, namelijk: verzekerden bij een Nederlandse zorgverzekeraar (Zvw-verzekerden), verdragsgerechtigden voor wie het CVZ belast is met de administratie, en in het buitenland verzekerden. Deze drie groepen rechthebbenden kunnen te maken hebben met verschillende wet- en regelgeving en verschillende wijzen van vergoeding van de kosten.

3.3.1 Patiënten verzekerd bij Nederlandse zorgverzekeraars (Zvw-verzekerden)

Voor wat betreft de grensoverschrijdende zorg, kunnen deze Zvw-verzekerden worden ingedeeld in drie verschillende groepen:

a) Zvw-verzekerden die in Nederland wonen en tijdelijk in het buitenland verblijven. Zij kunnen acute zorg nodig hebben in het buitenland, of zorg hebben gepland in het buitenland (‘zorgtoeristen’);
b) Zvw-verzekerden die een Nederlandse werkgever hebben en in het buitenland wonen (bijvoorbeeld grensarbeiders);

34 Verzekerden kunnen rechtstreeks een beroep doen op de Verordening. De Richtlijn moeten lidstaten daarentegen omzetten in nationale wetgeving. Een beroep op de Richtlijn is feitelijk dus een beroep op nationaal recht dat aan de voorwaarden van de Europese Richtlijn moet voldoen.
35 Over de jaren heen is er veel Europese jurisprudentie op het gebied van (grensoverschrijdende) gezondheidszorg ontstaan. Deze jurisprudentie vormt de basis voor de Patiëntenrichtlijn.

c) Andere personen die Zvw-verzekerd blijven en in het buitenland wonen[36] zoals Nederlandse studenten die tijdelijk in het buitenland wonen om daar te studeren (en geen buitenlandse werkgever hebben).

Voorbeelden

In hoofdstuk 2 zijn verschillende voorbeelden gegeven van personen die in het buitenland zorg krijgen. De Nederlandse Martijn (paragraaf 2.1.1), de Nederlandse Bernadette en Willem en de Vlaamse Luc (paragraaf 2.2.2), zijn alle vier personen die Zvw-verzekerd zijn.

Zvw-verzekerden hebben twee mogelijkheden om zorgkosten die in het buitenland zijn gemaakt, vergoed te krijgen via hun Nederlandse zorgverzekeraar:

a) De verzekerde doet een beroep op de Verordening of een bilateraal verdrag. In dit geval gelden de regels van het land waar de zorg wordt gegeven. Patiënten hoeven de zorgkosten niet voor te schieten: zij kunnen gebruik maken van de EHIC (bij medisch noodzakelijke zorg bij tijdelijk verblijf) of van een S2-formulier (bij geplande zorg in een andere lidstaat) of van een E106-formulier (noodzakelijke en geplande zorg voor grensarbeiders)[37]. Het buitenlandse verbindingsorgaan en het CVZ zorgen voor de verrekening van de kosten, waarbij het CVZ uiteindelijk de kosten bij de zorgverzekeraar in rekening brengt.
b) De verzekerde doet een beroep op de Zvw-verzekering via de Patiëntenrichtlijn. Indien een verzekerde voor deze route kiest, dan gelden de Nederlandse regels voor vergoeding van de kosten. De patiënt betaalt in beginsel eerst zelf de rekening aan de buitenlandse zorgaanbieder en dient vervolgens de nota in bij zijn of haar zorgverzekeraar.

Vergoeding van de kosten in de voorbeelden

De Vlaamse Luc die in België woont en in Nederland werkt, is in België naar zijn huisarts gegaan. Omdat Luc grensarbeider is, heeft hij op basis van de Verordening recht op zorg in zijn woonland volgens het daar geldende verstrekkingenpakket. Via het E106-formulier heeft Luc zich aangemeld bij de een mutualiteit (Belgische zorgverzekeraar). Tevens heeft Luc een vaste huisarts in België die zijn medisch dossier beheert.

De Belgische huisarts hanteert de tariefafspraken die zijn gemaakt met de Christelijke Mutualiteit. Hij rekent 20,63 euro voor een consult. Volgens de Belgische regels dient Luc 4 euro remgeld te betalen bij een bezoek aan de huisarts. De vergoeding die hij voor het consult van de mutualiteit ontvangt, bedraagt dus 16,63 euro. De mutualiteit verrekent deze kosten met de Nederlandse zorgverzekeraar van Luc. Indien Luc in Nederland naar de huisarts zou gaan, dan zou hij een beroep kunnen doen op zijn Nederlandse Zvw-polis. In dat geval krijgt hij de kosten vergoed op basis van het Nederlandse verstrekkingenpakket.

36 Op grond van Besluit Uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen.

37 Met het formulier E106 kunnen grensarbeiders in hun woonland aantonen dat ze een zorgverzekering hebben in het land waar zij werken. Daarmee hebben zij recht op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket van dat land.

De Nederlandse Martijn die in Oostenrijk zijn been heeft gebroken tijdens het skiën, is naar een privékliniek gebracht. Martijn krijgt een hoge rekening. De kliniek accepteert de EHIC niet, want die is alleen bedoeld voor het publieke systeem. In dit geval vindt de zorg dus plaats op basis van de Patiëntenrichtlijn.
De Nederlandse basisverzekering dekt niet alle kosten, omdat de Oostenrijkse kliniek een tarief rekent dat hoger is dan het Nederlandse tarief. Gelukkig heeft Martijn een aanvullende verzekering die de extra kosten wel dekt.

De Nederlandse Bernadette uit Haarlem is in Duitsland naar een orthopedisch chirurg gegaan. Besloten wordt om tot een operatie over te gaan.
Onder de Verordening is niet aan de voorwaarden voor toestemming voldaan. De behandeling komt in beginsel ook niet voor vergoeding op basis van de Zvw in aanmerking omdat deze niet doelmatig is. De zorgverzekeraar hoeft de behandeling dus niet te vergoeden.

3.3.2 Verdragsgerechtigden

Deze groep patiënten bestaat uit personen die niet (meer) in Nederland woonachtig of werkzaam zijn[38], maar die op basis van de Verordening of een door Nederland gesloten bilateraal verdrag over sociale zekerheid wel recht hebben op zorg ten laste van Nederland[39]. Het CVZ treedt voor deze personen op als bevoegd orgaan. Het gaat om de volgende groepen mensen:

a) Nederlandse gepensioneerden die in het buitenland wonen en hun gezinsleden;
b) Nederlandse uitkeringsgerechtigden (AOW/ WAO/ WIA/ WAZ/ Anw) die in het buitenland wonen en hun gezinsleden;
c) gezinsleden van grensarbeiders die in Nederland werken, maar niet in Nederland wonen[40];
d) achtergebleven gezinsleden van een hoofdverzekerde die woont en werkt in Nederland;
e) gezinsleden van werknemers wonend in het buitenland[41].

Voorbeelden

In hoofdstuk 2 zijn verschillende voorbeelden gegeven van personen die te maken hebben met grensoverschrijdende zorg. De beide grootouders van Martijn die tegenwoordig in Portugal wonen (paragraaf 2.1.1) en de vrouw van de Vlaamse grensarbeider Luc (paragraaf 2.2.2) zijn alle drie verdragsgerechtigden.

Verdragsgerechtigden hebben recht op het woonlandpakket, dat wil zeggen het wettelijke verstrekkingenpakket dat geldt onder het socialezekerheidsstelsel in het

38 Deze mensen zijn daardoor niet Zvw-verzekerd. Met de inwerkingtreding van de Zvw in 2006 is de AWBZ-verzekering vervallen van alle personen die niet aan de Nederlandse socialenverzekeringswetgeving zijn onderworpen. Daardoor bestaat er voor deze personen dus ook geen verzekeringsplicht als bedoeld in de Zvw.

39 De kosten van deze personen komen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (ZVF). In het ZVF worden de inkomensafhankelijke bijdragen en de rijksbijdrage voor verzekerden onder de 18 jaar gestort. Het ZVF wordt beheerd door het CVZ.

40 De grensarbeider is de hoofdverzekerde en is verzekerd bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Voor de gezinsleden, die verdragsgerechtigd zijn, is het CVZ het bevoegd orgaan. Hierdoor doen zich twee verschillende situaties voor binnen het gezin. De grensarbeider heeft een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar en betaalt Zvw-premie. De gezinsleden hebben alleen op grond van de Verordening een verdragsrecht op zorg ten laste van Nederland. De grensarbeider is voor hen een verdragsbijdrage verschuldigd aan het CVZ. Bij de invoering van de Zvw is nadrukkelijk voor deze splitsing gekozen. Uit de reacties die het CVZ ontvangt, komt naar voren dat het bestaan van twee verschillende verzekeringssituaties binnen een gezin tot verwarring kan leiden.

41 Deze groep bestaat bijvoorbeeld uit de gezinsleden van de Nederlandse expat die met zijn/haar gezin tijdelijk in het buitenland woont, waarbij de hoofdverzekerde is verzekerd bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Maar dit kunnen bijvoorbeeld ook de gezinsleden van een Belgische gezin zijn dat in België woont en waarvan de kostwinner in Nederland werkt en gemiddeld minder dan 1 keer per week de grens overgaat. Ook het aantal Polen in deze categorie is relatief groot.

land waar zij wonen. Voor de aanspraak op deze zorg die voor rekening van Nederland komt, betalen verdragsgerechtigden een verdragsbijdrage aan het CVZ die is afgeleid van de Nederlandse nominale en inkomensafhankelijke bijdragen voor de Zvw en de AWBZ.
Via een woonlandfactor wordt deze bijdrage afgestemd op het zorgniveau van het woonland. Deze woonlandfactor is het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland.
De opbrengsten uit de verdragsbijdragen komen ten goede van het Zorgverzekeringsfonds, aangezien de kosten voor verdragsgerechtigden worden gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds.

Voorbeelden verdragsbijdrage

De grootouders van Martijn zijn na hun pensionering in Portugal gaan wonen. Zij betalen als verdragsgerechtigden een verdragsbijdrage aan het CVZ. Deze bijdrage is ongeveer een derde van de Nederlandse premie (de woonlandfactor voor Portugal was 0,318 in 2013).

Maria, de vrouw van de Vlaamse grensarbeid Luc, heeft geen betaalde baan. Als gezinslid van een grensarbeider die in Nederland werkt en in België woont, is zij verdragsgerechtigde. Zij betaalt een verdragsbijdrage van ongeveer twee derde van de Nederlandse bijdrage. De woonlandfactor voor België is namelijk 0,676.
De kinderen van Luc en Maria zijn zeven en elf jaar oud. Omdat de kinderen nog geen 18 jaar oud zijn, is Luc geen verdragsbijdrage verschuldigd voor zijn meeverzekerde kinderen.

Het CVZ betaalt de rekening van de gedekte zorgkosten van de verdragsgerechtigden aan het verbindingsorgaan van het land waar de zorg is verleend. Afhankelijk van het systeem van het zorgverlenende land, zijn er twee manieren van vergoeden: op basis van de werkelijke uitgaven of een vast bedrag per maand (deze vaste bedragen zijn de gemiddelde zorgkosten per persoon in een lidstaat)[42].
Het CVZ is niet risicodragend voor de zorgkosten van de verdragsgerechtigden. Dit past ook niet binnen het systeem van de Verordening waarbij de zorg verleend wordt conform de wetgeving van het woonland.

Vergoeding van kosten in de voorbeelden

Op grond van de Verordening heeft Martijn's grootmoeder, die tegenwoordig in Portugal woont en haar enkel verstuikt heeft tijdens het golfen, recht op het Portugese verstrekkingenpakket binnen het publieke stelsel. Zij gaat daarom naar een publiek ziekenhuis om haar verstuikte enkel te laten behandelen. Het Portugese ziekenhuis helpt haar en verrekent de kosten met Nederland via het lokale Portugese ziekenfonds, het Portugese verbindingsorgaan en het CVZ. Wat betreft eigen betalingen wordt Martijn's grootmoeder precies zo behandeld als een Portugese verzekerde.

42 Indien het woonland declareert op vaste bedragen is het volgende van belang: als de bevoegde lidstaat (het land dat het pensioen uitbetaalt) verdragsgerechtigden de mogelijkheid biedt om zonder toestemming van het orgaan van de woonplaats zorg te ontvangen in het bevoegde land geldt een korting van 5% op de te betalen gemiddelde kosten aan het woonland. Nederlandse verdragsgerechtigden hebben deze mogelijkheid. Nederland krijgt dus een korting van 5% op de te betalen gemiddelde kosten.
Met de komst van de nieuwe Europese verordening zijn steeds meer landen overgegaan naar verrekening op basis van werkelijke uitgaven. De hoofdregel in de Europese Verordening is namelijk dat er tegen werkelijke uitgaven wordt afgerekend, tenzij dat vanwege bepaalde juridische en administratieve structuren niet mogelijk is. Alleen voor gepensioneerden en achtergebleven gezinsleden is betaling via een vast bedrag per maand mogelijk. Nederland hanteert zelf nog de vaste bedragen voor gepensioneerden uit andere landen die in Nederland wonen.

De vrouw van Luc krijgt steeds meer last van staar en moet daaraan worden geopereerd. Dat wil ze het liefst in Gent laten doen, omdat een vriendin daar goede ervaringen heeft gehad.
Luc's vrouw heeft recht op het Belgische verstrekkingenpakket en hoeft geen toestemming te vragen aan het CVZ voor het gebruik van geplande zorg in België. Zij valt onder de Belgische regels en moet dus ook het remgeld voor de behandeling betalen. De overige kosten komen ten laste van Nederland en worden interstatelijk verrekend tussen de verbindingsorganen.

3.3.3 Patiënten verzekerd in het buitenland

Nederlandse zorgaanbieders hebben te maken met verschillende groepen buitenlandse patiënten waarvan de zorgkosten niet ten laste van Nederland komen:

a) Buitenlanders die tijdelijk in Nederland verblijven en acute zorg nodig hebben (bijvoorbeeld zakenreizigers of toeristen) of die zorg in Nederland hebben gepland ('zorgtoeristen');
b) buitenlanders die in Nederland wonen, maar niet voor een Nederlandse werkgever werken (bijvoorbeeld niet-Nederlandse pensionado's en studenten);

Voorbeelden

In paragraaf 2.1.1 zijn twee voorbeelden gegeven van personen die in Nederland zorg krijgen, maar die verzekerd zijn in het buitenland, namelijk de Engelse Bill en de Ierse Susy Ann.

De zorg voor deze personen in Nederland wordt door de buitenlandse verzekeraar van de patiënt betaald of door de patiënt zelf. Patiënten uit Europa kunnen een beroep doen op de Verordening of op de eigen wettelijke verzekering (via de Patiëntenrichtlijn). Indien een beroep wordt gedaan op de Verordening, dan verrekent het CVZ de kosten met een buitenlands verbindingsorgaan. De kosten worden vergoed door het buitenland m.u.v. de kosten van verzekerden die geen recht hebben op het moment dat de zorg wordt genoten. Indien de patiënt een beroep doet op de eigen verzekering (via de Richtlijn), dan worden de kosten direct betaald door de patiënt. De patiënt kan de kosten bij zijn verzekeraar declareren als de verzekering deze kosten dekt.
Het kan zijn dat de zorgkosten niet (volledig) verhaald kunnen worden op het buitenland als er sprake is van spoedeisende zorg aan een persoon uit een niet-verdragsland. Als deze patiënt de rekening niet kan betalen, zal de zorg vanwege de zorgplicht of humane overwegingen toch geleverd worden. In dat geval ontstaat er een schadepost voor de zorgaanbieder.

Vergoeding van kosten in de voorbeelden

De Engelse Bill, die tijdens een weekendje Amsterdam in het ziekenhuis is beland, kan een beroep doen op de Verordening met behulp van zijn EHIC. Voor hem gelden dan dezelfde regels als voor Nederlandse patiënten. In beginsel zou hij dus ook het eigen risico moeten betalen[43]. De overige kosten moeten door het Verenigd Koninkrijk worden betaald. De kosten worden interstatelijk verrekend via Agis (als orgaan van de verblijfplaats)[44], het CVZ en het Engelse verbindingsorgaan.

43 In Nederland wordt het eigen risico in deze gevallen echter niet geïnd. Het eigen risico (350 euro per jaar in 2013) wordt namelijk berekend naar rato van het aantal dagen dat de patiënt in Nederland is. Daardoor zijn de opbrengsten van het incasseren van het eigen risico vaak kleiner dan de kosten die hiermee gepaard gaan.
44 Het orgaan van de verblijfplaats (zorgverzekeraar Agis) regelt de zorg voor mensen die tijdelijk in Nederland verblijven en op grond van Verordening 883/2004 zorg nodig hebben. De declaratie wordt via het Nederlandse verbindingsorgaan (CVZ) doorbelast aan het buitenland.

De Ierse Susy Ann, die voor een half jaar in Nederland werkt, blijft op grond van de Verordening verzekerd in de lidstaat van herkomst. Er is immers sprake van een detachering die korter duurt dan 24 maanden. Via de Verordening kan Susy Ann gebruik maken van medisch noodzakelijke zorg in Nederland conform het hier geldende verstrekkingenpakket.
Susy Ann kan haar EHIC tonen bij de eerste hulp, ze hoeft dan geen kosten voor te schieten. Een andere mogelijkheid die Susy Ann heeft, is eerst de kosten zelf voorschieten en deze daarna declareren bij CZ. CZ (als orgaan van de woonplaats), zal de kosten via het CVZ doorbelasten aan de zorgverzekeraar van Susy Ann in Ierland[45].

3.4 Budgettair beslag grensoverschrijdende zorg

In de begroting van VWS worden jaarlijks de kosten gepresenteerd die samenhangen met grensoverschrijdende zorg. Deze paragraaf geeft aan hoeveel deze kosten bedragen, uitgesplitst naar grensoverschrijdende curatieve zorg en langdurige zorg.

3.4.1 Budgettair beslag grensoverschrijdende curatieve zorg

Tabel IV geeft aan hoe de uitgaven aan grensoverschrijdende curatieve zorg zich de afgelopen jaren hebben ontwikkeld en geeft een prognose tot en met 2016. Binnen het totaal aan grensoverschrijdende curatieve zorg wordt onderscheid gemaakt naar zorgkosten binnen en buiten het macro-prestatiebedrag (mpb).

Tabel IV: Ontwikkeling Zvw-uitgaven grensoverschrijdende zorg Rijksbegroting 2014

Grensoverschrijdende zorg (x € 1 mln.)	2006*	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Grensoverschrijdende zorg (buitenland in mpb)	165,2	183,6	220,2	357,7	446,0	314,0	433,6	454,5	466,8	484,4	484,9
Grensoverschrijdende zorg (buitenland niet in mpb)	211,8	225,6	182,8	196,3	243,7	290,9	293,1	308,9	318,0	271,5	271,9
Totaal	**377,0**	**409,2**	**403,0**	**554,0**	**689,7**	**604,9**	**726,7**	**763,4**	**784,8**	**755,9**	**756,8**
% totale zorgkosten (BKZ)	**0,8%**	**0,8%**	**0,7%**	**1,0%**	**1,2%**	**1,0%**	**1,1%**	**1,2%**	**1,2%**	**1,1%**	**1,1%**
% totale Zvw-uitgaven	**1,8%**	**1,7%**	**1,4%**	**1,7%**	**2,0%**	**1,7%**	**2,1%**	**2,0%**	**2,0%**	**1,8%**	**1,7%**

* De standen 2009 t/m 2016 zijn de standen van de begroting 2014. De beperking van de werelddekking is in de cijfers verwerkt.

De voor het mpb relevante grensoverschrijdende zorgkosten, betreffen zorgkosten die Zvw-verzekerden in het buitenland maken (patiëntenstroom 1 uit paragraaf 3.3). Zorgverzekeraars dragen financiële verantwoordelijkheid voor grensoverschrijdende zorgkosten binnen het mpb. Volgens de meest recente gegevens van het CVZ (juni 2013) bedroegen de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg binnen het mpb 434 miljoen euro in 2012. Van deze uitgaven werd 269 miljoen euro via de zorgverzekeraars betaald[46]. Het overige deel (EHIC en S2-formulier) werd afgehandeld door het CVZ.

Er zijn ook grensoverschrijdende zorguitgaven die buiten het mpb vallen. Dit zijn zorguitgaven van verdragsgerechtigden (patiëntenstroom 2 uit paragraaf 3.3) en

45 Het orgaan van de woonplaats (zorgverzekeraar CZ) regelt de zorg in Nederland voor mensen die in Nederland wonen en over de grens werken en hun gezinsleden. Deze mensen zijn in het werkland verzekerd tegen ziektekosten en betalen daar premie. Zij kunnen zowel in het werkland als in Nederland gebruik maken van zorg. Hetzelfde geldt voor de mensen die in Nederland wonen en uitsluitend een buitenlandse pensioen ontvangen en hun gezinsleden.

46 Dit bedrag bestaat grotendeels uit ziekenhuiszorg (221 miljoen euro).

buitenlandse patiënten die in Nederland zorg krijgen en niet in Nederland verzekerd zijn (patiëntenstroom 3 uit paragraaf 3.3[47]). De kosten buiten mpb bedroegen bijna 300 miljoen euro in 2012[48].

3.4.2 *Budgettair beslag grensoverschrijdende langdurige zorg*

Binnen de huidige AWBZ worden – onder een beperkt aantal voorwaarden - kosten vergoed die Nederlandse verzekerden in het buitenland maken. Deze kosten worden niet verantwoord onder de post grensoverschrijdende zorg van de VWS-begroting, maar binnen het budget voor de AWBZ. Als kosten van AWBZ-zorg voor Nederlanders in het buitenland worden gedeclareerd en het CVZ neemt dit waar, dan zal het CVZ deze kosten ten laste brengen van het AWBZ-fonds. Het CVZ kan echter AWBZ-kosten in het buitenland niet altijd onderscheiden van Zvw-kosten.

De NZa monitort de uitgaven aan AWBZ-zorg in het buitenland die betrekking hebben op tijdelijk verblijf (AWBZ-cliënten die in het buitenland op vakantie zijn) of op de overgangsregeling (zie paragraaf 3.1.2). Het verloop van deze uitgaven is te zien in onderstaande tabel V. Al sinds 2008 zijn de totale uitgaven lager dan de hiervoor gereserveerde middelen. Door afname van het aantal personen dat gebruik kan maken van de overgangsregeling en door aangescherpte wetgeving vanaf 2013 zullen de AWBZ-kosten buitenland in de toekomst naar verwachting nog verder dalen.

Tabel V: Kosten AWBZ-zorg buitenland door zorgverzekeraars ten laste van AWBZ gebracht

AWBZ-zorg buitenland (x €1 mln.)	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kosten wonen buitenland overgangsregeling	10,6	10,8	9,5	10,3	10,2	8,8
Kosten tijdelijk verblijf buitenland	8,8	7,7	2,7	1,4	1,7	1,6
Totaal	**19,4**	**18,5**	**12,2**	**11,7**	**11,9**	**10,3**

Bron: NZa (2013)

Naast bovenstaande kosten, vergoedt Nederland nog langdurige zorgkosten voor verdragsgerechtigden die recht hebben op het woonlandpakket. Deze kosten, die onderdeel uitmaken van de uitgaven buiten mpb in tabel IV, worden niet als zodanig geregistreerd. Het is daardoor niet duidelijk wat het werkelijke gebruik is van langdurige zorg in het buitenland op grond van de internationale regelingen.

3.5 Beschikbare data buiten de VWS-begroting

Naast de data die worden gepresenteerd in de VWS-begroting, zijn er ook meer gedetailleerde data beschikbaar die inzicht geven in het gebruik van grensoverschrijdende zorg.

3.5.1 *Zvw-verzekerden*

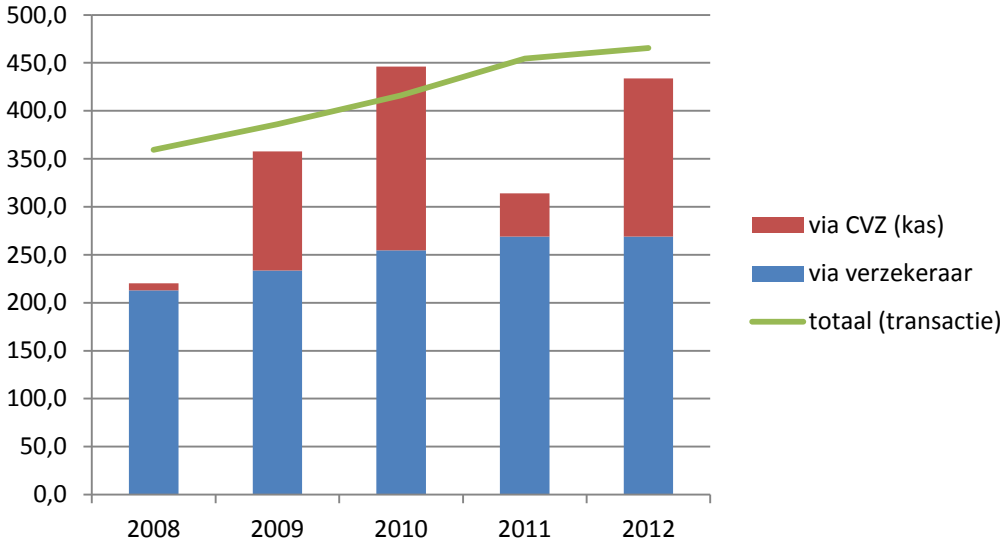
Figuur I geeft een beeld van de groei van de grensoverschrijdende zorguitgaven van de groep Zvw-verzekerden (patiëntenstroom 1 uit paragraaf 3.3), uitgesplitst naar kosten afgehandeld door het CVZ en die door zorgverzekeraars. Hierbij gaat het om de gegevens die ook ten grondslag liggen aan de begroting. Zoals eerder aangegeven, zijn deze kosten op het eerste gezicht sterk gestegen. Uit figuur I komt naar voren dat deze toename slechts beperkt samenhangt met de direct door de

47 Voor de buitenlandse patiënten betreft dit alleen een saldopost van de kosten die in Nederland gemaakt zijn door buitenlandse patiënten en de vergoeding die Nederland hiervoor ontvangen heeft.

48 Bron: CVZ. Dit bedrag is ongeveer 6 miljoen euro hoger dan dat uit de begroting 2014. In de begroting wordt rekening gehouden met een klein positief saldo m.b.t. baten voor internationale verdragen op grond van verrekening met een vast bedrag voor buitenlandse ingezetenen.

zorgverzekeraars zelf afgehandelde declaraties (blauwe staven in figuur I), maar vooral met de declaratiestroom die met tussenkomst van het CVZ verloopt (rode staven).

Figuur I: Grensoverschrijdende zorguitgaven van Zvw-verzekerden



Bron: CVZ (deels bewerkt)

De kosten die worden afgehandeld en gerapporteerd met tussenkomst van het CVZ worden door de zorgverzekeraars aan het CVZ op kasbasis gerapporteerd[49]. Deze data geven geen eenduidig beeld. In het jaar 2011 zijn de gerapporteerde kosten significant lager dan de twee jaren daarvoor. Deze schommeling in de kosten wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat het CVZ in 2011 administratieve inhaalslagen heeft uitgevoerd. Bij het uitvoeren van deze inhaalslagen heeft de toerekening gedeeltelijk op transactiebasis plaatsgevonden; door de combinatie van kas- en transactiebasis is de ontwikkeling over de tijd niet te interpreteren.

Om de informatie tussen de twee stromen vergelijkbaar te maken, geeft de groene lijn in figuur I een schatting van alle kosten op transactiebasis. Hieruit valt op te maken dat de totale kosten van Zvw-verzekerden tussen 2008 en 2012 met bijna 30% zijn toegenomen. In die periode is het totale Budgettair Kader Zorg (zowel netto als bruto) met ruim 21% gegroeid[50].

3.5.2 Verdragsgerechtigden

De VWS-verzekerdenmonitor 2013 geeft informatie over het zorggebruik van verdragsgerechtigden (patiëntenstroom 2 uit paragraaf 3.3). In 2012 waren ruim 134.000 personen verdragsgerechtigd. Sinds 2008 is het aantal gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden toegenomen met 5.500 personen, terwijl het aantal gezinsleden van gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden is afgenomen met bijna 3.000 personen. Per saldo is er dus sprake van een toename van 2.500 personen.

49 Kasbasis houdt in dat de kosten worden geboekt in het jaar dat ze worden betaald, wat ver na het optreden van de kosten kan zijn. Bij boeking op transactiebasis gaat het om het moment dat de kosten zijn gemaakt.

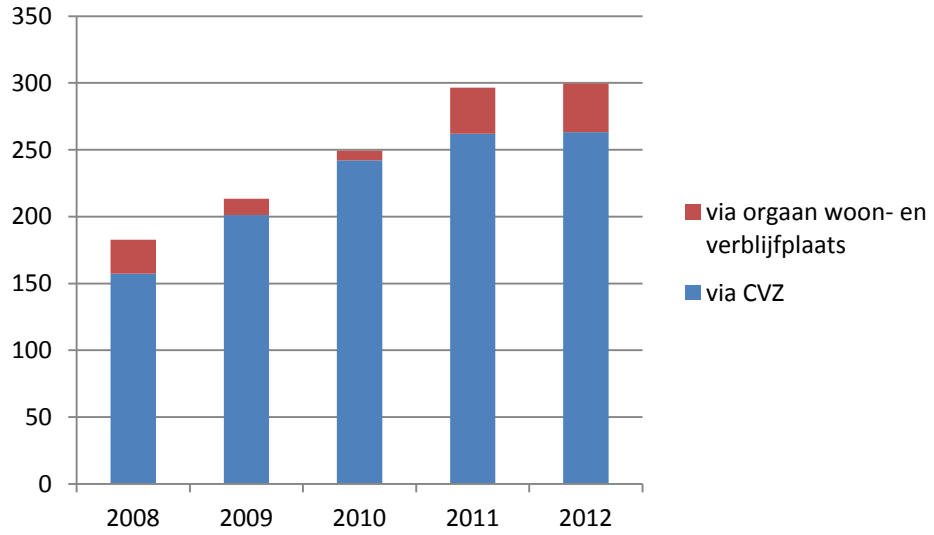
50 De groei van het BKZ is gebaseerd op de begroting van VWS 2014. Het BKZ en de grensoverschrijdende zorg zijn niet helemaal vergelijkbaar, maar de vergelijking in stijgingspercentages geeft wel een indruk van de relatieve ontwikkeling van de grensoverschrijdende zorguitgaven ten opzichte van de totale zorguitgaven in Nederland.

Nederland betaalde in 2012 ruim 280 mln. euro aan het buitenland voor zorgkosten van verdragsgerechtigden. Hiervan is bijna 180 mln. euro op basis van werkelijke kosten afgerekend en ruim 100 mln. euro op basis van gemiddelde kosten. Tegenover de kosten van 280 mln. euro staan de verdragsbijdragen, in 2012 bedroegen deze ruim 100 mln. euro. De verdragsbijdragen van de verdragsgerechtigden worden dus in ruime mate overtroffen door de totale zorgkosten van deze groep patiënten. De discrepantie tussen opbrengsten en uitgaven is gedeeltelijk te verklaren door samenstellingseffecten (de populatie omvat relatief veel ouderen en arbeidsongeschikten) en doordat bij verdragsgerechtigden het eigen risico niet wordt geïnd.

De VWS-verzekerdenmonitor 2013 geeft ook informatie over het zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland. Het aantal personen dat hier gebruik van maakt, is de laatste jaren sterk gestegen tot ruim 9.000. Deze stijging wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat sinds 1 mei 2010 verdragsgerechtigden ook zorg in Nederland mogen inroepen op basis van het verdragsrecht.

Naast de informatie van de VWS-verzekerdenmonitor zijn er data aanwezig over de kostenontwikkeling van verdragsgerechtigden op geaggregeerd niveau (zie figuur II). Hieruit blijkt dat de kosten van verdragsgerechtigden tussen 2008 en 2012 sterk zijn gestegen. De kosten die verdragsgerechtigden in het buitenland maken kennen een stijgende trend (blauwe staven). Deze stijging is gedeeltelijk te verklaren door de stijging van het aantal verdragsgerechtigden en door samenstellingseffecten (het aantal gepensioneerden in de populatie is toegenomen). Daarnaast wijst deze stijging op een toename van het grensoverschrijdend zorggebruik per verdragsgerechtigde.
De kosten die verdragsgerechtigden in Nederland maken fluctueren, waardoor er geen duidelijke trend zichtbaar is (rode staven).

Figuur II: Kosten grensoverschrijdende zorg van verdragsgerechtigden



Bron: CVZ

3.5.3 *Buitenlandse verzekerden*

Een interessante vraag is hoe het gebruik van grensoverschrijdende zorg van Nederlanders zich verhoudt tot het zorggebruik van buitenlandse verzekerden in Nederland. Om inzicht te krijgen in het gebruik van Nederlandse

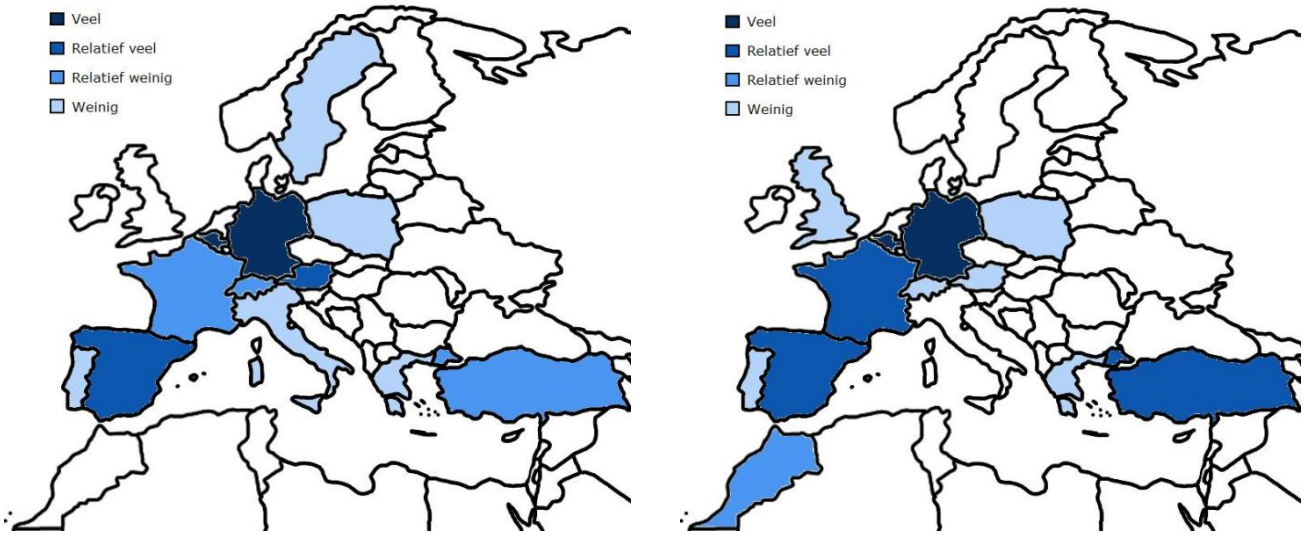
ziekenhuisfaciliteiten door buitenlandse patiënten heeft de werkgroep onderzoek laten uitvoeren door KIWA Carity[51].

In het onderzoek zijn de gegevens uit twee landelijke registraties[52] gebruikt. Hieruit komt naar voren dat het zorggebruik van buitenlanders in Nederland redelijk stabiel en vrij beperkt is (circa 0,3 procent van de ziekenhuiszorg). Bovendien vindt het meeste zorggebruik door buitenlanders in Nederlandse grensregio's plaats. Ook concludeert KIWA Carity dat de meeste buitenlandse patiënten in Nederlandse ziekenhuizen afkomstig zijn uit België en Duitsland. Daarbij moet worden aangetekend dat hierin naar deze landen geëmigreerde Nederlanders zijn meegeteld als buitenlander. Uit het onderzoek blijkt verder dat buitenlandse patiënten vooral voor bepaalde specialismen naar Nederland komen (heelkunde, neurologie, cardiologie en kindergeneeskunde).

3.5.4 Spreiding over landen

Figuur III geeft een ruwe schets van de spreiding over de landen waar Nederlandse verzekerden grensoverschrijdende zorg gebruiken. Hierbij is een splitsing gemaakt tussen Zvw-verzekerden en verdragsgerechtigden, omdat vanwege de verschillende motieven en situaties van beide groepen, de spreiding over landen ook verschillend is.

Figuur III: indicatie zorggebruik in buitenland in 2012



Zvw-verzekerden **Verdragsgerechtigden**

Zvw-verzekerden maken vooral gebruik van zorg in België en Duitsland: ongeveer 80 procent van de totale kosten wordt in deze twee landen gemaakt. Een substantieel deel hiervan betreft geplande zorg door mensen die in Nederland wonen. Daarnaast hebben ook grensarbeiders die in België of Duitland wonen een relatief groot aandeel in de kosten.
Naast de twee genoemde buurlanden, scoren ook populaire vakantielanden relatief hoog, het betreft bijvoorbeeld Frankrijk, Spanje,Turkije. Oostenrijk en Zwitserland.

51 KIWA Carity, Buitenlanders in Nederlandse ziekenhuizen (2013), zie bijlage 4 bij dit IBO.
52 Landelijke Medische Registratie (LMR) en DBC Informatiesysteem (DIS).

Buiten Europa worden relatief veel kosten gemaakt in de Verenigde Staten, Thailand en Indonesië. Een groot deel van deze kosten lijkt samen te hangen met acute zorg.

Het zorggebruik van verdragsgerechtigden laat een enigszins ander beeld zien. Bijna de helft van de kosten heeft betrekking op Duitsland en België. Daarnaast scoren Spanje en Frankrijk (beide 12 procent), Turkije (11 procent) en Marokko relatief hoog. Dit is vermoedelijk te verklaren door het hoge aantal verdragsgerechtigden (waaronder gepensioneerden en achtergebleven gezinsleden) die in deze landen wonen.

4 Probleemanalyse

In de voorgaande hoofdstukken zijn de achtergrond van het IBO en de context van grensoverschrijdende zorg geschetst. Om vanuit deze context te komen tot opties voor beleid (hoofdstuk 5) analyseren we in hoofdstuk 4 eerst waarom de in hoofdstuk 3 beschreven ontwikkeling van de grensoverschrijdende zorguitgaven zich voordoet (paragraaf 4.1). Vervolgens gaan we in op de prikkels rond grensoverschrijdende zorg voor verzekeraars, patiënten en aanbieders (paragraaf 4.2). Deze prikkels kunnen leiden tot bepaald (gewenst dan wel ongewenst) gedrag, wat weer van invloed is op de mate waarin de in hoofdstuk 2 beschreven risico's en kansen van grensoverschrijdende zorg zich in de praktijk voor doen (paragraaf 4.3). Aan de hand daarvan beschrijft paragraaf 4.4 welke sturingsmogelijkheden gewenst zijn voor grensoverschrijdende zorg en in hoeverre deze instrumenten ook beschikbaar zijn en gebruikt worden. Deze analyse mondt uit in een beschrijving van de problemen die zich voordoen met sturing in de grensoverschrijdende zorg (samengevat in 4.5). Na deze beschouwingen op microniveau van afzonderlijke partijen gaat 4.6 in op de macrobeheersing.

4.1 Verklaringen voor uitgavengroei grensoverschrijdende zorg

4.1.1 Cijfers verzekeraars

De data die een aantal zorgverzekeraars in het kader van dit IBO beschikbaar hebben gesteld, laten zowel per individuele verzekeraar als geaggregeerd een redelijk beperkte groei zien van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg in de periode 2008 tot 2012. De grensoverschrijdende zorgkosten die direct door de verzekerden bij de zorgverzekeraars zijn ingediend nemen in die periode toe met 26% (zie figuur I in paragraaf 3.5).
Wel geven individuele zorgverzekeraars aan dat er sprake was van forse groei van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg vóór de stelselherziening in 2006. Dit is volgens de verzekeraars met name te verklaren uit de wachtlijstproblematiek die toen in Nederland bestond. Aangezien de wachtlijsten met de komst van het nieuwe zorgstelsel grotendeels zijn weggewerkt, lijkt in samenhang daarmee ook de groei van de grensoverschrijdende zorg sinds 2006 te zijn afgenomen.

4.1.2 Cijfers CVZ

De cijfers voor grensoverschrijdende zorguitgaven binnen mpb afkomstig van het CVZ en verwerkt in de begroting van VWS laten op het eerste gezicht een flinke stijging van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg zien. Zoals in paragraaf 3.5 is toegelicht, hangt deze stijging grotendeels samen met de declaratiestroom die via het CVZ verloopt (de Europese route voor Zvw-verzekerden via de EHIC en S2). Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Belangrijke redenen zijn dat CVZ gegevens aanlevert op kasbasis, gecombineerd met het maken van administratieve inhaalslagen die deels op transactiebasis plaatsvinden. In hoofdstuk 3 is te zien dat de inschatting van de uitgaven via CVZ op transactiebasis veel minder volatiel is. Een mogelijke verklaring voor de stijging van de kosten via CVZ is dat de EHIC op grotere schaal ingeburgerd is geraakt. Steeds meer Nederlanders zijn in het bezit van de EHIC en het gebruik daarvan bij een beroep op zorg in het buitenland neemt toe. In plaats van zelf de rekening van de zorgaanbieder voor te schieten en een declaratie in te dienen bij de zorgverzekeraar, bewandelt de verzekerde de route van de Verordening door de EHIC te tonen bij een noodzakelijke behandeling in het buitenland.

4.2 Prikkels voor verzekeraars, patiënten en zorgaanbieders

In hoofdstuk 2 zijn motieven van zorgverzekeraars, patiënten en zorgaanbieders beschreven die ten grondslag zouden kunnen liggen aan grensoverschrijdende zorg. Interviews met diverse belanghebbende partijen hebben een indicatie gegeven in welke mate deze motieven in de praktijk een rol spelen. Tabel VI geeft een overzicht van de financiële en inhoudelijke prikkels bij het gebruik van geplande grensoverschrijdende zorg die in de interviews aan de orde zijn geweest.

Tabel VI: Prikkels voor grensoverschrijdende zorg van verschillende stakeholders

Zorgverzekeraars	
Kosten-beheersing	Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor beheersing van zorguitgaven. Zij lopen risico over uitvoering van de Zvw: schades komen voor eigen rekening. In beginsel zullen ze dus kritisch kijken naar uitgaven aan grensoverschrijdende zorg (net als bij binnenlandse zorg). Bij grensoverschrijdende zorg gaat het om een relatief gering bedrag, waardoor verzekeraars afwegen of de beheerskosten tegen de baten opwegen. Indien zorg in het buitenland goedkoper is, kan dit voor zorgverzekeraars een reden zijn om grensoverschrijdende zorg actief te stimuleren.
Service-verlening	Verzekeraars willen goede service verlenen aan hun verzekerden en negatieve publiciteit over bijv. het niet vergoeden van behandelingen voorkomen. Dit kan er toe leiden dat zorgverzekeraars minder strak sturen op grensoverschrijdende zorg en soms kosten voor zorg in het grijze gebied vergoeden (bijvoorbeeld zorg die minder doelmatig of noodzakelijk is)[53].
Patiënten	
Zorg dichtbij	De grootste groep Nederlanders heeft weinig prikkel om zorg in het buitenland te gebruiken: men heeft bij voorkeur zorg dichtbij huis en kent bovendien meestal de regels rond grensoverschrijdende zorg niet goed. Bewoners van bepaalde delen van de grensstreek ervaren wel vaak een prikkel voor grensoverschrijdende zorg: de zorg in het buitenland is dichterbij.
Specifieke behandelvoorkeur (in NL niet gepaste zorg)	Sommige patiënten willen graag een behandeling ondergaan die in Nederland niet als gepast wordt gezien en wijken daarom uit naar het buitenland waar in sommige gevallen sneller tot bepaalde ingrepen wordt over gegaan.
Laatste kans of zeer specialistische zorg	Patiënten die volgens Nederlandse artsen zijn uitbehandeld, vinden in het buitenland soms nog wel een arts die een behandeling heeft waarbij nog kans op genezing is. Er zijn ook patiënten die graag naar de internationaal best aangeschreven specialist gaan. Sommige zeer specialistische zorg wordt alleen in het buitenland geleverd.
Kortere wachttijd	Wachttijden liggen in het buitenland soms ver onder de Nederlandse Treeknorm, waardoor patiënten minder lang hoeven te wachten op zorg als zij de behandeling in het buitenland laten uitvoeren.
Financiële overweging	Een kleine groep mensen met veel kennis over de financiële vergoedingen voor zorg kan zich laten beïnvloeden door financiële arbitrageoverwegingen (bijv. lagere eigen betalingen of geen eigen risico).
Pensionado's terug in NL	Gepensioneerde Nederlanders die in het buitenland wonen (verdragsgerechtigden) hebben het recht om zorg te gebruiken in Nederland. Zij betalen in Nederland geen eigen risico. Afhankelijk van het land waar zij wonen, kan de Nederlandse publiek gefinancierde zorg uitgebreider en van een hoger niveau zijn. Bovendien zijn er geen taalproblemen en woont de familie soms dichterbij.
Zorgaanbieders	
Huisartsen	Huisartsen zijn zelfstandige ondernemers en willen graag hun patiënten aan zich binden. Zij hebben daarom een prikkel om op verzoek van de patiënt mee te werken aan een verwijzing naar het buitenland, als de patiënt het idee heeft dat hij in het buitenland meer kans heeft om de gewenste behandeling te krijgen, ook als deze zorg minder gepast is[54].
Ziekenhuizen	Voor Nederlandse ziekenhuizen kan het aantrekkelijk zijn om buitenlandse patiënten aan te trekken (zie paragraaf 2.3). Ziekenhuizen buiten de grensstreek lijken hier niet druk mee bezig te zijn. Zij voelen wel een prikkel om nieuwe en gespecialiseerde zorg in ieder geval ergens in Nederland te kunnen aanbieden en het liefst in het eigen ziekenhuis.

53 Het kan lastig zijn om vast te stellen of zorg voldoet aan de internationale "stand van wetenschap en praktijk". CVZ heeft een methode om dit te toetsen die wordt toegepast in geval van geschillen.

54 Het gaat dan om zorg die in zijn algemeenheid wel deel uitmaakt van het Nederlandse pakket, maar in een specifiek geval minder noodzakelijk, effectief of doelmatig is. Als huisartsen streng op gepastheid toetsen, bestaat het risico dat de relatie met de patiënt wordt verstoord.

4.3 Manifestatie positieve en negatieve effecten

In hoofdstuk 2 zijn mogelijke positieve en negatieve effecten van grensoverschrijdende zorg beschreven. De mate waarin deze effecten zich in de praktijk voordoen, is grotendeels afhankelijk van het gedrag dat patiënten, verzekeraars en aanbieders vertonen. De in tabel VI beschreven prikkels kunnen dit gedrag beïnvloeden. In tabel VII zijn de effecten opgenomen waarvan de inschatting is gemaakt - op basis van de interviews met diverse partijen - dat ze daadwerkelijk optreden.

Tabel VII: Manifestatie van positieve en negatieve effecten

POSITIEVE EFFECTEN	NEGATIEVE EFFECTEN
Concurrentie Uit de interviews komt naar voren dat de mogelijkheid om grensoverschrijdende zorg in te kopen of te gebruiken inderdaad een concurrentieprikkel geeft aan Nederlandse ziekenhuizen. **Afname wachttijden, voorkomen wachtlijsten** Door korte wachttijden in het buitenland bestaat er een prikkel voor Nederlandse aanbieders om wachttijden beperkt te houden en om wachtlijsten te voorkomen. **Grotere diversiteit van aanbod** Beschikbaar zijn van aanbod over de grens vergroot de beschikbaarheid van zorg voor Nederlandse patiënten. **Meer mogelijkheden voor specialisatie** Grensoverschrijdende zorg vergroot de mogelijkheden voor specialisatie van zorg voor (zeer) zeldzame aandoeningen. Door concentratie van deze zorg kan de kwaliteit hiervan verbeteren. **Beter bereikbare zorg** Met name voor Nederlanders in de grensstreek zorgt het aanbod van buitenlandse zorg ervoor dat zorg beter bereikbaar is.	**Overconsumptie/ongepaste zorg** Overconsumptie en consumptie van ongepaste zorg vormen een reëel risico. Tijdens de interviews is vaak genoemd dat in het buitenland andere afwegingen gelden voor behandelingen. Zorgverzekeraars houden hier bij het contracteren van zorg in het buitenland in een aantal gevallen rekening mee en contracteren bepaalde behandelingen om die reden niet. **Overcapaciteit en aanbodgeïnduceerde vraag** Door verplaatsing van zorggebruik van Nederland naar het buitenland kan in Nederland overcapaciteit ontstaan. Deze overcapaciteit wordt niet snel afgebouwd. Dit betekent dat er een risico van aanbodgeïnduceerde vraag is. De interviews hebben geen concrete voorbeelden van dit probleem opgeleverd. **Continuïteit van zorg** Risico's rond continuïteit zijn een enkele maal genoemd door verzekeraars in de interviews. Deze lijken een beperkte rol te spelen. **Administratieve lasten** Grensoverschrijdende zorg leidt tot extra administratieve lasten. Bijv. controle van rekeningen in vreemde talen. Sommige verzekeraars leggen de taak om met duidelijke en begrijpelijke rekeningen te komen bij verzekerden neer. **Moeilijker controleren op oneigenlijk gebruik** Met name de EHIC route (medisch noodzakelijke zorg op basis van de Verordening) is in de praktijk moeilijk te beheersen. De verzekeraar is verplicht de rekening te betalen indien de EHIC is geaccepteerd. De verzekeraar kan alleen toetsen of er een verzekerd recht is, maar niet op de medische noodzakelijkheid en doelmatigheid van de zorg. Veel zorgverzekeraars hebben aangegeven dat er vermoedens zijn van oneigenlijk gebruik, maar dat ze hier niets tegen kunnen doen.

Europese specialisatie biedt kansen voor hogere kwaliteit en lagere kosten. Uit de interviews is gebleken dat concentratie binnen Nederland niet eenvoudig tot stand komt. Binnen Europa zal dit wellicht nog in versterkte mate gelden. Zorgaanbieders willen graag een compleet pakket van zorg voor alle patiënten kunnen aanbieden, in ieder geval op nationaal niveau. Verschillen in bekostigingssystemen kunnen ook een belemmering zijn voor Europese specialisatie. Zo werkt Nederland met integrale tarieven (incl. kapitaallasten), terwijl dat in een aantal andere landen niet het geval is (bijvoorbeeld België en Duitsland). Nederlandse zorg is daarom in veel gevallen duurder voor buitenlandse patiënten en/of verzekeraars.
Tegelijkertijd wordt er in het kader van de Patiëntenrichtlijn gewerkt aan het opzetten van een Europees netwerk van expertisecentra voor zeldzame ziekten, om zo – waar nodig - kennis te bundelen en kosteneffectiviteit te vergroten. Hierbij wordt het tevens mogelijk om patiënten met een specifieke zeldzame ziekte voor behandeling naar een centrum in een andere lidstaat door te verwijzen.

4.4 Beïnvloedingsmogelijkheden van de patiëntenstromen

De drie verschillende patiëntenstromen die beschreven zijn in paragraaf 3.3 verschillen in de mate waarin er mogelijkheden zijn om het gedrag van patiënten en aanbieders te beïnvloeden. Sturing van deze patiëntenstromen is wenselijk om het gebruik van grensoverschrijdende zorg te optimaliseren door de positieve effecten van grensoverschrijdende zorg te benutten en tegelijkertijd de negatieve effecten te beperken. De mate waarin sturing wenselijk en noodzakelijk is, verschilt per patiëntenstroom. De wenselijkheid van het hebben van beheersinstrumenten hangt onder andere af van de vragen of Nederland de zorgkosten draagt, wat de omvang van de kosten is en of de kosten in de toekomst mogelijk fors zouden kunnen toenemen.
Deze paragraaf bespreekt per patiëntenstroom de wenselijkheid en noodzaak van sturing. Tevens gaat deze paragraaf in op de mate waarin beheersinstrumenten op dit moment voor handen zijn en worden gebruikt.

4.4.1 Zvw-verzekerden

Voor Zvw-verzekerden zijn sturingsmogelijkheden zeer relevant. Kosten komen namelijk voor rekening van het Zorgverzekeringsfonds. Tabel VIII geeft een overzicht van de sturingsmogelijkheden op grensoverschrijdende zorg bij Zvw-verzekerden. Deze mogelijkheden zijn afhankelijk van de gekozen route en van de soort zorg.

Binnen de groep Zvw-verzekerden heeft de zorgverzekeraar een aantal sturingsmogelijkheden als het gaat om zorg via de Zvw-route of om geplande zorg via de Europese route. Deze sturingsmogelijkheden rond geplande zorg en spoedeisende zorg via de Zvw-route worden in de praktijk ook toegepast, waarbij verzekeraars verschillende accenten leggen. De ene verzekeraar zet bijvoorbeeld relatief sterk in op contractering in het buitenland, ook wat kwaliteit betreft, terwijl een andere wat meer waarde hecht aan zoveel mogelijk sturen naar Nederlandse gecontracteerde zorgaanbieders bij geplande zorg. Daarnaast werken zorgverzekeraars in toenemende mate via internationale samenwerkingsverbanden zoals Eurocross samen met verzekeraars uit andere landen om gezamenlijk tariefafspraken te maken met zorgaanbieders op populaire bestemmingen.
De sturingsmogelijkheden bij geplande zorg via de Europese route lijken in de praktijk minder toegepast te worden. Mogelijk hebben verzekeraars een voorkeur voor de Zvw-route in dit geval, omdat ze dan verwachten meer invloed te kunnen

Tabel VIII: Sturingsmogelijkheden grensoverschrijdende zorg bij Zvw-verzekerden

Zvw-verzekerden	
Geplande zorg via Zvw-route	• Zorgverzekeraars dienen te toetsen of de zorg in aanmerking komt voor vergoeding aan de hand van 5 criteria (zie 3.1) • Zorgverzekeraars kunnen met zorgaanbieders contracten afsluiten over de te leveren zorg, de prijs van de behandeling en de kwaliteit van zorg. • Zorgverzekeraars kunnen verzekerden aansporen om voor de behandeling contact op te nemen om verrassingen achteraf te voorkomen. Ook kan de verzekeraar bij dit contact sturen richting gecontracteerde zorgaanbieders. • De vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg in het buitenland kan (net als in Nederland) lager worden vastgesteld bij een naturapolis, zolang er geen sprake is van een feitelijke hinderpaal. • Achteraf kan controle op fraude of oneigenlijk gebruik plaatsvinden door de zorgverzekeraar en kan worden besloten om de behandeling niet te vergoeden. • Zorgverzekeraars kunnen een toestemmingsvereiste opnemen in de polisvoorwaarden bij geplande intramurale zorg (maar niet bij extramurale zorg).
Geplande zorg via de Europese route	• De verzekerde moet voorafgaand toestemming vragen aan de zorgverzekeraar voor intramurale én extramurale zorg (via een S2-formulier). Als de verzekerde zorg niet, of niet tijdig in Nederland geleverd kan worden, mag deze toestemming niet worden geweigerd. Als de zorg wel tijdig in Nederland geleverd kan worden, dan hoeft een verzekeraar geen toestemming te verlenen. Dit toestemmingsvereiste maakt het voor de zorgverzekeraar mogelijk actief te sturen op prijs en kwaliteit: door geen toestemming te geven als de zorg ook in Nederland beschikbaar is en de kosten in het buitenland uit de hand dreigen te lopen en wel toestemming te geven als de zorg in het buitenland goedkoper of beter is. • Zorgverzekeraars dienen bij het verlenen van toestemming te toetsen of de zorg voldoet aan de vijf criteria (zie paragraaf 3.1). • Zorgverzekeraars kunnen met zorgaanbieders contracten over de te leveren zorg, de prijs van de behandeling en de kwaliteit van zorg afsluiten.
Spoedeisende zorg via Zvw-route	• Zorgverzekeraars kunnen actief contracteren of prijsafspraken maken met zorgaanbieders in gebieden waar veel Nederlanders komen (bijv. in vakantie hotspots). • Verzekerden kunnen worden aangespoord om bij spoedeisende zorg zo mogelijk contact op te nemen met de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld door de alarmcentrale te bellen of een steunpunt in te schakelen. Op deze manier kan de verzekeraar de verzekerde begeleiden naar een preferente zorgaanbieder, bijvoorbeeld waarvan bekend is dat gepaste zorg wordt geleverd of waarmee afspraken zijn gemaakt over prijzen/soort behandeling. • De vergoeding hoeft niet hoger te zijn dan het Nederlandse marktconforme tarief waardoor financiële risico's voor de verzekeraar worden beperkt.
Noodzakelijke zorg via de Europese route	• Verzekerden hoeven geen contact te hebben met de zorgverzekeraar voor zij zorg inroepen via de EHIC. Sturing door zorgverzekeraars is daardoor minder goed mogelijk. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden wel aansporen om bij spoedeisende zorg contact op te nemen bijvoorbeeld via de alarmcentrale. • Indien de EHIC is geaccepteerd, dan is de zorgverzekeraar verplicht om te betalen. De verzekeraar kan alleen het verzekeringsrecht controleren, inhoudelijk toetsen is niet mogelijk. Als een verzekerde ondertussen elders verzekerd is, maar een geldige EHIC heeft laten zien van de oude verzekeraar, moet die oude verzekeraar ook de rekening betalen. Die kan proberen de kosten te verhalen op de nieuwe verzekeraar. • De zorgverzekeraar kan in communicatie aan verzekerden duidelijk maken wanneer de EHIC gebruikt mag worden. • De zorgverzekeraar kan de EHIC voor een kortere periode uitgeven om oneigenlijk gebruik tegen te gaan, bijvoorbeeld door één pasje te verstrekken dat aan één kant een EHIC-zijde heeft. De EHIC kan dan niet meer gebruikt worden zodra de verzekeringspas verlopen is.

uitoefenen op de kosten[55]. Bij noodzakelijke zorg via de Europese route (EHIC) zijn weinig beheersmechanismen voor handen voor de zorgverzekeraar, die alleen betrekking hebben op het verzekeringsrecht.

Bij Zvw-verzekerden spelen met name twee aspecten een rol die de sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars beperken:

1. Europese regelgeving beperkt de beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars. Dit is voornamelijk het geval bij niet-geplande, noodzakelijke zorg op basis van de Verordening, waarbij verzekerden gebruikmaken van hun EHIC. Verzekeraars hebben zeer weinig mogelijkheden om de patiënt en de kosten te sturen indien verzekerden gebruik maken van de EHIC. De verzekeraar ziet de rekening pas achteraf en kan betaling alleen weigeren indien er geen verzekerd recht bestaat. De verzekeraar kan niet controleren op gepast zorggebruik en fraude.
2. In het geval van geplande zorg kan het lastiger zijn dan in Nederland om niet-gepast zorggebruik tegen te houden, vooral wat betreft het toetsen op doelmatigheid van de behandeling. Het toetsen op de criteria voor vergoeding is arbeidsintensief en bij een geschil bestaat het risico dat de verzekeraar uiteindelijk toch (deels) moet vergoeden als de onderbouwing als onvoldoende wordt beoordeeld[56]. Sommige zorgverzekeraars geven aan dit een moeilijk traject te vinden. Aanvullend kan de verzekeraar proberen te sturen op gepaste zorg door contracten af te sluiten met buitenlandse zorgaanbieders waarbij sommige ingrepen buiten de contractering blijven en door heldere communicatie met de verzekerden te hanteren.

4.4.2 Verdragsgerechtigden

De sturingsmogelijkheden voor verdragsgerechtigden zijn relevant, want de kosten komen voor rekening van Nederland. Tabel IX geeft aan op welke wijze sturing door het CVZ (als bevoegd orgaan voor verdragsgerechtigden) in de huidige situatie plaats kan vinden. Hieruit volgt dat de mogelijkheden voor het CVZ beperkt zijn.

Uit tabel IX komt het naar voren dat het CVZ nauwelijks mogelijkheden heeft om de zorgkosten van verdragsgerechtigden te beïnvloeden. Er zijn zeer beperkte mogelijkheden om te sturen op doelmatig zorggebruik door verdragsgerechtigden. Wel geldt dat verdragsgerechtigden alleen zorg kunnen inroepen volgens het wettelijke stelsel van het woonland of land van verblijf. De vaak duurdere zorg in privé klinieken valt hier in veel landen niet onder.

55 Een aantal zorgverzekeraars heeft aangegeven een voorkeur te hebben voor de Zvw-route, omdat een S2-formulier wordt gezien als een "carte blanche". De oorspronkelijke aanbieder kan namelijk de patiënt doorsturen naar een andere aanbieder zonder tussenkomst van de verzekeraar.

56 De verzekerde kan redelijk laagdrempelig een klacht indienen bij de SKGZ.

Tabel IX: Sturingsmogelijkheden grensoverschrijdende zorg bij verdragsgerechtigden

Verdragsgerechtigden	
Zorg in woonland	• Voor zorggebruik in het woonland hoeven verdragsgerechtigden geen toestemming aan het CVZ te vragen. CVZ kan hier geen invloed op uitoefenen. • Verdragsgerechtigden hebben recht op zorg conform het wettelijke verstrekkingenpakket in het woonland. Nederland kan geen invloed uitoefenen op de samenstelling van dit pakket. • Het CVZ is niet risicodragend voor de zorgkosten van haar verzekerden en er is dus geen directe financiële prikkel om het zorggebruik goed te beheersen.
Geplande zorg buiten woonland	• Verdragsgerechtigden kunnen zorg inroepen in een derde land (niet hun woonland en niet Nederland). In dat geval moeten zij het CVZ om toestemming vragen voordat zij de behandeling ondergaan • Verdragsgerechtigden hoeven geen voorafgaande toestemming te vragen om zorg te gebruiken in Nederland. • Er is geen financiële prikkel bij zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland. Zij betalen geen eigen risico bij behandeling in Nederland. • Het CVZ is niet risicodragend voor de zorgkosten van haar verzekerden en er is dus geen directe financiële prikkel om het zorggebruik goed te beheersen.
Spoedeisende zorg buiten woonland	• Voor spoedeisende zorg die verdragsgerechtigden buiten hun woonland nodig hebben, heeft het CVZ geen sturingsmogelijkheden. • Het CVZ is niet risicodragend voor de zorgkosten van de verdragsgerechtigden verzekerden en er is dus geen directe financiële prikkel om het zorggebruik goed te beheersen.

4.4.3 Buitenlandse verzekerden

Voor buitenlandse verzekerden zijn de sturingsmogelijkheden niet relevant vanuit het oogpunt van betaalbaarheid, omdat Nederland gemaakte kosten voor buitenlandse verzekerden terug krijgt van het buitenland. Kosten die het CVZ in rekening brengt bij een buitenlands verbindingsorgaan worden volledig vergoed, behalve als er geen verzekeringsrecht bestaat. Indien dit het geval is, hebben de zorgverlener en Agis of CZ niet adequaat het verzekeringsrecht gecontroleerd. Deze kosten worden niet door het CVZ aan Agis of CZ vergoed.

Het beïnvloeden van de stroom van buitenlandse verzekerden is wel relevant in het kader van Nederlandse zorg als exportproduct (zie paragraaf 2.3). In de Nederlandse situatie signaleren we een aantal belemmeringen die er de oorzaak van kunnen zijn dat de stroom buitenlandse patiënten naar Nederlandse zorgaanbieders relatief klein is. Tabel X geeft deze belemmeringen weer.

Tabel X: Belemmeringen voor het aantrekken van buitenlands verzekerden door Nederlandse zorgaanbieders

Buitenlands verzekerden	
DOT-systematiek	Buitenlandse patiënten betalen een compleet DOT-traject, ook als ze maar van een gedeelte van het traject gebruik maken.
Informatie voor patiënten	Er is weinig Engelstalige informatie beschikbaar over de mogelijkheden voor buitenlandse patiënten binnen de gezondheidszorg in Nederland. De beschikbare informatie is ook niet centraal vastgelegd maar versnipperd bij afzonderlijke aanbieders.
Marketing en profilering	Hoewel Nederlandse instellingen uitblinken in bepaalde specialismen, profileren deze instellingen zich nauwelijks internationaal. Er is weinig actieve marketing over de grens.
Klantgericht-heid	Nederlandse zorgaanbieders staan niet te boek als de meest flexibele en klantgerichte zorgaanbieders.

4.5 Conclusies sturingsmogelijkheden zorgverzekeraars en CVZ

De kosten van Zvw-verzekerden en van verdragsgerechtigden komen voor rekening van Nederland. Voor beide groepen is dus van belang dat er sturingsmogelijkheden zijn om het gebruik van zorg in het buitenland te optimaliseren (positieve effecten bevorderen en negatieve effecten tegengaan). Verzekeraars kunnen de voordelen van grensoverschrijdende zorg benutten door hun verzekerden te wijzen op goede en voordelige zorg in het buitenland. We kijken hier verder naar de sturingsmogelijkheden om negatieve effecten tegen te gaan die er zijn op microniveau: kan een verzekeraar of het CVZ het zorggebruik in het buitenland van verzekerden of verdragsgerechtigden bijsturen als dat gewenst is? Uit het bovenstaande blijkt dat in drie opzichten sturingsmogelijkheden versterking kunnen gebruiken:

1. Verzekeraars hebben weinig sturingsmogelijkheden bij het gebruik van medisch noodzakelijke zorg onder de Verordening (EHIC-zorg);
2. zorgverzekeraars moeten toetsten op de vijf criteria voor vergoeding. Toch vinden zij het soms moeilijk om bij gepland zorggebruik in het buitenland te sturen op gepaste zorg, mede omdat de doelmatigheidstoets in het buitenland lastiger is. Als sturingsinstrumenten hebben zij onder andere contractering en de toestemmingseis. Deze hebben wel nadelen (bijvoorbeeld in de vorm van uitvoeringskosten);
3. het CVZ heeft weinig sturingsmogelijkheden bij zorggebruik van verdragsgerechtigden.

Naast het belang van sturingsmogelijkheden voor het bevoegd orgaan is het belangrijk dat verzekerden zelf goed geïnformeerd worden over grensoverschrijdende zorg, zodat zij goede keuzes kunnen maken over verzekeringen en zorggebruik. Voor Zvw-verzekerden is het bijvoorbeeld van belang dat zij duidelijkheid hebben over de vergoeding van zorg in het buitenland die onder de Zvw-verzekering valt, omdat de vergoeding voor een behandeling op basis van de Zvw gemaximeerd is op het Nederlandse marktconforme tarief. In de Richtlijn zijn enkele afspraken opgenomen om informatie over zorgverlening in een lidstaat transparanter en beter beschikbaar te maken voor grensoverschrijdende zorgvragers. Op grond hiervan is in oktober 2013 een nationaal contactpunt (NCP) opgericht, belegd bij het CVZ, om verzekerden informatie te verstrekken.
Verder hebben zorgverzekeraars natuurlijk ook een belangrijke rol bij het informeren van hun verzekerden, bijvoorbeeld wat betreft de dekking in het buitenland. De term "werelddekking" kan in de beeldvorming een probleem vormen: verzekerden kunnen hierdoor denken dat alle kosten worden vergoed en weten niet

dat dit tot maximaal het Nederlandse tarief is. Hierdoor kunnen zij voor onverwachte hoge kosten komen te staan.

4.6 Macrobeheersing

Om de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel te bevorderen, dienen de macro-uitgaven binnen een tevoren bepaald kader te blijven. Bij aanvang van elke kabinetsperiode wordt het BKZ voor de komende jaren bepaald en in de startnota vastgelegd. De recent in de zorg afgesloten hoofdlijnenakkoorden beogen de beheersing van de kosten te versterken door alle actoren (waaronder zorgaanbieders) te committeren aan groeiafspraken[57]. Ook is afgesproken dat zorgverzekeraars en –aanbieders moeten opereren binnen dit kader. Het systeem garandeert echter niet dat de uitgaven binnen het BKZ blijven. Bij overschrijdingen kunnen algemene instrumenten worden ingezet, zoals hogere eigen betalingen of een verkleining van het basispakket. In het uiterste geval kan ook het macrobeheersingsinstrument (MBI) worden ingezet.
De grensoverschrijdende zorg valt echter deels buiten de beheersingsmechanismen. De HLA zijn afgesloten met binnenlandse zorgaanbieders; buitenlandse aanbieders zijn hier dus niet aan gebonden. Ook het MBI is niet relevant voor buitenlandse aanbieders. Dit roept de vraag op of er een behoefte is aan een mechanisme op macroniveau om de totale zorguitgaven te beheersen, in binnenland en buitenland samen. Het is niet zeker dat zorggebruik in het buitenland tot een even grote daling van het gebruik in Nederland zal leiden. In het buitenland wordt mogelijk zorg gebruikt die in Nederland niet beschikbaar is of die in Nederland als minder doelmatig wordt gezien. Het is ook mogelijk dat door verplaatsing van zorg naar het buitenland in Nederland capaciteit vrijvalt, die niet direct wordt afgebouwd maar opgevuld wordt met minder gepaste zorg. Een beheersingsmechanisme op macroniveau voor binnenland en buitenland samen kan dus nuttig zijn.

57 In deze akkoorden is afgesproken dat partijen zich tot het uiterste inspannen om de afgesproken kostengroei niet te overschrijden zonder dat wachttijden oplopen of de Treeknormen worden overschreden.

5 Beleidsaanbevelingen

5.1 Conclusies uit de probleemanalyse

In hoofdstuk 4 is een analyse gemaakt van de wenselijkheid en mogelijkheden om de verschillende patiëntenstromen binnen de grensoverschrijdende zorg te sturen. Uit deze analyse is naar voren gekomen dat met name de sturing van Zvw-verzekerden en verdragsgerechtigden gewenst is, omdat de zorgkosten van deze verzekerden ten laste van Nederland komen.
In hoofdstuk 4 is tevens bezien in hoeverre hiervoor daadwerkelijk beheersinstrumenten beschikbaar zijn en of dit instrumentarium in de praktijk ook gebruikt wordt. Deze analyse is uitgemond in een beschrijving van de behoefte aan meer sturingsinstrumenten voor de grensoverschrijdende zorg. Voorname knelpunten die hierbij naar voren zijn gekomen zijn de geringe sturingsmogelijkheden voor EHIC-zorg en voor zorggebruik door verdragsgerechtigden. Daarnaast is er behoefte aan uitbreiding van sturingsmogelijkheden voor doelmatig zorggebruik bij geplande zorg in het buitenland. Verder is beheersing van de totale zorguitgaven in binnenland en buitenland samen een punt van aandacht. In hoofdstuk 3 was al gebleken dat er problemen zijn met de informatievoorziening in de grensoverschrijdende zorg. De gesignaleerde knelpunten en problemen vormen de basis voor de beleidsopties die in dit hoofdstuk zijn weergegeven.
Daarnaast heeft de werkgroep ook een beleidsoptie beschreven die als doel heeft de positieve mogelijkheden van grensoverschrijdende zorg beter te benutten, namelijk de mogelijkheden die grensoverschrijdende samenwerking en specialisatie bieden. Meer in het algemeen kunnen beleidswijzigingen of hervormingen van de zorg op andere terreinen natuurlijk effect hebben op de grensoverschrijdende zorg. De werkgroep vindt het van belang dat hier aandacht aan wordt besteed bij beleidswijzigingen.

In de samenvattende tabel XI is een overzicht gegeven van de zes beleidsopties, en de bijbehorende maatregelen, die de werkgroep heeft uitgewerkt. Daarbij is aangegeven of de opties effect hebben op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg: groen betekent een positief effect en rood een negatief effect. Waar de effecten niet eenduidig zijn, is dat aangegeven met de kleur oranje. Een vraagteken geeft aan dat het niet duidelijk is of er een effect op zal treden. Tevens zijn in de samenvattende tabel de opties ingedeeld in drie categorieën: de ‘basisaanbevelingen’ geven maatregelen weer die naar mening van de werkgroep in elk geval genomen moeten worden om de uitgangssituatie op orde te brengen. De ‘gerichte aanbevelingen’ adresseren een specifiek probleem, dat goed aangepakt kan worden met de voorgestelde maatregelen. De ‘verder reikende aanbevelingen’ zijn lastiger uit te voeren en vergen in sommige gevallen eerst nog nader onderzoek. Deze maatregelen betekenen een verdergaand ingrijpen of vergen veel ingewikkeld overleg met betrokken partijen. Evenwel zijn er ‘verder reikende maatregelen’ waarvan het sowieso wenselijk is als gepoogd wordt deze uit te voeren, bijvoorbeeld als deze gericht zijn op het bevorderen van de voordelen van grensoverschrijdende zorg.
Waar de voorgestelde vergaande maatregelen gericht zijn op kostenbeheersing, kan de toekomstige inzet afhankelijk worden gesteld van de ontwikkelingen in de beheersbaarheid van de grensoverschrijdende zorguitgaven in de toekomst. Als deze ontwikkelingen niet verontrustend zijn, hoeven de maatregelen niet te worden ingezet.

Tabel XI: Samenvatting beleidsopties

	Aanbeveling heeft effect op			**Voorwaarden**			**Aard van aanbeveling**		
	Toegankelijkheid zorg	Kwaliteit van zorg	Betaalbaarheid van zorg	Afhankelijk van kaders Europese Verordening of Richtlijn	Vergt aanpassing Nederlandse wet- of regelgeving	Overig, bijvoorbeeld: vereist actie zorgverzekeraars	Basisaanbeveling	Gerichte aanbeveling	Verder reikende aanbeveling
Beleidsoptie 1: Verbeteren informatievoorziening en toezicht op verzekeraars									
1a) Complete en overzichtelijke beleidsinformatie									
1b) Uitbreiden informatievoorziening aan verzekerden									
1c) Toezicht op controlerende functie verzekeraar									
Beleidsoptie 2: Agenderen in Europa									
2a) Verbeteren controleerbaarheid gebruik en declaraties EHIC									
2b) Agenderen problemen met EHIC									
Beleidsoptie 3: Versterken sturende rol zorgverzekeraars									
3a) Toestemmingsvereiste wettelijk verankeren in Zvw		?							
Beleidsoptie 4: Bewerkstelligen communicerende vaten									
4a) Bij vaststellen mpb rekening houden met uitgaven buitenland									
Beleidsoptie 5: Aanpassen bijdrage verdragsgerechtigden									
5a) Actualiseren woonlandfactor									
5b) Eigen risico innen bij zorggebruik in NL									
5c) Aanpassen verdragsbijdrage									
Beleidsoptie 6: Grensoverschrijdende samenwerking zorgaanbieders									
6a) Bij WBMV-vergunningen rekening houden met capaciteit in buitenland									
6b) Aanpassen botsende regelgeving voor samenwerking in grensregio's									
6c) Praktische toepassing van procedures versnellen		?							
6d) Bi- of multilateraal in overleg treden bij tegenwerking									
6e) Aparte tarieven voor grensoverschrijdend zorggebruik		?							
6f) Wegnemen mogelijke belemmeringen aantrekken buitenlandse patiënten		?							

5.2 Beleidsopties en aanbevelingen

5.2.1 Beleidsoptie 1: Verbeteren informatievoorziening en toezicht op verzekeraars

De overheid heeft een verantwoordelijkheid in het op orde hebben van de informatievoorziening over grensoverschrijdende zorg ten behoeve van het sturen of bijstellen van beleid en het afleggen van verantwoording. Ook heeft de overheid de taak om patiënten te voorzien van toegankelijke informatie over de mogelijkheden om zorg te gebruiken in het buitenland. Deze rol wordt deels vervuld door het NCP. Als het gaat om het verstrekken van algemene en specifieke informatie over grensoverschrijdende zorg aan patiënten, spelen ook zorgverzekeraars een belangrijke rol. Het is van belang dat verzekeraars zelf goed op de hoogte zijn van de ingewikkelde regels rond grensoverschrijdende zorg en voldoende gekwalificeerd personeel hebben om verzekerden informatie te geven. Verder is gewenst dat zorgverzekeraars toetsen aan de nationale criteria bij het geven van toestemming voor een behandeling in het buitenland en de rekeningen voor grensoverschrijdende zorg goed controleren.

Op het gebied van informatievoorziening zijn diverse knelpunten gesignaleerd:

- Verantwoording over grensoverschrijdende zorg vindt plaats binnen de begrotings- en verantwoordingsstukken van VWS. De passages in de begroting en verantwoording zijn op hoofdlijnen. Alleen de totale kosten binnen en buiten het mpb worden vermeld.
- niet alle gewenste basisinformatie over grensoverschrijdende zorg is op een overzichtelijke wijze beschikbaar: de informatie is verbrokkeld en niet volledig. Bovendien vindt rapportage niet consistent op kas- of transactiebasis plaats, waardoor algemene ontwikkelingen in de tijd moeilijk te achterhalen zijn. Doordat de informatie alleen op hoofdlijnen beschikbaar is, zijn ook de uitgavenontwikkelingen van de verschillende patiëntenstromen binnen de grensoverschrijdende zorg moeilijk te achterhalen. Dit geeft beperkte aanknopingspunten om goed te bepalen op welke patiëntenstromen beter gestuurd zou moeten worden. Op het ogenblik valt bijvoorbeeld niet aan te geven hoeveel grensoverschrijdende zorg Zvw-verzekerden in totaal gebruiken in België of Duitsland, omdat de informatie op basis van rekeningen die bij de zorgverzekeraars binnenkomen niet naar land wordt gerapporteerd. Ook valt niet te zeggen hoeveel spoedeisende zorg Zvw-verzekerden in het buitenland gebruiken. Voor zorg via de Zvw-route wordt dit helemaal niet gerapporteerd en zorg via de EHIC-route heeft betrekking op een breder begrip (medisch noodzakelijke zorg);
- de Verzekerdenmonitor, die VWS jaarlijks opstelt op basis van cijfers van het CVZ en Agis, bevat wel gedetailleerde informatie maar besteedt vooral aandacht aan grensoverschrijdend zorggebruik van verdragsgerechtigden. Op andere patiëntenstromen binnen grensoverschrijdende zorg gaat de Verzekerdenmonitor vrijwel niet in;
- bij verzekerden is in veel gevallen onduidelijkheid over de mogelijkheden van grensoverschrijdende zorg. Zij weten vaak niet welke mogelijkheden grensoverschrijdende zorg biedt en welke spelregels daaraan verbonden zijn. Dit kan er toe leiden dat ze onder- of oververzekerd zijn in het buitenland[58];
- het risico bestaat dat controle op grensoverschrijdende zorg of strikte toepassing van het toestemmingsvereiste minder aandacht krijgt van de zorgverzekeraars omdat zij zich zorgen maken over hun imago of verwachten dat de baten niet tegen de kosten opwegen (tijdens de interviews is o.a. naar

58 Verschillende zorgverzekeraars hebben gevallen genoemd van mensen die ten onrechte in de veronderstelling verkeerden dat ze in het buitenland goed verzekerd waren met alleen de basisverzekering.

voren gekomen dat het controleren van declaraties op het terrein van grensoverschrijdende zorg tijd- en geldrovend kan zijn en dat het afwijzen van declaraties of weigeren van toestemming kan leiden tot negatieve publiciteit).

Doel beleidsaanbeveling Verbeteren informatievoorziening en toezicht op verzekeraars
Deze beleidsaanbeveling is gericht op het verbeteren van de informatievoorziening over de grensoverschrijdende zorg, zodat een inzichtelijke basisset aan informatie beschikbaar komt die de overheid kan gebruiken als basis van de beleidsontwikkeling en verantwoording. Daarnaast richt deze beleidsaanbeveling zich op het beschikbaar stellen van relevante informatie aan patiënten, zodat zij beter in staat worden gesteld om goed onderbouwde keuzes te maken bij het afsluiten van een (aanvullende) zorgverzekering en het gebruik van grensoverschrijdende zorg. Verder heeft de toezichthouder als taak om te bekijken of verzekeraars optimaal controleren bij grensoverschrijdende zorg.

Verbeteropties
Voor het verbeteren van de informatievoorziening en de controle op verzekeraars ziet de werkgroep de volgende mogelijkheden[59]:

1a) Het is gewenst dat de minister van VWS er zorg voor draagt dat gegevens over grensoverschrijdende zorguitgaven uitvoeriger en overzichtelijker in de begroting van VWS zijn te vinden. Daarnaast is het aan te raden om in één rapportage gedetailleerde informatie op te nemen over het grensoverschrijdende zorggebruik door verdragsgerechtigden en door Zvw-verzekerden. De informatie over grensoverschrijdende zorguitgaven door Zvw-verzekerden moet in zijn geheel worden gerapporteerd, zowel voor rekeningen die via de verzekeraar binnenkomen als voor rekeningen via het CVZ. De ontwikkeling van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg wordt op deze manier beter inzichtelijk voor beleidsmakers en indien noodzakelijk kunnen zij op goed onderbouwde wijze bijsturen.

   Om een goede rapportage over grensoverschrijdende zorg op te kunnen stellen zijn de volgende aanpassingen in ieder geval noodzakelijk:
   - De Minister van VWS presenteert meer uitgebreide, consistente en inzichtelijke informatie over grensoverschrijdende zorg in de begroting;
   - het CVZ rapporteert voor alle onderdelen van de informatievoorziening in ieder geval ook op transactiebasis[60]. Momenteel rapporteert het CVZ de kosten die Zvw-verzekerden maken via de Europese route - en waarbij het CVZ dus al verbindingsorgaan optreedt - niet op zuivere transactiebasis. Door alle kosten tevens op transactiebasis te presenteren ontstaat beter inzicht in de kostenontwikkeling van de grensoverschrijdende zorg;
   - de minister van VWS laat een uitgebreidere informatieset opvragen bij zorgverzekeraars. Deze informatie vormt input voor de jaarlijkse rapportage. Variabelen die beter inzicht in de ontwikkeling van grensoverschrijdende zorg kunnen bieden maar die nu nog niet via de zorgverzekeraars worden verzameld zijn bijvoorbeeld het land waar zorg verleend is, het type zorg dat is verleend of er sprake is van spoedeisende of geplande zorg en of het gecontracteerde zorg betreft of niet;

59 Mogelijkheden om de kwaliteit van de informatiestromen van de Europese route te verbeteren, komen aan de orde in beleidsoptie 2.
60 CVZ kan er uiteraard voor kiezen om daarnaast voor andere doeleinden op een andere wijze te rapporteren.

- verder zou het nuttig zijn om de informatiestromen via CVZ en via de verzekeraars op elkaar af te stemmen wat betreft de kenmerken waarnaar de zorg is te onderscheiden. In dat geval zouden bijvoorbeeld beide stromen worden gerapporteerd naar type zorg of spoedeisendheid van de zorg volgens dezelfde indeling. Dit is een ambitieuze gedachte omdat de beschikbaarheid van gegevens via de Europese route niet zo eenvoudig aan te passen is. Op termijn zou Nederland hier naar toe kunnen werken, zodat meer gedetailleerde gegevens over de grensoverschrijdende zorg gebruikt door Zvw-verzekerden beschikbaar komen.

1b) De minister van VWS stimuleert zorgverzekeraars om nog transparantere en betere informatie te verschaffen aan verzekerden over de mogelijkheden om gebruik te maken van grensoverschrijdende zorg, over de verschillende routes die verzekerden kunnen kiezen (Europese routes of Zvw-route) en de consequenties hiervan voor de vergoeding van de kosten. Ook worden verzekerden meer bewust gemaakt van de financiële risico's die zij kunnen lopen indien zij zorg gebruiken in het buitenland.

1c) De NZa zou het toezicht kunnen intensiveren op de controlerende functie van verzekeraars rond grensoverschrijdende zorg onder de basisverzekering: controleren zorgverzekeraars voldoende op fraude, oneigenlijk gebruik en ongepast zorggebruik en worden vergoedingen terecht in de risicoverevening gebracht? Uitgangspunt hierbij is dat de NZa - net als bij zorg in die in Nederland wordt verleend - controleert of zorgverzekeraars op de genoemde vijf criteria voor vergoeding toetsen.

Aanbevelingen
Bovenstaande opties om de informatievoorziening te verbeteren brengen uitvoeringskosten met zich mee, maar zullen het inzicht in het gebruik van grensoverschrijdende zorg aanzienlijk verbeteren. Dit inzicht is van belang om de kostenontwikkeling goed te kunnen monitoren en tijdig in te kunnen grijpen indien de ontwikkelingen daar aanleiding toe geven. Dit voordeel zal naar verwachting opwegen tegen de toename van de uitvoeringslast bij de overheid en bij zorgverzekeraars, behalve misschien bij het harmoniseren van informatie via de zorgverzekeraars en via CVZ naar achtergrondkenmerken. Het harmoniseren van data naar achtergrondkenmerken (d.w.z. de informatiestromen via het CVZ en via de verzekeraars op elkaar afstemmen wat betreft de kenmerken waarnaar de zorg is te onderscheiden) is een ambitie voor de langere termijn.
De werkgroep acht het verstandig om toezicht te houden op de controleactiviteiten van zorgverzekeraars rond de grensoverschrijdende zorg die onder de risicoverevening wordt gebracht. Uiteraard kunnen verzekeraars er voor kiezen kosten niet onder te brengen in de risicoverzekering, maar uit andere middelen te betalen (bijvoorbeeld een coulancepotje). In dat geval hebben zij natuurlijk de vrijheid om ruimhartiger te zijn.

De werkgroep beveelt aan om elk van bovenstaande verbeteropties 1a tot en met 1c uit te voeren om daarmee informatievoorziening en het toezicht op het terrein van grensoverschrijdende zorg te verbeteren. Het in het oog houden van de balans tussen de baten van betere informatie en extra administratieve lasten is daarbij van belang.

5.2.2 *Beleidsoptie 2: Agenderen in Europa*

In paragraaf 3.2 zijn de Europese Sociale zekerheidsverordening en de Richtlijn betreffende de bescherming van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg toegelicht. Uit deze Verordening en Richtlijn vloeien wetgeving en regels voort die de Europese lidstaten in acht dienen te nemen.
Zoals uit de analyse blijkt, hebben de verzekeraars beperkte sturingsmogelijkheden bij het gebruik van de EHIC (medisch noodzakelijke zorg op basis van de Verordening). Bij geplande zorg op basis van de Verordening en de Richtlijn is de situatie anders, omdat dan voorzien is in een toestemmingsvereiste.

Doel beleidsaanbeveling Agenderen in Europa

Het doel van deze aanbeveling is om knelpunten voor het Nederlandse systeem als gevolg van Europese afspraken en regelgeving (zowel op gebied van de Verordening als de Richtlijn) te agenderen in Europa, zodat op Europees niveau naar een oplossing kan worden gezocht.
Om succesvol te kunnen opereren in Europa kan een case-by-case benadering worden toegepast: inventariseren welke knelpunten er zijn en deze helder toelichten, vervolgens coalities zoeken met lidstaten die ook met problemen kampen op dit dossier en voorstellen doen hoe strakker gestuurd kan worden om deze problemen op te lossen. Daarbij is ook het momentum van belang. Een goede gelegenheid om mogelijke problemen met de Richtlijn te bespreken zou bijvoorbeeld medio 2015 kunnen zijn, wanneer de Voortgangsrapportage door de EC wordt uitgebracht. Dit biedt ook de mogelijkheid om voorbereidingen te treffen om dit onderwerp te agenderen tijdens het Nederlands Voorzitterschap van de EU (eerste helft 2016). Tijdig overleg met de Europese Commissie is van belang, om te bezien welke mogelijkheden er zijn.

Verbeteropties

Zoals aangegeven doen belangrijke knelpunten voor verzekeraars zich in de praktijk voor bij noodzakelijke zorg via de Verordening (waarbij de EHIC wordt gebruikt). Mogelijke verbeteringen die voor bovenstaande benadering in aanmerking komen zijn onder andere:

2a) Het verbeteren van de controleerbaarheid van declaraties via de EHIC-route. Op Europees niveau kunnen strakkere afspraken worden gemaakt over de informatie die declaraties moeten bevatten[61]. Op basis van deze aanvullende informatie in de declaraties ontstaat beter inzicht in mogelijk oneigenlijk gebruik. Er kunnen afspraken worden gemaakt over het versterken van het toezicht in het land waar de behandeling plaatsvindt. In het geval dat er vermoedens zijn dat bepaalde zorgaanbieders onjuist handelen bij het uitvoeren van behandelingen en/ of het indienen van declaraties, treedt in eerste instantie het CVZ in overleg met het verbindingsorgaan van de betreffende lidstaat om de situatie aan de kaak te stellen. Indien noodzakelijk kan het overleg worden opgeschaald.
Voor buitenlandse zorgaanbieders brengt het versterkte toezicht geen nieuwe eisen met zich mee; ze moesten altijd al declareren in overeenstemming met de regels van hun land.

2b) Met de Europese Commissie en EU-lidstaten in gesprek gaan over de problemen die voortvloeien uit de EHIC en het naast elkaar bestaan van twee Europese routes voor grensoverschrijdend zorggebruik (via de Verordening en de

61 Het zou onder andere interessant zijn om over internationaal vergelijkbare diagnose-informatie te beschikken (bijvoorbeeld ICD10). Dit vergt overleg over privacyaspecten.

Richtlijn). Goede mogelijkheden voor de beheersing en controle van grensoverschrijdende zorguitgaven verdienen meer aandacht in Europa. Daarbij kan worden verkend of de EHIC het juiste instrument is om de voordelen van grensoverschrijdende zorg te bereiken.

Aanbevelingen
De werkgroep beveelt aan om draagvlak binnen Europa te zoeken voor een betere controle op het juiste gebruik van de EHIC en declaraties via de EHIC-route (optie 2a). Het ter discussie stellen van het instrument de 'EHIC' om grensoverschrijdende zorg te faciliteren (optie 2b) is ingrijpender. Er kan eerst nog aanvullend onderzoek worden gedaan naar mogelijke alternatieven voor de EHIC, hoe de problemen kunnen worden ondervangen, en een uitgebreidere afweging plaatsvinden met de voordelen die de EHIC biedt en de waarde die hieraan gehecht wordt binnen Europa.

5.2.3 *Beleidsoptie 3: Versterken sturende rol zorgverzekeraar*[62]

De regie van de zorgverzekeraar is het uitgangspunt in het Nederlandse zorgstelsel. Sleutel in dit systeem is dat de verzekeraar als inkoper van zorg door selectief te contracteren zijn verzekerden van goede zorg voorziet tegen een acceptabele prijs. Een verzekeraar zal a priori geen bezwaar hebben tegen grensoverschrijdende zorg, mits dit gepaste zorg betreft die een goede prijs/kwaliteitsverhouding heeft. Uit de analyse in hoofdstuk 4 blijkt dat het bij grensoverschrijdende zorg moeilijker is voor zorgverzekeraars om te waarborgen dat de geleverde zorg doelmatig en van goede kwaliteit is.

Doel beleidsaanbeveling Versterken sturende rol van de zorgverzekeraar
De opzet van onderstaande voorstellen is om de regie van zorgverzekeraars ten aanzien van grensoverschrijdende zorg te vergroten.

Reeds ingezet beleid
De minister van VWS heeft een wetsvoorstel[63] ingediend om artikel 13 van de Zvw zodanig aan te passen dat zorgverzekeraars grotere vrijheid krijgen om een korting op de vergoeding toe te passen indien een verzekerde met een naturapolis gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg. De wijziging in artikel 13 maakt het voor zorgverzekeraars mogelijk om bij naturapolissen alleen nog zorg bij gecontracteerde aanbieders in het buitenland te vergoeden, onder voorwaarde dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg binnen en buiten Nederland gelijk is en dat de verzekeraar aan de zorgplicht voldoet.

Verbeteropties
In paragraaf 5.2.2 zijn voorstellen gedaan om te proberen de Europese regels voor grensoverschrijdende zorg te verbeteren. Deze verbeteringen bieden een betere uitgangspositie voor verzekeraars om hun sturende rol op te pakken bij noodzakelijke grensoverschrijdende zorg in het geval dat verzekerden gebruik maken van de EHIC. De onderhavige beleidsoptie richt zich op de mogelijkheid om zorgverzekeraars meer sturingsmogelijkheden te geven bij geplande grensoverschrijdende zorg.

62 De mogelijkheden van de verzekeraar om te sturen zijn bij de restitutiepolis aanmerkelijk beperkter dan bij de naturapolis. Dit is eigen aan het karakter van de restitutiepolis. Waar dit gevolgen heeft voor de voorstellen zal dit worden opgemerkt.
63 Wijziging Wet marktordening gezondheidszorg (TK2011-2012, 33.362, nr. 3).

3a) Wettelijk vastleggen toestemmingseis in de Zvw
Indien verzekerden voor geplande zorg naar het buitenland willen, en een beroep willen doen op de Verordening, dan is voorafgaande toestemming van het bevoegd orgaan noodzakelijk (via een S2-formulier). Ook de Richtlijn biedt zorgverzekeraars mogelijkheden voor het werken met een systeem van voorafgaande toestemming voor intramurale zorg en bepaalde vormen van extramurale zorg. Dit toestemmingsvereiste is echter niet wettelijk vastgelegd in de Zvw, waarmee de overheid het aan individuele zorgverzekeraars overlaat om het toestemmingsvereiste te hanteren bij geplande zorg in het buitenland. De meeste zorgverzekeraars hebben dit vormgegeven door in hun polisvoorwaarden voorafgaande toestemming bij geplande zorg in het buitenland op te nemen. De overheid kan verzekeraars stimuleren om meer sturing uit te oefenen op geplande grensoverschrijdende zorg door het toestemmingsvereiste vaker in te zetten.

Om zeker te zijn dat sturing door zorgverzekeraars op het gebied van geplande grensoverschrijdende zorg toeneemt, kan de overheid het toestemmingsvereiste in de Zvw wettelijk verankeren. Zorgverzekeraars worden in dat geval verplicht een toestemmingseis te stellen in het geval van grensoverschrijdende geplande zorg en indien de verzekerde een naturapolis heeft. Een verzekerde heeft dan alleen recht op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland als er voorafgaand aan de behandeling toestemming is gevraagd aan de zorgverzekeraar. Als de zorgverzekeraar toch zorgkosten vergoedt als voorafgaande toestemming niet is verleend, dan gebeurt dit onrechtmatig.

Het vergroten van de sturing op grensoverschrijdende zorg middels een verplicht toestemmingsvereiste heeft ook nadelen, zoals een toename van de uitvoeringslasten bij zorgverzekeraars.

Aanbevelingen
De werkgroep beveelt aan om de toestemmingseis nog niet wettelijk vast te leggen. Verzekeraars kunnen deze eis nu ook stellen als ze dat willen (via de polisvoorwaarden). Als in de toekomst blijkt dat de sturing op geplande grensoverschrijdende zorg toch onvoldoende is, kan alsnog worden besloten om het toepassen van de toestemmingseis wettelijk te verankeren.

5.2.4 Beleidsoptie 4: Bewerkstelligen communicerende vaten

Grensoverschrijdende zorg en binnenlandse zorg zouden communicerende vaten moeten zijn. Immers, bij een optimaal gebruik van grensoverschrijdende zorg, zou een toename van grensoverschrijdende zorg ertoe moeten leiden dat de zorgvraag in Nederland afneemt. Een uitzondering hierop vormt zorg die in Nederland niet geleverd kan worden, maar die wel gepast is en van goede kwaliteit.

Toenemend gebruik van grensoverschrijdende zorg wordt momenteel niet verrekend met het mpb. Dat betekent dat de toegestane binnenlandse zorguitgaven niet naar beneden worden bijgesteld als er meer zorg in het buitenland geleverd wordt. Op deze manier blijft het zorgaanbod in Nederland groter dan noodzakelijk en treedt het risico van aanbodgeïnduceerde vraag op.

Doel beleidsaanbeveling Bewerkstelligen communicerende vaten
Uitgaven aan grensoverschrijdende zorg en binnenlandse zorguitgaven kunnen meer als communicerende vaten gezien worden, zodat de totale zorgkosten beter beheersbaar zijn.

Verbeteroptie

4a) Bewerkstelligen communicerende vaten
De werkgroep beveelt aan om te onderzoeken wat ervoor nodig is om binnenlandse zorg en grensoverschrijdende zorg communicerende vaten te laten zijn. Momenteel zijn er tot en met 2017 binnen de curatieve sector bestuurlijke afspraken gemaakt over groei en substitutie. In deze hoofdlijnenakkoorden is nog geen rekening gehouden met grensoverschrijdende zorg. Indien na deze periode weer afspraken worden gemaakt binnen de sector, zou rekening moeten worden gehouden met grensoverschrijdende zorg.
Hierbij is te overwegen om bij de vaststelling van het mpb voor Nederlandse medische specialistische zorg rekening te houden met de ontwikkeling van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg. Concreet betekent dit dat indien de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg toenemen, als gevolg van meer gebruik van zorg in het buitenland, dat het mpb voor Nederlandse medisch specialistische zorg hierop naar beneden wordt aangepast. Belangrijk hierbij is dat de spelregels voorafgaand aan het jaar duidelijk zijn voor alle partijen. Nadat eenmaal afspraken zijn gemaakt over de toegestane uitgaven, kunnen deze niet meer met terugwerkende kracht worden aangepast. Een bijstelling van het mpb vanwege grensoverschrijdende zorg kan alleen in de toekomst.

5.2.5 Beleidsoptie 5: Aanpassen bijdrage verdragsgerechtigden

In 2012 betaalde Nederland in totaal 280,9 miljoen euro aan buitenlandse verzekeringsinstellingen voor zorgverlening aan verdragsgerechtigden. De bijdragen van verdragsgerechtigden aan het CVZ bedroegen in 2012 103,4 miljoen euro. De kosten en opbrengsten van verdragsgerechtigden zijn dus niet met elkaar in overeenstemming. Voor een deel heeft dit te maken met de verzekerdenpopulatie. De populatie van verdragsgerechtigden kent namelijk relatief veel 65-plussers. Daarnaast wordt een deel van het verschil tussen bijdragen en uitgaven veroorzaakt doordat bij verdragsgerechtigden geen eigen risico wordt geïnd in verband met. de hoge administratieve lasten. Echter het volledige verschil tussen de ontvangen bijdragen en betaalde zorgkosten kan hiermee niet verklaard worden.

Het CVZ heeft weinig mogelijkheden om te sturen op het zorggebruik van verdragsgerechtigden en de daarmee samenhangende kosten. Tevens is het CVZ niet risicodragend voor deze groep. Hierdoor zijn er weinig prikkels om te komen tot doelmatig zorggebruik door deze groep verzekerden. Dit past ook niet binnen het systeem van de Verordening waarbij de zorg verleend wordt conform de wetgeving van het woonland.

Doel beleidsaanbeveling Verdragsgerechtigden
Onderstaande beleidsopties hebben als doel de kosten en baten van Verdragsgerechtigden beter in beeld te brengen en meer met elkaar in overeenstemming te brengen. Daarvoor zijn verschillende maatregelen te overwegen.

Verbeteropties

5a) Actualisering van de woonlandfactor
Het is van belang dat de woonlandfactor een goede weerspiegeling geeft van het verschil in kostenniveau tussen het woonland en Nederland. Nu is de berekening van de woonlandfactor voor sommige landen gebaseerd op verouderde gegevens[64]. Door de woonlandfactor regelmatig te herijken en te baseren op recentere gegevens en inzichten kunnen de kosten en baten van verdragsgerechtigden beter op elkaar afgestemd worden.

5b) Verdragsgerechtigden moeten een eigen risico gaan betalen indien zij voor behandeling naar Nederland komen. Momenteel wordt bij verdragsgerechtigden uit praktische overwegingen geen eigen risico in rekening gebracht. De berekening van het eigen risico is namelijk gebaseerd op het aantal dagen dat iemand in Nederland verblijft wat er toe leidt dat de kosten voor het innen van het eigen risico vaak hoger zijn dan de baten. Bij deze optie dienen verdragsgerechtigden net als Zvw-verzekerden eerst zelf het eigen risico te voldoen en vindt vergoeding pas plaats als het eigen risico gevuld is.
Dit wordt mogelijk door dezelfde systematiek als voor Zvw-verzekerden te hanteren (eigen risico per jaar geldt bij gebruik van zorg in Nederland).

5c) De verdragsbijdrage verhogen voor zorggebruik in Nederland
Door de Europese Verordening hebben verdragsgerechtigden (die recht hebben op zorg ten laste van Nederland) zonder voorafgaande toestemming van het bevoegd orgaan (het CVZ) recht op zorg in Nederland. De kosten hiervan komen ten laste van Nederland[65]. Verdragsgerechtigden die een lagere verdragsbijdrage betalen dan de Zvw-verzekeringspremie, maken dan (voor een deel) gebruik van duurdere zorg dan waarvoor ze betalen. Dit kan worden opgelost door de verdragsbijdrage aan te passen voor zorggebruik in Nederland. Nadeel van deze optie is dat ook mensen moeten bijbetalen die in landen met goedkope zorg wonen en geen zorg in Nederland gebruiken.

Aanbevelingen
Het actualiseren van de woonlandfactoren valt in ieder geval aan te bevelen. Het toepassen van het eigen risico bij zorggebruik van verdragsgerechtigden in Nederland (5b) en het verhogen van de verdragsbijdrage (5c) grijpen beide aan bij hetzelfde probleem en moeten dus in samenhang worden bezien. Deze opties kunnen worden gecombineerd, maar het is ook mogelijk om voor een van beide te kiezen. Optie 5b heeft in eerste instantie de voorkeur, omdat verdragsgerechtigden die er voor kiezen geen zorg in Nederland te gebruiken, dan geen financieel nadeel ondervinden.

5.2.6 Beleidsoptie 6: Grensoverschrijdende samenwerking zorgaanbieders

Europese specialisatie
Specialisatie op Europees niveau kan leiden tot lagere kosten en hogere kwaliteit. Moeilijk rendabel te maken investeringen in (zeer) kostbare apparatuur waar weinig patiënten gebruik van maken, kunnen in internationaal verband wel rendabel te

64 Waar voor een land alleen oude data over de gemiddelde zorgkosten beschikbaar zijn, worden zowel voor dat land als voor Nederland oude data gebruikt bij de berekening van de woonlandfactor.
65 Indien landen declareren op basis van gemiddelde kosten, komen de kosten die verdragsgerechtigden in Nederland maken bovenop het forfaitaire bedrag dat Nederland aan het woonland betaalt. Om dubbele betalingen voor Verdragsgerechtigden door Nederland te voorkomen, voorziet de Verordening in een korting van 5% op de door Nederland aan die landen te betalen gemiddelde kosten.

exploiteren zijn. Bovendien kan de kwaliteit verbeteren door zorg voor zeldzame aandoeningen meer te concentreren, omdat specialisten meer ervaring op doen doordat zij de behandeling vaker uitvoeren.

Problemen

- Internationale samenwerking en arbeidsverdeling tussen zorgcentra komt wellicht niet vanzelf tot stand, bijvoorbeeld omdat Nederlandse (academische) zorgaanbieders werken vanuit de gedachte dat alle (topreferente) zorg in Nederland aangeboden moet worden (zie NFU, 2012) en de zorgverzekeraars hier onvoldoende tegenwicht aan bieden.
- Verschillen in bekostigingssystemen tussen landen kunnen een obstakel vormen om samen te werken, bijvoorbeeld voor landen waar de vaste kosten niet in het tarief per behandeling zijn opgenomen.

Doel beleidsaanbeveling Europese specialisatie

Deze optie heeft als doel om Europese specialisatie te bevorderen zodat de voordelen daarvan behaald kunnen worden.

Verbeteropties

6a) In principe dienen zorgverzekeraars via selectieve contractering bij te dragen aan een optimale Europese specialisatie. Daar waar selectieve contractering door verzekeraars niet mogelijk is, of niet tot het gewenste resultaat qua Europese samenwerking leidt, kan de overheid een sturende rol spelen. Via de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) kan VWS in beperkte mate sturen op de mate waarin dure infrastructuur in Nederland wordt opgetuigd[66] door bepaalde verrichtingen aan een vergunning te onderwerpen of helemaal te verbieden.
Het is van belang te onderzoeken of het bij het afgeven van WBMV-vergunningen voor de exploitatie van een bepaalde dure zorgvoorziening mogelijk is rekening te houden met beschikbare capaciteit in het buitenland. Het is vervolgens aan de zorgverzekeraars om af te wegen bij welke instellingen in Nederland of in het buitenland zij contracten sluiten. Zodoende kan dan worden gerealiseerd dat bepaalde vormen van zeer gespecialiseerde zorg beperkt in Nederland worden aangeboden omdat zorgverzekeraars deze in het buitenland kunnen inkopen en dat bij andere vormen van gespecialiseerde zorg sprake is van overcapaciteit in Nederland in de verwachting dat patiënten naar Nederlandse ziekenhuizen zullen worden verwezen. Hoe dergelijke vormen van grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van zeer gespecialiseerde zorg vorm kunnen krijgen vergt nadere bestudering, waarbij relevant is dat Nederland er niet zomaar vanuit kan gaan dat bepaalde categorieën patiënten in het buitenland terecht kunnen of omgekeerd naar Nederland zullen komen om daar zeldzame dure infrastructuur te gebruiken.

66 De ervaringen met de juridische houdbaarheid van het beperken van het aanbod langs deze weg zijn wisselend. Uit een evaluatie van de WBMV blijkt voor de casus van de transcatheter hartklepinterventies dat ook concentratie binnen Nederland moeilijk is als een verrichting al op relatief veel plaatsen wordt aangeboden (zie Bouman et al. (2012)). Het tijdig identificeren van verrichtingen die onder de WBMV zouden moeten vallen is daarom belangrijk. Daarnaast is een probleem dat het beleid voor een belangrijk deel afhankelijk is van de medische expertise van beroepsbeoefenaren voor de ontwikkeling van kwaliteitsrichtlijnen, terwijl die experts ook eigen aanzienlijke belangen hebben. Dit kan wellicht worden opgelost door onafhankelijke deskundigen een grotere rol te geven (bv. het Kwaliteitsinstituut of een buitenlandse expert).

Aanbevelingen
De werkgroep beveelt aan om te onderzoeken of het mogelijk is bij het verlenen van WBMV-vergunningen rekening te houden met capaciteit in het buitenland en welke aanvullende stappen gezet moeten worden om dit mogelijk te maken.

Samenwerking in grensgebieden
Doordat uitgeweken kan worden naar het buitenland, hoeft er in grensgebieden in Nederland, België en Duitsland minder reservecapaciteit in het zorgaanbod aanwezig te zijn. Bijvoorbeeld bij het geven van traumazorg kan over de grens worden samengewerkt. Het is niet noodzakelijk om een compleet zorgaanbod in de periferie te organiseren. Patiënten uit grensgebieden kunnen er ook voor kiezen om geplande zorg in het buitenland te gebruiken, als alternatief voor een misschien verder weg gelegen of minder gewaardeerd binnenlands ziekenhuis. Voordeel hiervan is dat er minder investeringen in slecht exploiteerbare infrastructuur noodzakelijk zijn.

Problemen
In beginsel kunnen verzekeraars er gewoon voor kiezen om zorg in het nabije buitenland in te kopen en ziekenhuizen kunnen er voor kiezen om samenwerkingsverbanden aan te gaan. Er zijn wel een aantal mogelijke belemmeringen voor een patiëntenstroom over de grens: financieringssystemen die niet op elkaar aansluiten, verschillen in regelgeving en tegenwerking van buitenlandse verzekeraars of autoriteiten.

Doel beleidsaanbeveling Samenwerking in grensgebieden
Het doel van de gepresenteerde verbeteropties is om belemmeringen voor samenwerking in grensgebieden weg te nemen.

Verbeteropties
6b) Aanpassingen doen aan regelgeving of uitzonderingen/ontheffingen op de regelgeving afspreken waar regelgeving echt botst. Bijvoorbeeld: ambulances mogen niet met morfine de grens oversteken; hiervoor kan een ontheffing worden verleend.

6c) De praktische toepassing van procedures versnellen om belemmeringen voor grensoverschrijdende samenwerking te verminderen. Bijvoorbeeld: erkenning van diploma's van artsen in het buitenland binnen vastgestelde korte termijn regelen.

6d) Tegenwerking vanuit het buitenland is moeilijk te bestrijden zolang die op versluierde wijze plaatsvindt. Over dergelijke tegenwerking treedt de Nederlandse regering met de betreffende buitenlandse autoriteiten in overleg. Een verdergaande optie is de zaak aanhangig te maken bij het Europese Hof. De zorg valt immers onder het vrije verkeer van diensten.

6e) Nationale bekostigingssystemen voor de zorg zijn moeilijk te harmoniseren. Om de belemmering hier te verkleinen op een wat minder vergaande wijze zijn aparte regels voor grensoverschrijdend zorggebruik denkbaar. Bijvoorbeeld: buitenlandse patiënten betalen een integraal tarief bij het gebruik van geplande zorg. Deze tarieven dienen tenminste kostendekkend te zijn.

Aanbevelingen
Het aanpassen van botsende en belemmerende regelgeving en het versnellen van procedures is relatief eenvoudig (optie 6b en 6c). De werkgroep beveelt dan ook aan

om te starten met deze aanpassingen voor het bevorderen van samenwerking in grensgebieden. Ook het aangaan van de discussie met buitenlandse autoriteiten over tegenwerking kan relatief gemakkelijk. Als dit geen vruchten afwerpt is een verdergaande optie om het Europese Hof in te schakelen. Om financieringsproblematiek weg te nemen beveelt de werkgroep aan de mogelijkheid te onderzoeken om te gaan werken met aparte tarieven voor grensoverschrijdende zorg (optie 6e).

Export van Nederlandse zorg
Het Nederlandse zorgaanbod bevat gespecialiseerde en innovatieve zorg, maar trekt relatief weinig patiënten aan vanuit het buitenland. Het beter benutten van deze potentie biedt voordelen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor Nederlandse verzekerden. Daarom is het van belang te stimuleren dat Nederlandse zorgaanbieders oog hebben voor de buitenlandse markt. Hierbij is de vraag in hoeverre het een overheidstaak is om op 'export' van Nederlandse zorg in te zetten. Het verbeteren van de informatievoorziening kan aan de zorgpartijen zelf worden overgelaten. Er bestaat wel een duidelijke rol voor de overheid als het gaat om het wegnemen van belemmeringen die zorgaanbieders mogelijk ondervinden en het creëren van randvoorwaarden waaronder de Nederlandse zorg zich kan openstellen voor buitenlandse patiënten en buitenlandse samenwerking. Verder kan actieve promotie door middel van economische diplomatie deuren openen, maar dit heeft alleen nut als de wens voor internationalisering reeds bestaat in de Nederlandse zorg.

Verbeteroptie

6f) De ministers van EZ en VWS kunnen gezamenlijk nagaan in hoeverre Nederlandse zorgaanbieders de intentie en de wens hebben om buitenlandse patiënten aan te trekken. Als deze wens er is, kan actieve promotie door middel van economische diplomatie een bijdrage leveren. Tevens kunnen deze ministeries gezamenlijk onderzoeken of Nederlandse zorgaanbieders belemmeringen ondervinden bij het aantrekken van buitenlandse patiënten. Als dit het geval is, kan men in overleg met de relevante ministeries trachten deze belemmeringen weg te nemen.

Aanbevelingen
De IBO werkgroep beveelt aan om na te gaan of Nederlandse zorgaanbieders behoefte hebben aan ondersteuning door de relevante ministeries bij het aantrekken van buitenlandse patiënten, en – indien gewenst en mogelijk - deze ondersteuning te bieden.

Afkortingen

A	
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
B	
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BSN	Burgerservicenummer
C	
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
D	
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
DIS	DBC Informatiesysteem
DOT	DBC's op weg naar transparantie
E	
EER	Europese Economische Ruimte
EHIC	European Health Insurance Card
EU	Europese Unie
EZ	Ministerie van Economische Zaken
H	
HLA	Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord
I	
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
ICD	International Classification of Diagnoses
L	
LMR	Landelijke Medische Registratie
M	
MBI	Macrobeheersingsinstrument
Mpb	Macroprestatiebudget
MvT	Memorie van Toelichting
N	
NCP	Nationaal Contactpunt
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
P	
Pgb	Persoonsgebondenbudget
S	
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

U

UMC	Universitair Medisch Centrum

V

VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

W

WBMV	Wet op de bijzondere medische verrichtingen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning

Z

ZVF	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringswet

Begrippen

Acute zorg – Onvermijdelijke zorg omdat er sprake is van een spoedeisende situatie.

Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord – In de zorg afgesloten akkoorden die beogen de beheersing van de kosten te versterken door alle actoren te committeren aan groeiafspraken.

Budgettair Kader Zorg – Omvat de zorguitgaven die behoren tot het verzekerde pakket van de AWBZ en de Zvw, en de uitgaven van gemeenten in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) (gemeentefonds).

Electieve zorg – Zorg die niet spoedeisend is. Het betreft zorg waarvoor het medisch verantwoord is om deze enige tijd uit te stellen.

European Health Insurance Card (EHIC) – De EHIC geeft Europese verzekerden op basis van de Europese Sociale zekerheidsverordening recht op medisch noodzakelijke zorg tijdens een tijdelijk verblijf in landen die vallen binnen de EU/EER, Macedonië en Zwitserland. In geval van noodzakelijke zorg, kan een verzekerde zijn EHIC tonen en dan hoeft hij geen zorgkosten voor te schieten. De EHIC verzekert de zorgaanbieder van de betaling van de geleverde zorg door de zorgverzekeraar van de patiënt.

Europese Economische Ruimte – Alle landen van de Europese Unie, Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Europese Unie – Economisch en politiek partnerschap van landen in Europa, namelijk: België, Bulgarije, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden

Europese Sociale zekerheidsverordening – Zie Verordening

Gepaste zorg – Zorg die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is.

Geplande zorg – Zorg waar bewust voor gekozen wordt en die niet onverwacht is.

Grensoverschrijdende zorg – Het verkrijgen van medische zorg in het buitenland. Het gaat hierbij zowel om zorg die Nederlandse Zvw-verzekerden en verdragsgerechtigden in het buitenland krijgen, als om zorg die buitenlandse patiënten in Nederland krijgen.

Hinderpaalcriterium – Een bepaling die voortvloeit uit het vrij verkeer van diensten. Dit criterium komt erop neer dat een (buitenlandse) zorgaanbieder feitelijk niet gehinderd mag worden om zorg aan te bieden aan Zvw-verzekerden, doordat een Nederlandse zorgverzekeraar een te hoge korting op de vergoeding toepast indien een verzekerde met een naturapolis zorg consumeert bij een niet-

gecontracteerde zorgaanbieder. De korting op de vergoeding mag niet zo hoog zijn dat het een feitelijke hinderpaal ontstaat om niet-gecontracteerde zorg in te roepen.

Macro-prestatiebedrag (mpb) – Een bedrag dat zorgverzekeraars beschikbaar hebben voor de inkoop bij zorgaanbieders. Het mpb wordt afgeleid van het BKZ.

Naturapolis – Bij een naturapolis ontvangt de verzekerde geen vergoeding voor het gebruik van zorg, maar zorg in natura van een aanbieder met wie de verzekeraar een contract heeft gesloten. Indien de verzekerde zorg ontvangt bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, kan de zorgverzekeraar een lagere vergoeding uitbetalen (zie hinderpaalcriterium).

Orgaan van verblijfplaats – Dit orgaan regelt de zorg voor mensen die tijdelijk in Nederland verblijven en op grond van de Verordening zorg nodig hebben.

Orgaan van woonplaats – Dit orgaan regelt de zorg in Nederland voor mensen die in Nederland wonen en over de grens werken (en hun gezinsleden).

Recht op vrij verkeer van personen – Dit houdt in dat iedere burger van de EU of de EER die in het bezit is van een geldige identiteitskaart of een geldig paspoort, het recht heeft het grondgebied van een lidstaat te verlaten om zich naar een andere lidstaat te begeven.

Restitutiepolis – Bij een restitutiepolis kiest de verzekerde zelf de zorgverlener, die niet gecontracteerd hoeft te zijn. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de zorg. Indien het om een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, kan het zijn dat de verzekerde zelf de rekening voor moet schieten.

Richtlijn betreffende de bescherming van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg – Het uitgangspunt van deze Richtlijn is dat EU-onderdanen in beginsel recht hebben op medische zorg in een andere lidstaat en op vergoeding van de kosten als het zorg betreft die tot het verzekerde pakket behoort. De vergoeding zou maximaal het bedrag moeten zijn dat de patiënt in eigen land vergoed zou hebben gekregen voor deze zorg.

Treeknorm – Maximaal aanvaardbare wachttijd in de zorg. Zorgaanbieders en verzekeraars hebben hierover afspraken gemaakt.

Verdragsbijdrage – Bijdrage die verdragsgerechtigden betalen voor de aanspraak op zorg die voor de rekening van Nederland komt. Deze is afgeleid van de Nederlandse nominale en inkomensafhankelijke bijdragen voor de Zvw en AWBZ.

Verdragsgerechtigden – In het buitenland wonende gezinsleden van Zvw-verzekerden en in het buitenland wonende gepensioneerden of uitkeringsontvangers en hun gezinsleden die niet aan de Nederlandse sociale verzekeringswetgeving onderworpen zijn, maar die op basis van de Verordening of een door Nederland gesloten bilateraal verdrag over de sociale zekerheid wel recht hebben op zorg ten laste van Nederland. Het CVZ treedt voor deze personen op als bevoegd orgaan.

Verdragslanden – EU/EER-landen en Zwitserland en landen buiten de EU/EER waarmee afspraken zijn afspraken gemaakt over aanspraak van burgers op medische zorg. Buiten de EU/EER zijn de verdragen zijn gesloten met Bosnië-

Herzegovina, Kosovo, Marokko, Macedonië, Montenegro, Kaapverdië, Servië, Tunesië, Turkije en Australië.

Verordening betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidstelsels - De Verordening voorziet in de mogelijkheid van het inroepen van medische zorg in een andere lidstaat. Het uitgangspunt is dat de zorg wordt geleverd en vergoed aan de verzekerde conform de wetgeving van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt.

Woonlandfactor – Een factor die de verdragsbijdrage afstemt op het zorgniveau van het woonland. Dit is het verhoudingsgetal tussen de gemiddelde kosten van zorg in het woonland en de gemiddelde kosten van zorg in Nederland.

Woonlandpakket – Het wettelijke verstrekkingenpakket dat geldt onder het sociale zekerheidsstelsel in het land waar verdragsgerechtigden wonen.

Bronvermelding

- Arrest van het Hof van Justitie, V.G. Müller-Fauré tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA en E.E.M. van Riet tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, zaak C-385/99, 13 mei 2003.
- Arrest van het Hof van Justitie, Abdon Vanbraekel en anderen tegen Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), zaak C-368/98, 12 juli 2001.
- Bouman, G., R. Keizer, M. Batterink, E. Thijssen, Evaluatie van de WBMV, Een onderzoek naar de effecten en doeltreffendheid van de WBMV, Significant, Barneveld (2012).
- College voor zorgverzekeringen, *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'*, op 17 november 2008 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,Publicatienummer 268 (Herziene druk d.d. 28 januari 2009)
- Glinos, I.A., N. Boffin and R. Baeten, *Contracting cross-border care in Belgian hospitals: an analysis of Belgian, Dutch and English stakeholder perspectives,* (2005).
- Hendriks, A.C., Gronden J.W. van de, en Sluijs, J.J.M., *Gezondheidszorg en Europees recht, pre advies,* Den Haag (2009).
- Holla Advocaten, *Grensoverschrijdende zorg vanaf 2013,* Eindhoven (2013).
- Jelfs, E. and R. Baeten, *Simulation on the EU Cross-Border Care Directive,* 24 November 2011, Final Report, OSE, EHMA, AIM, Brussel (2012).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, College voor Zorgverzekeringen, *Verslag van bevindingen Evaluatie buitenlandtaak*, Diemen (2012).
- Mei, A.P. van der, *De nieuwe Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg,* Nederlands Juristenblad, 2011/2049.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Verzekerdenmonitor 2013*, Den Haag (2013).
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), *Advies Contracteerruimte 2013, Advisering over de toereikendheid van de contracteerruimte 2013,* Utrecht, (2013).
- NFU, Samen verantwoordelijk, De academische zorg- en innovatiekracht van de umc's, Doelstellingen tot 2020: de visie van de NFU (2012).
- Observatorium voor Patiëntenmobiliteit, *Jaarverslag 2012*, Brussel (2013).
- Europees Parlement, Parlementaire vragen met verzoek om schriftelijk antwoord aan de Commissie, Ria Oomen-Ruijten en Esther de Lange (PPE), Brussel (2013).
- Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 *betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg*.
- Rosenmöller, M., M. McKee, R. Baeten (editors), *Patient Mobility in the European Union, Learning from experience,* World Health Organization, on behalf of the Europe 4 Patients project and the European Observatory on Health Systems and Policies (2006).
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, *Europa en de Nederlandse zorgverzekering,* Zeist (2010).
- Touw, K. van der, *Zorgverzekeringen en zorg over de grens*, *een praktijkgerichte benadering,* Rozendaal (2012).

- Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 *betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidstelsels.*
- Wismar et al., *Cross-border Health Care in the European Union, Mapping and analyzing practices and policies,* World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (2011).

Tweede Kamerstukken

- TK 33 362, nr. 3, *Wijziging Wet marktordening gezondheidszorg, Memorie van Toelichting*, ingediend op 10 september 2012.
- TK 33 400, nr. 1, *Vaststelling begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013*.
- TK 33 400, nr. 2, *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013, Memorie van Toelichting.*
- TK 33 750, nr. 1, *Vaststelling begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014.*
- TK 33 750, nr. 2, *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014, Memorie van Toelichting.*

Bijlage 1: Taakopdracht IBO Grensoverschrijdende zorg

Grensoverschrijdende zorg

Onderwerp

De uitgaven aan grensoverschrijdende zorg binnen het macroprestatiebudget (mpb) zijn de afgelopen jaren sterk gestegen: van 184 mln. euro in 2007 tot 324 mln. euro in 2011 (CVZ, 2012).

Dit IBO verkent de oorzaken van de toename in grensoverschrijdende zorg, daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar het spoedeisende en electieve aandeel in de groei. Daarnaast beziet dit IBO of deze zorg relatief duur of kosteninefficiënt is. Het IBO komt met mogelijkheden om de groei van deze uitgaven beter in lijn te brengen met het kabinetsbeleid, waarin een zeer beheerste groei van de Nederlandse zorguitgaven centraal staat, daarbij de nieuwe Europese Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg in acht nemend.

Voor het Nederlandse zorgstelsel is uitgangspunt dat zorgverzekeraars het zorgaanbod en de zorgkosten dienen te beïnvloeden door middel van contractering met zorgaanbieders. In 2013 moet de Europese Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg in de Nederlandse wetgeving geïmplementeerd zijn. In deze richtlijn is bepaald dat EU-onderdanen recht hebben op medische zorg in een andere lidstaat en op vergoeding van de kosten. Het risico bestaat dat geboekte resultaten op het beheersen van de zorguitgaven in Nederland, (deels) tenietgaan door een toename van het zorggebruik in het buitenland.

Hoewel het IBO zich zal concentreren op de grensoverschrijdende Zvw-zorg zal ook een korte analyse worden opgeleverd over de grensoverschrijdende AWBZ-zorg in relatie tot de op handen zijnde hervorming langdurige zorg.

Grondslag

Onderstaande tabel betreft de grensoverschrijdende zorg binnen en buiten het mpb. Relevant voor het mpb zijn de zorgkosten die gemaakt zijn in het buitenland door in Nederland woonachtige Zvw-verzekerden of Zvw-verzekerden die in het buitenland zorg krijgen. Voor 2012 raamde het CVZ deze kosten op circa 328 mln. euro. De grensoverschrijdende zorgkosten die buiten het mpb vallen, betreffen de lasten van internationale verdragen[67]. Deze kosten worden direct met het Zorgverzekeringsfonds verrekend.

67 De lasten zijn te verdelen naar verdragsgerechtigden (via CVZ) en ingezetenen in Nederland die in het buitenland verzekerd zijn. De verdragsgerechtigden zijn mensen die buiten Nederland wonen en niet aan Nederlandse sociale verzekeringswetgeving zijn onderworpen, maar op grond van een EG-verordening of door een Nederland gesloten verdrag inzake sociale zekerheid in hun woonland toch recht hebben op geneeskundige zorg ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. Tegenover het recht op zorg staat de verplichting voor verdragsgerechtigden om een bijdrage aan het CVZ te betalen. Daarnaast worden baten ontvangen voor de internationale verdragen, die in mindering op de lasten gebracht mogen worden. Dit zijn kosten van medische zorg van personen die verzekerd zijn in het buitenland en langdurig (ingezetenen van Nederland) of kortdurend verblijven in Nederland. Deze worden doorberekend aan de internationale verdragspartners.

Tabel I: Ontwikkeling van de Zvw-uitgaven Grensoverschrijdende zorg (Rijksbegroting 2013)[68]

Grensoverschrijdende zorg (bedragen x €1mln)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Grensoverschrijdende zorg (buitenland in mpb)	183,6	220,2	357,7	424,1	323,6	342,5	354,0	366,0	383,3	383,8
Grensoverschrijdende zorg (buitenland niet in mpb)	225,6	182,8	201,1	242,2	262,0	277,9	286,1	235,0	249,9	250,3
	409,2	**403,0**	**558,8**	**666,3**	**585,6**	**620,4**	**640,1**	**601,0**	**633,2**	**634,1**

Opdracht aan de werkgroep

Dit IBO brengt de oorzaken en effecten in kaart van de aanzienlijke groei van de grensoverschrijdende zorgkosten en verkent de mogelijkheden om deze beter te beheersen en deze uitgaven beter in lijn te brengen met de groeiafspraken uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015. Daarbij dient de nieuwe Europese Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg in acht genomen te worden. Om de mogelijkheden voor kostenbeheersing in kaart te brengen wordt:

- De ontwikkeling van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg geanalyseerd (welke factoren liggen ten grondslag aan de uitgavenstijging: waarom en voor welke zorg gaan mensen naar het buitenland, welke invloed hebben regionale samenwerkingsverbanden in de grensregio's etc.?). Daarbij wordt eveneens een vergelijking gemaakt met de groei van grensoverschrijdende zorgkosten in andere (Europese) landen en de ontwikkeling van de buitenlandse zorgvraag in Nederland;
- Een analyse gemaakt van zowel de risico's (relatief dure zorg, beheersbaarheid etc.) als de mogelijkheden voordelen van grensoverschrijdende zorg (internationale specialisatie, goedkopere zorg etc.);
- Bezien hoe zorgverzekeraars omgaan met zorgkosten die Zvw-verzekerden in het buitenland maken (kopen verzekeraars zorg in bij buitenlandse ziekenhuizen, maken verzekeraars afspraken over betaling van kosten met buitenlandse zorgaanbieders die populair zijn bij hun verzekerden of loopt betaling via CVZ);
- Onderzocht welke prikkels en instrumenten kunnen worden ingebouwd om doelmatig gebruik van zorg in het buitenland te stimuleren. Daarbij toetst de werkgroep of de RA-maatregelen ten aanzien van art 13 Zvw en restitutiepolis afdoende extra instrumenten opleveren en in welke mate EU regelgeving ingrijpen lastig maakt.
- De mogelijke (budgettaire) effecten van de implementatie van de nieuwe Europese Richtlijn op de vraag van Zvw-verzekerden naar grensoverschrijdende zorg in kaart gebracht;
- Verkend op welke manier onvoorziene effecten, die met de implementatie van de Europese richtlijn gepaard gaan, beheerst kunnen worden. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de spanning die kan ontstaan tussen het recht op medische zorg in het buitenland en de mogelijkheid van zorgverzekeraars om de kosten

68 In de cijfers voor 2016 en 2017 is de groeiruimte nog niet toegedeeld aan de grensoverschrijdende zorg. Voor 2013 tot en met 2015 geldt dat de loon- en prijsbijstelling nog niet is toegekeerd. Dit maakt een vergelijk met eerdere jaren (procentueel) ook lastig aangezien dat wel bedragen inclusief lpo zijn. Cijfer 2014 is lager vanwege maatregel werelddekking uit het basispakket (60 mln.). Voor 2012 en 2013 is deze maatregel geschrapt.

te beheersen door zorgaanbieders van hun voorkeur (in Nederland en/of buitenland) te contracteren.

De werkgroep heeft de concrete opdracht om:

- Beleidsvarianten te ontwikkelen teneinde de uitgavenontwikkeling voor buitenlandse zorg in lijn te brengen met die voor binnenlandse zorg, waarbij een beter overzicht van en sturing op grensoverschrijdende zorg wordt ontwikkeld. Daarbij dient tenminste één variant (al dan niet bestaande uit verschillende subvarianten) een aanzienlijke structurele besparing van de totale netto uitgaven voor grensoverschrijdende zorg op te leveren.
- Gezien de reële groei van de uitgaven voor grensoverschrijdende zorg, dient de werkgroep ook één of meerdere beleidsvarianten in beeld brengen die gericht zijn op het structureel beperken van de reële groei, zodanig dat deze groei op langere termijn niet hoger is dan de structurele reële BBP groei.
- De beleidsvarianten geven weer: de maatschappelijke voor- en nadelen (op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg), de budgettaire effecten (in het jaar waarop een maatregel kan ingaan en structureel), de ingeschatte effecten op de langere termijn niet-demografische volumegroei van de uitgaven, Europeesrechtelijke consequenties en de uitvoeringsaspecten van de variant.
- Een analyse op te leveren van de mogelijke consequenties van de hervorming langdurige zorg voor de grensoverschrijdende AWBZ-zorg.

Organisatie van het onderzoek

Samenstelling
Leden van de werkgroep: VWS, AZ, EZ en FIN.
Suggesties voor externe deskundigen in werkgroep: CVZ.
De werkgroep staat onder leiding van een onafhankelijke voorzitter, die wordt ondersteund door een secretariaat vanuit Financiën en VWS.

Overig
Het secretariaat start de voorbereidende werkzaamheden vanaf juni 2013. De werkgroep start formeel in september 2013 en dient haar eindrapport uiterlijk 1 maart 2014 in.
De omvang van het rapport is niet groter dan 30 bladzijden plus een samenvatting van maximaal 5 bladzijden.

Bijlage 2: Samenstelling werkgroep

Voorzitter

Bernard ter Haar	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Leden

Johan van den Berg	Ministerie van Financiën
Karel van den Broek	College voor Zorgverzekeringen
Inge Groot	Ministerie van Economische Zaken
Hugo van Kasteel	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Gelle Klein Ikkink	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Tijmen Oegema	Ministerie van Algemene Zaken

Secretariaat

Marcel Boere	Ministerie van Financiën
Pieter Boone	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Catharina Lavrijssen	Ministerie van Financiën
Esther Mot	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Adviseur aan de werkgroep

Martin Bontje	Zelfstandig adviseur

Bijlage 3: Overzicht werkbezoeken en geïnterviewde personen en expertbijeenkomsten

Werkbezoeken en geïnterviewde personen

Achmea
- Wim Broekhof
- Marlies Daris
- Rinske Lenstra
- Rob Out
- Lideke van Rees
- Bastiaan Schepman
- Karen Willemsen

CVZ
- Barry van Beek
- Lonneke Janssen
- Lex Koot
- Nicole van der Roer
- René van der Wissel

CZ
- Petra Egg
- Henny Kusters
- Nico Martens
- Rien Pijnenburg
- John Stevens

Maastricht UMC+
- Guy Peeters (vz. Raad van Bestuur)
- Huub van den Boorn (Financiën en Informatievoorziening)
- Piet Daemen (adviseur Raad van Bestuur)
- Prof. Koo van Overbeeke (Neurochirurg)
- Prof. Lodewijk van Rhijn (Orthopedisch Chirurg)
- Prof. dr. C.A.B. Webers (oogarts)

Menzis
- Alie Heirman
- Sybren Hornstra

Ministerie van Economische Zaken
- Gabrielle Krapels

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Marianne Vaes

ONVZ
- Jean-Paul van Haarlem
- Jack den Hartog
- Michiel van Schueren

SKGZ
- Gerard de Groot
- Danielle Janssen
- Kees van Kranenburg
- Renate Steinebach

UZ Gent
- Eric Mortier (CEO)
- Walter Leijs (directeur Financiën)
- Renaat Peleman (Hoofdarts)
- Rik Verhaeghe (directeur Verpleging)

VGZ
- Theodoor Bouw
- Marloes van Hees
- Roy Lemlijn
- Jan Mol
- Joris Prevo
- Emma van der Stel
- Mark de Smet

VUmc
- Chris Polman (lid Raad van Bestuur, neuroloog)
- Joost van Galen (hoofd zorgeenheid Spoedeisende hulp)
- Prabath Nanayakkara (hoofd Acute Opname Afdeling, Internist)
- Regina Terwisscha (strategisch adviseur Raad van Bestuur)

Expertbijeenkomsten

Expertbijeenkomst Europese regelgeving
- Mr. J.G.H. Draijer (Maastricht University)
- Prof. Mr. J. van de Gronden (Radboud Universiteit Nijmegen)
- Tom de Gans (ministerie van Buitenlandse Zaken – directie Juridische Zaken, Europees recht)
- Roland Driece (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – directie Internationaal Beleid)
- Clairette van der Lans (ministerie van Financien - Directie Buitenlandse Financiële Betrekkingen, EU)

Expertbijeenkomst met koepels patiëntenorganisaties en zorgaanbieders
- Anemone Bögels (NFK)
- Huub van der Boorn (NFU)
- Josine van der Kraan (NPCF)
- Kor Noorlag (NVZ)
- Herman Pieterman (NVvR)
- Brigitte van der Zanden (EPECS/Huis voor de Zorg)

Expertbijeenkomst met zorgverzekeraars
- Nicole Bootsma (Achmea)
- Bastiaan Schepman (Achmea)
- John Stevens (CZ)
- Maurice de Wert (CZ)
- Alie Heirman-Kamps (Menzis)
- Sybren Hornstra (Menzis)
- Theodoor Bouw (VGZ)
- Marloes van Hees (VGZ)
- Jan Mol (VGZ)
- Joris Prevo (VGZ)
- Jack den Hartog (ONVZ)
- Friso de Jong (ONVZ)
- Michiel van Schueren (ONVZ)