

## Voorwoord

De omvang van de invloeden van Europa op het Nederlandse gezondheidszorgstelsel wordt bepaald door ontwikkelingen die nu nog steeds gaande zijn. Dat feit bemoeilijkt het schrijven van een achtergrondstudie als het hierna volgende uiteraard. Desondanks is het van groot belang vroegtijdig de mogelijke knelpunten (afhankelijk van de uiteindelijke ontwikkelingen uiteraard) met betrekking tot de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel binnen Europa te onderkennen.

In deze achtergrondstudie wordt getracht een beeld te schetsen van de mogelijke knelpunten voor het economische ordeningssysteem van zorg, die kunnen ontstaan wanneer Europa zich in een bepaalde richting (vrije mededinging en vrij verkeer tussen lidstaten) blijft bewegen. Daarmee mag duidelijk zijn dat de mogelijke uitvloeisels hiervan staan of vallen met het daadwerkelijk realiseren van deze richting in Europa. Verder moet worden bedacht dat de schrijver van deze achtergrondstudie econoom is. Derhalve is vanuit een economische optiek naar de vaak sterk juridisch getinte problematiek in Europa gekeken.

Verder wil ik mr. dr. H.E.G.M Hermans, mr. J.P. Kasdorp en dr. F.T. Schut bedanken voor hun nuttige commentaar op een eerdere versie van deze studie. Verder mijn dank aan drs. S. Ghajar voor haar hulp bij het verwerken van de data-bestanden.



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Gezondheidszorg in Europa: een eerste analyse</b>	<b>13</b>
2.1	Vrij verkeer van personen, goederen en diensten	18
2.2	Decker en Kohll	21
2.3	Grensoverschrijding en gevolgen voor het stelsel	28
<b>3</b>	<b>Grensoverschrijdend zorgverkeer: de stand van zaken</b>	<b>30</b>
3.1	Patiënten stromen Nederland in	31
3.2	Experimenten met grensoverschrijdende zorg	55
3.3	Mobiliteit binnen Nederland	68
3.4	Conclusies	77
<b>4</b>	<b>Consequenties voor het Nederlandse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen</b>	<b>80</b>
4.1	De patiënt	80
4.2	De particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen	86
4.3	De zorgaanbieder	90
4.4	Knelpunten in het Nederlandse stelsel vanuit Europees perspectief	93
4.5	Conclusies en aanbevelingen	99
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>103</b>
	Bijlagen	
1	Nederlandse opnamen naar specialisme, 1998	111
2	Literatuur	113



## 1 Inleiding

Met het voortschrijden van de Europese integratie op tal van terreinen, wordt in toenemende mate de organisatie van de gezondheidszorg in de verschillende Europese lidstaten en (de verruimende mogelijkheden voor) het grensoverschrijdende zorgverkeer een belangrijk thema. Immers, voor het creëren van een gezamenlijke Europese ‘binnenmarkt’ voor goederen en diensten, moet het EU-inwoners vrij staan om deze goederen en diensten aan te schaffen waar zij dat graag willen, of dat nu in Nederland is of elders.

De discussie of gezondheidszorg een regulier goed is, dat via de markt kan worden aangeboden, en of dus bepaalde ‘marktregels’ als het stimuleren van concurrentie, het bewaken van consumentenvrijheid, afschaffing van prijs- en/of productieafspraken en dergelijke ook voor gezondheidszorg van toepassing zijn is een oude. Rice (1998) geeft een heldere uiteenzetting van de tekortkomingen van de markt bij de productie en allocatie van gezondheidszorg. Ook het speciale doel van gezondheidszorg, het verbeteren van de lengte en kwaliteit van leven, maakt dat velen gezondheidszorg als een uitzonderlijk goed zien. Echter, alhoewel gezondheidszorg in dit opzicht als een speciaal type goed kan worden beschouwd en ook de organisatie ervan niet via reguliere marktwerking tot stand komt, lijkt veel er op te duiden dat vanuit Europees perspectief de regels van vrij verkeer van goederen, diensten en personen op gezondheidszorg van toepassing zullen worden verklaard. Waar de Europese verdragen van Maastricht (1992) en Amsterdam (1997) zich nog voorzichtig met gezondheidszorg en gezondheidszorgbeleid inlaten, wordt de concrete koers van Europa met betrekking tot grensoverschrijding in de zorg momenteel meer gevormd door Europees-rechtelijke uitspraken. Zo hebben de uitspraken in de arresten Decker en Kohll een aanzienlijke mate van onrust teweeggebracht. Dit met name omdat de wettelijke mogelijkheden om personen alleen binnen de landsgrenzen geconsumeerde zorg te vergoeden hiermee lijken te vervallen. Alhoewel de uitspraken momenteel nog geen volledige vrijbrief (hoeven te) betekenen voor grensoverschrijdend zorgverkeer, zouden ze wel het begin kunnen vormen van een verregaande vervaging van de landsgrenzen bij zorgconsumptie.

Voor nationale overheden is het dan van belang vroegtijdig te beseffen welke consequenties het vervagen van landsgrenzen voor zorggebruik en zorgaanbod kan hebben op het eigen stelsel van zorgvoorzieningen en de financiering daarvan. Dat er gevolgen zullen zijn indien de grenzen inderdaad verder vervagen lijkt evident, maar welke omvang deze gevolgen hebben en welke eventuele aanpassingen of maatregelen getroffen dienen te worden is vooralsnog onduidelijk.

Aangezien er tussen Europese landen aanzienlijke verschillen kunnen bestaan in kwaliteit van zorg, in wachttijden voor bepaalde interventies of in beschikbaarheid van bepaalde (topklinische) voorzieningen zouden de gevolgen van het vervagen van landsgrenzen voor het nationale stelsel van gezondheidszorg omvangrijk kunnen zijn. In eerste instantie wellicht met name in de vorm van een toestroom van onbekende omvang van andere EU-inwoners richting de Nederlandse gezondheidszorg. Tevens kan een uitstroom van Nederlandse patiënten naar het buitenland ontstaan. Deze in- en uitstroom heeft verder wellicht consequenties voor de huidige ordening van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel. Andere aspecten van het vrije verkeer van goederen en diensten kunnen in dat kader tevens de organisatie van nationale zorgvoorzieningen verstoren. Hierbij kan worden gedacht aan het aanbieden van zorgdiensten aan Nederlanders in Nederland door buitenlandse aanbieders en de mogelijkheid om specifieke nationale wetgeving te handhaven binnen het grotere Europese kader. De wettelijke mogelijkheden voor de overheid om het aanbod van zorg te kunnen rantsoeneren kan wellicht botsen met Europese regelgeving ter bevordering van keuzevrijheid, marktwerking en vrije concurrentie.

Daar het buiten het bereik van de studie valt een uitputtende opsomming te geven van alle mogelijke consequenties van de voortschrijdende Europese eenwording, zal de nadruk worden gelegd op het geven van voorbeelden ter illustratie van de mogelijke gevolgen die vrije mededinging op de Europese gezondheidszorgmarkt en het vrije verkeer van personen, goederen en diensten voor het Nederlandse gezondheidszorgstelsel kunnen hebben. Bij deze gevolgen wordt met name de aandacht gericht op de positie van de verschillende actoren op de gezondheidszorgmarkt (verzekeraars, aanbieders en patiënten) en de stelselconsequenties. Verder wordt ingegaan op de omvang van grensoverschrijdend zorgverkeer voor het Nederlandse zorgstelsel en de patiëntenmobiliteit binnen Nederland. Met

het laatste kan een indruk worden verkregen van de reisbereidheid voor zorgconsumptie.

Op deze wijze wordt een beeld geschetst van de verschillende knelpunten die ontstaan indien de Europese regelgeving zich in een bepaalde richting verder ontwikkelt. Uiteraard is het van belang te bezien welke consequenties een dergelijke vervaging van de landsgrenzen voor de Nederlandse gezondheidszorg met zich meebrengt, niet in de laatste plaats om eventuele ongewenste effecten middels maatregelen tijdig te ondervangen. Ook kan het goed zijn om in nationale debatten over de inrichting van het zorgstelsel het grotere Europese kader niet uit het oog te verliezen, maar juist zorg te dragen voor een betere aansluiting bij de Europese gedachtes rond zorg en vrij economisch verkeer. Een treffend voorbeeld hierbij is wellicht de recente discussie rond privé-klinieken en bedrijvenpoli's. Daar waar in eerste instantie met name naar de nationale mogelijkheden om deze vorm van zorgaanbod effectief te kunnen verbieden werd gekeken, werd door anderen gewezen op de mogelijkheid voor de potentiële vragers van deze zorg om over de grens alsnog deze zorg te consumeren. Vroegtijdig signaleren van spanning tussen nationaal en Europees beleid is niet alleen voor de houdbaarheid, maar ook voor de geloofwaardigheid van de ingenomen koers van groot belang.

In deze achtergrondstudie zal het accent liggen op de economische implicaties van grensoverschrijdend zorgverkeer. Daarmee wordt in dit kader bedoeld hoe de economische ordeningsprincipes zoals deze thans van kracht zijn binnen het Nederlandse gezondheidszorgstelsel aanleiding geven tot grensoverschrijdend zorgverkeer en tevens of deze ordeningsprincipes bij een toenemende totstandkoming van een Europese gezondheidszorgmarkt gehandhaafd kunnen blijven.

Om deze achtergrondstudie verder te structureren zijn uit de bovenstaande bespreking een aantal belangrijke vragen gederiveerd, die binnen het kader van dit onderzoek verder worden uitgewerkt. Allereerst is daarbij grensoverschrijding en patiëntenmobiliteit van belang:

- a. Wat is op dit moment de stand van zaken met betrekking tot grensoverschrijdend verkeer en hoe ontwikkelt zich dat?
- b. Wat zijn de voornaamste redenen om zorg over de grens te consumeren en wat zijn remmende factoren?

- c. Welke mate van mobiliteit kennen patiënten met betrekking tot zorgconsumptie binnen Nederland?



Daarnaast zijn bredere vragen betreffende de positie van de verschillende actoren van belang en de houdbaarheid van de huidige ordeningsprincipes binnen het Nederlandse zorgstelsel:

- d. Wat zijn de consequenties voor verzekeraars en aanbieders van verdergaande eenwording van Europa ook met betrekking tot gezondheidszorg?
- e. Wat zijn de gevolgen voor de organisatie van het Nederlandse stelsel van zorgvoorzieningen?

Zoals valt op te maken uit de bovenstaande vragen zal met name worden getracht de mate van patiëntenmobiliteit, binnen en buiten Nederland in kaart te brengen en daarbij te inventariseren welke factoren een rol spelen bij de keuze van patiënten om al dan niet over de grens zorg te consumeren. Dit is van belang om de verstrekkendheid van de eerste implicatie van de arresten Decker en Kohll (Hof van Justitie, Decker v. Caisse de Maladie des Employes Prives, C-120/95, ECR 1998 (28 April 1998), I-1831; Hof van Justitie, Kohll v. Union des caisses de maladie, C-158/96, ECR 1998 (28 April 1998), I-1931), namelijk dat patiënten buiten de landsgrenzen zorg mogen consumeren, in te kunnen schatten. Immers, als blijkt dat patiënten niet of nauwelijks bereid zijn om te reizen voor zorgconsumptie, of dat er andere belemmeringen bestaan waardoor grensoverschrijding minder aantrekkelijk voor hen blijkt, dan is de vraag of (in ieder geval op kortere termijn) de arresten Decker en Kohll wel zo ingrijpend zijn in termen van grensoverschrijdend zorgverkeer. (Onder grensoverschrijdend zorgverkeer wordt hier tenzij anders vermeld verstaan *zonder toestemming vooraf* over de grens zorg consumeren). Uiteraard moeten de langere termijn consequenties en de daarmee samenhangende consequenties voor het Nederlandse gezondheidszorgstelsel hier deels los van worden gezien.

Bedacht moet worden dat deze studie wordt uitgevoerd op het moment dat de verstrekkendheid van de Europese regelgeving en de mogelijkheden voor eventuele protectionistische maatregelen van de afzonderlijke lidstaten nog onduidelijk is. Derhalve zullen de conclusies een 'als-dan' karakter hebben. Verder is het kader waarbinnen deze studie zich bevindt de huidige richting van de Europese ontwikkelingen en het huidige economische ordeningsprincipe van de Nederlandse gezondheidszorg.

De opbouw van de studie is als volgt. Allereerst zal in hoofdstuk 2 een eerste verkenning van de materie volgen.

Vervolgens zal het grensoverschrijdend zorgverkeer nader worden beschouwd en tevens de patiëntenmobiliteit binnen Nederland (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 komen de consequenties van een toenemende Europese invloed op het Nederlandse gezondheidszorgstelsel aan de orde. Tenslotte concludeert hoofdstuk 5 deze achtergrondstudie en daarin worden tevens enige aanbevelingen gedaan.

## 2 Gezondheidszorg in Europa: een eerste analyse

De gezondheidszorg wordt veelal gezien als een bijzonder type goed. Daar waar de overheid zich minder bemoeit met zaken als het aanbod van luxe consumptiegoederen of juist alledaagse noodzakelijke goederen, is de overheidsbemoeienis rond het zorgaanbod in vrijwel alle Europese landen aanzienlijk. Vanuit economisch perspectief is overheidsinterventie in deze sector niet onbegrijpelijk. Immers, veel van de normale randvoorwaarden voor goede marktwerking ontbreken in de zorg. Zo bestaat er te weinig informatie bij de patiënt om de eigen zorgvraag te kunnen formuleren, een duidelijke mate van (informatie-)macht bij de aanbieder, onzekerheid omtrent het optreden van ziekte en derhalve zorgbehoefte, enzovoort (Rice, 1998). Het simpelweg overlaten van de gezondheidszorg aan de markt zal bij het ontbreken van deze randvoorwaarden niet leiden tot optimale uitkomsten. Overheden hebben derhalve ingegrepen in de organisatie en financiering van zorg om hun burgers van goede en voldoende zorgvoorzieningen te kunnen voorzien. Niet alleen middels kwaliteitsregelgeving en -toezicht, maar ook middels rechtstreekse bemoeienis met (de omvang van) het aanbod, de organisatie van de zorg, de financiering van de zorg (al dan niet middels een systeem van sociale verzekeringen), et cetera. Echter, de mate waarin verschillende onderdelen van de zorg door de overheid worden geregeld, de wijze van organiseren van het zorgaanbod en de uiteindelijke hoeveelheid van zorg, de mate van collectieve financiering, enzovoort, verschillen sterk per land en gezondheidszorgstelsel (Van Doorslaer *et al.*, 1997; Hitiris, 1997; Saltman en Figueras, 1997; Rutten en Van Doorslaer, 1999; Van Kemenade en De Lint, 1998). Ook is er binnen bijvoorbeeld het Nederlandse stelsel veel discussie over alternatieve ordeningsprincipes, zowel op praktisch als op een meer theoretisch niveau (o.a. Borghuis-Lub en Lapré, 1995; Elsinga, 1997; Schut, 1995).

Dat het aanbod van zorg en de uitgaven aan zorg sterk kunnen verschillen per land wordt in de hieronder opgenomen tabellen nog eens geïllustreerd.

**Tabel 2.1: Methode van financiering in de EU-lidstaten**

Landen	Dominante financieringswijze	Belangrijke aanvullende financieringswijze
Finland, Griekenland, Ierland, Italië, Zweden, Spanje, Verenigd Koninkrijk	Publiek: Belastingen	Private, vrijwillige verzekering en directe betalingen
Denemarken, Portugal	Publiek: Belastingen	Directe betalingen
Oostenrijk, België, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg	Publiek: Sociale verzekering	Private, vrijwillige verzekering, directe betalingen en belastingen
Nederland	Gemengd: Verplichte sociale verzekering en vrijwillige private verzekering	Belastingen en directe betalingen

Bron: Health Care Systems in the EU: a comparative study. European Parliament, 1998

Uit tabel 2.1 blijkt dat Nederland een duidelijk afwijkende wijze van financiering kent ten opzichte van de andere EU-lidstaten, met name door de combinatie van een sociaal ziektekostenverzekeringssysteem en vrijwillige private verzekering.

**Tabel 2.2: Uitgaven per hoofd van de bevolking in 1996 in Ecu's voor enkele EU-lidstaten (wisselkoers)**

Land	Uitgaven per hoofd in Ecu's
Griekenland	546
Portugal	687
Ierland	748
Spanje	894
Engeland	1.079
Italië	1.258
Finland	1.422
België	1.616
Zweden	1.639
Denemarken	1.679
Nederland	1.698
Oostenrijk	1.753
Frankrijk	2.011
Luxemburg	2.279
Duitsland	2.384
Gemiddeld	1.387

Bron: Health Care Systems in the EU: a comparative study. European Parliament, 1998

Uit tabel 2.2 kan men concluderen dat de uitgaven per hoofd van de bevolking in de verschillende EU-landen sterk verschillen. Hierbij moet overigens wel worden bedacht dat dergelijke vergelijkingen wel de nodige voorzichtigheid behoeven (zie bijvoorbeeld Rutten en Van Doorslaer, 1999). Toch geven de grote verschillen in tabel 2.2 een duidelijke reden om te concluderen dat het zorgaanbod, de zorgvraag en het zorgniveau in de verschillende landen niet volledig gelijk zijn. Nederland ligt qua uitgaven niveau boven het gemiddelde van alle EU-lidstaten (1.387 Ecu's).

Ook het zorgaanbod, in termen van beschikbare aantallen ziekenhuisbedden en artsen verschilt. Westert en

Groenewegen (1999) geven een overzicht hiervan, zoals gedeeltelijk overgenomen in tabel 2.3.

**Tabel 2.3: Bedden en artsen per 1000 inwoners voor verschillende Europese landen**

Land	Bedden	Artsen
Zweden	3,9	2,3
België	3,5	2,7
Duitsland	7,4	2,6
Frankrijk	4,6	1,8
Engeland	5,3	1,5
Schotland	3,3	1,7
Denemarken	5,1	2,1
Noorwegen	3,5	2,9
Oostenrijk	6,2	1,9
Finland	9,2	2,0
Zwitserland	6,4	1,4
Nederland	4,4	1,2

Bron: Westert en Groenewegen (1999)

Ook deze cijfers benadrukken nog eens de verschillen tussen de verschillende EU-lidstaten. Zo valt Duitsland op met een relatief hoog aantal bedden per inwoner, terwijl Nederland opvalt met een relatief laag aantal artsen per inwoner.

Hurst (OECD, 1992) heeft op een eenvoudige wijze een indeling gemaakt van verschillende gezondheidszorgstelsels en belangrijke verschillen tussen de stelsels aangegeven. Alleen al uit zijn eenvoudige typering van systemen komt naar voren dat gezondheidszorgstelsels ook binnen Europa op sterk verschillende wijze zijn georganiseerd. Men kan stellen dat zolang de grenzen tussen deze Europese landen gesloten zijn in termen van zorgconsumptie, het naast elkaar bestaan van verschillende gezondheidszorgsystemen, alhoewel voor sommige grensbewoners wellicht frustrerend, niet onoverkomelijk hoeft te zijn. Zo kan een natuursysteem als de Nederlandse ziekenfondsverzekering prima bestaan naast een restitutiesysteem zoals in België. Ook kunnen behandelpatronen, definities van behandelingen en

protocollen en de mate waarin bepaalde voorzieningen worden aangeboden (en met welke snelheid) verschillen tussen verschillende landen, zonder verdere consequenties.

Echter, het hanteren van verschillende ordeningsprincipes in verschillende gezondheidszorgstelsels zal wel tot problemen kunnen leiden, indien bewoners van beide landen met behoud van hun eigen verzekering (en de daarmee samenhangende beleving van zorgconsumptie), zonder stringente beperkingen zorg kunnen consumeren over de grens. Immers, men komt dan terecht in een ander zorgsysteem, met andere wijzen van financiering, andere behandelpatronen et cetera, waarbij de ordeningsprincipes binnen het nationale gezondheidszorgstelsel volledig ondermijnd kunnen worden.

Ter illustratie: wanneer een stelsel van aanbodrantsoenering in land A bestaat naast een stelsel waarin de zorgconsumptie wordt beperkt door middel van eigen bijdragen van de patiënt, in land B, dan zal het voor bewoners van land A aantrekkelijk zijn om tegen volledige vergoeding zorg te consumeren in het land van ‘aanbodovervloed’, land B. Naast een toenemend aantal patiënten dat de grens zal overtrekken, kunnen ook andere gevolgen optreden. Hierbij kan worden gedacht aan het toetreden van aanbieders uit land B op de gezondheidszorgmarkt van land A. Immers, er is vraag naar additionele aanbieders in land A, maar het aantal aanbieders is tot de vervaging van de grenzen met opzet laag gehouden. Voor aanbieders uit land B is het toetreden op een onderbezette markt uiteraard aantrekkelijk.

De precieze wijze waarop uitwisseling tot stand komt tussen de verschillende landen en gezondheidszorgstelsels, hangt naast talrijke andere factoren, ook af van de incentive structuur in de verschillende stelsels. Zo zal wanneer zorg goedkoper is in land A dan B, dit voor patiënten geen enkel verschil uitmaken wanneer zij de kosten van zorg volledig vergoed krijgen. Voor de verzekeraar bestaat dan echter wel een prikkel om de zorg daar te laten consumeren waar zij het voordeligst is. In een systeem met hoge eigen bijdragen zijn patiënten wellicht veel bewuster van het prijsniveau van zorgvoorzieningen en hebben zij wel een duidelijke prikkel om de zorg daar te consumeren waar zij het goedkoopst is.

Recent wordt de discussie over grensoverschrijdende zorg en de invloed van Europese regels op het nationale stelsel van gezondheidszorg steeds vaker gevoerd. Is het Nederlandse

gezondheidszorgstelsel wel houdbaar in een voortschrijdend Europa? Naast de Europese politieke wil om het vrije verkeer van personen, goederen en diensten verder gestalte te geven, zijn met name Europees rechterlijke uitspraken, met als (voorlopig?) hoogtepunt de uitspraken in de zaken Decker en Kohll, de bron van onrust waardoor de discussie over de ‘Europese dreiging’ steeds vaker oplaait. Beide punten zullen hieronder nader worden toegelicht.

## **2.1 Vrij verkeer van personen, goederen en diensten**

Een van de oogmerken van de samenwerking in Europa tussen de verschillende landen is het verder versterken van de interne markt. Vrije handel en daarmee vrij verkeer van kapitaal, personen, goederen en diensten, ongehinderd door restrictieve regels van afzonderlijke nationale overheden, zijn noodzakelijk om een goede marktwerking binnen Europa te kunnen garanderen. Een van de meest in het oog springende uitvloeisels van de interne markt is de gezamenlijke munt die de transparantie van transacties op de gezamenlijke markt vergroot.

Naast de economische doelstellingen wordt ook getracht politiek nader tot elkaar te komen binnen de Europese Unie. Verdere harmonisatie van wetgeving, belasting en sociale voorzieningen worden nagestreefd. In het licht van beide doelstellingen (een Europese markt en harmonisatie van sociale voorzieningen en dergelijke) is ook de gezondheidszorg niet langer ‘veilig’ voor Europese invloeden. In het kader van harmonisatie van voorzieningen is dit evident, maar ook in termen van het creëren van een Europese interne markt en Europese concurrentie op alle economische activiteiten is de gezondheidszorg geen uitzondering. De grenzen vervagen bij de aanschaf van allerhande diensten en goederen en waarom zouden diensten en goederen in de gezondheidszorg hierop een uitzondering maken? De vrijheid die de nationale overheden hebben om het stelsel van sociale zekerheid zelf in te richten botst hier met de principes van vrij economisch verkeer en mededinging. Op dit moment lijkt de laatste de eerste verder in te perken.

Het is echter de vraag hoever deze grensvervaging op de grensgebieden van sociale voorzieningen zich zal uitstrekken. Alleen de sociale voorzieningen en belastingen beziend, lijkt



het enerzijds duidelijk dat een volledig geharmoniseerd Europa nog ver van de werkelijkheid ligt en dat nationale overheden deze nationale constructies, bij het ontbreken van een goed alternatief zullen willen beschermen. Maar anderzijds worden ondertussen wel op een toenemend aantal terreinen pogingen ondernomen om tot verdere harmonisatie te komen. Soms vanuit een bepaalde visie op een verdere integratie tot een politieke Unie, soms noodgedwongen doordat bijvoorbeeld de Europese rechtspraak het concrete beleid vooruitstreeft.

De gezondheidszorg is in dit opzicht niet anders. Enerzijds lijkt evident dat een bepaalde mate van harmonisatie en zeker een bepaalde mate van samenwerking (bijvoorbeeld in grensgebieden) wenselijk is, anderzijds lijken grotere stappen, zoals recent met de arresten Decker en Kohll, deels ook exogene schokken voor beleidsmakers, waar ze ex post op moeten reageren.

Indien het de Europese lidstaten ernst is om ook voor gezondheidszorg deels toe te werken naar een interne markt, waarbinnen personen, goederen en diensten vrij kunnen bewegen tussen de verschillende lidstaten, of zij dit krijgen opgelegd door uitspraken van Europese rechters, dan heeft dat potentieel grote consequenties voor de inrichting van de verschillende zorgstelsels. Immers, hulpmiddelen uit land A moeten dan in principe vrij verkocht kunnen worden aan patiënten uit land B en volgens de in land B afgesloten verzekering worden vergoed (aan de patiënt of aan de zorgaanbieder). Voor geneesmiddelen kan gelden dat ook die 'vrij' moeten kunnen worden verkocht. Hiermee kunnen prijsafspraken en allerlei restricties op de verpakking van geneesmiddelen en de bijsluiter onder druk komen te staan, omdat ze een makkelijk vrij verkeer en verkoop van deze goederen beperken.

In termen van vrij verkeer van personen is ook van belang dat buitenlandse aanbieders (bijvoorbeeld Belgische huisartsen) zich kunnen vestigen in Nederland (op de plek die zij zelf willen). Hetzelfde kan gelden voor specialisten en paramedisch personeel. Naast de noodzaak van een verdere harmonisatie van kwaliteits- en opleidingseisen aan verschillende aanbieders van zorg zal ook moeten worden gezien hoe een mogelijke toestroom van aanbieders in een systeem als het Nederlandse, dat met name ook het aantal huisartsen en specialisten in toom tracht te houden, zal uitwerken. Ook patiënten zullen

bewegen tussen verschillende stelsels als zij daar *incentives* voor hebben. Deze *incentive* kan financieel van aard zijn (eigen bijdragen vallen elders lager uit) of gaan om de kwaliteit van de zorg (snelheid van behandeling, mate van luxe en comfort binnen de zorginstellingen, uitgebreidere behandeling, etc.). De mate waarin zij verwacht kunnen worden te gaan ‘shoppen’ op het gebied van de gezondheidszorg, is in deze achtergrondstudie een voornaam aandachtsgebied.

De invloed die de Europese vrijheden, of de door Europa opgelegde vrijheden, hebben op het Nederlandse zorgstelsel, is in meer of mindere mate het onderwerp van aandacht bij beleidsmakers, verzekeraars, patiënten en zorgaanbieders. Voor overheid en verzekeraars is het van belang te bezien in hoeverre zij de vertrouwde principes en regels kunnen handhaven wanneer patiënten vrij zijn om over de grens, buiten de geldigheid van deze principes en regels, hun zorg kunnen en willen consumeren. En in hoeverre wet- en regelgeving gehandhaafd kan blijven wanneer Europese regelgeving verder lijkt aan te sturen op openheid en concurrentie. Zo lijkt het onzeker of de aanbodregulering en prijsregulering middels wetten als WZV en WTG kunnen blijven bestaan in een Europees verband.

Naast bedreigingen voor de verschillende actoren zijn er uiteraard ook kansen. Zo kunnen ruimere mogelijkheden voor grensoverschrijdend zorgverkeer kan ook, zeker voor bepaalde gebieden, leiden tot besparingen doordat dure topklinische voorzieningen nu kunnen worden gedeeld met buitenlandse patiënten, hetgeen positief kan uitwerken voor verzekeraars en de overheid (als belanghebbende bij een lager niveau van macrokosten). Voor patiënten kan dit echter een bedreiging vormen doordat ze nu langer moeten reizen om een bepaalde voorziening te bereiken en te maken krijgen met een andere taal etc. Voor ziekenhuizen zou een dergelijke ontwikkeling positief of negatief kunnen zijn. Als negatief kan worden aangemerkt wanneer een ziekenhuis een bepaalde topklinische voorziening ‘verliest’ aan een concurrent uit het buitenland. Wanneer de buitenlandse aanbieder van zorg deze voorziening echter laat vallen, kan dit voor het ziekenhuis juist een toestroom van buitenlandse patiënten betekenen. Deze verschillende perspectieven zijn belangrijk om te onderscheiden, met name omdat bedreiging voor de ene partij een kans voor een andere partij kan betekenen. Hieronder wordt in tabel 2.4 een aantal kansen en bedreigingen voor de

verschillende actoren in kaart gebracht, zonder uitputtend te willen zijn.

**Tabel 2.4: Enkele kansen en bedreigingen voor de verschillende actoren**

	Kansen	Bedreigingen
Patiënten	Meer aanbod Meer variatie in aanbod Kortere wachttijden	Onduidelijkheid over vergoeding in buitenland  Langere reistijd door specialisatie ziekenhuizen
Zorgaanbieders	Knellende restricties als budgettering afwerpen Buitenlandse patiënten aantrekken Gevarieerder zorgaanbod bieden	Concurrentie verhevt, in Nederland en ook tussen landen Omschakeling van 'sociaal orgaan' naar onderneming
Zorgverzekeraars	Meer mogelijkheden voor diversificatie van verzekeringsaanbod Meer mogelijkheden om 'preferred providers' te selecteren	Grote druk om goed te contracteren, in binnen- en buitenland Minder externe regulering, dus meer verantwoordelijkheid
Overheid	Verdere verschuiving verantwoordelijkheid naar de markt	Vertrouwde stelsel onder vuur Gedeeltelijk loslaten machtspositie

## 2.2 Decker en Kohll

In strikte zin faciliteert de Europese regelgeving een drietal voorname vormen van grensoverschrijding, elk administratief gevangen in een formulier dat de aanvraag en afrekening van grensoverschrijdend zorgverkeer moet regelen. Zo bestaat er voor grenswerkers een formulier E106, waarmee zij grensoverschrijdend zorg kunnen ontvangen. Deze groep personen geniet de mogelijkheid om zowel in het land van herkomst als in het land van arbeid zorg te kunnen ontvangen. Voor een kortdurend verblijf in het buitenland (vakantie of zakelijk verkeer) geldt dat in dringende gevallen een beroep kan worden gedaan op het gezondheidszorgstelsel van het land van verblijf. Dit type grensoverschrijdend zorgverkeer wordt geregeld door middel van het E111 formulier. Tenslotte

bestaat de mogelijkheid om zorg over de grens te ontvangen door vooraf toestemming te vragen aan een bevoegd orgaan (de verzekeraar). Hiertoe is het E112 formulier ontwikkeld. Bij deze laatste vorm van grensoverschrijding is ook meegenomen dat toestemming niet mag worden geweigerd als de noodzakelijke zorg niet tijdig kan worden geleverd in eigen land, gegeven de (ontwikkeling van de) gezondheidstoestand van de patiënt. (Hermesse *et al.*, 1997; Hermans, 1997).

De geruchtmakende zaken Decker en Kohll lijken op het eerste gezicht de Europese mogelijkheden voor grensoverschrijdend zorgverkeer aanzienlijk te hebben vergroot. Met name door een verruiming van de zorg die voorheen via formulier E112 werd gereguleerd. Een eerste interpretatie van de Europees rechterlijke uitspraak in deze zaken lijkt er op te duiden dat patiënten niet langer van tevoren toestemming hoeven te verkrijgen wanneer zij zorg willen consumeren in het buitenland. Met formulier E112 was dit juist wel het geval. Patiënten dienden toen, om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van de gemaakte kosten in het buitenland, alvorens daadwerkelijk een behandeling te ondergaan, als regel eerst toestemming te vragen van de verzekeraar (i.c. de verzekeraar) of het hem of haar was toegestaan zich deze zorg over de grens te verschaffen (in verband met recht op vergoeding uiteraard). Daarmee lag de uiteindelijke beslissing over grensoverschrijdend verkeer, behalve in acute gevallen uiteraard, dus bij de *verzekeraar* die immers zijn goedkeuring kon onthouden. Aangezien bij het onthouden van toestemming de kosten van de behandeling bij de patiënt komen te rusten, zullen slechts weinigen zonder toestemming grensoverschrijdend zorg consumeren. Tevens bindt dit de patiënten automatisch aan het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg. Immers, als buitenlandse zorgdiensten niet worden vergoed door de verzekeraar, dan is men aangewezen op het nationale zorgaanbod, aangezien slechts weinigen de volledige kosten van zorg in het buitenland zelf zullen willen dragen. Hermesse *et al.* (1997):

*“In theory there are no national barriers for seeking health care in another member state of the EU. In practice, however, the financial coverage of health care by social security schemes generally stops at the border of the national jurisdictions.”*

Deze situatie is met de arresten Decker en Kohll drastisch gewijzigd, zo lijkt het. Het staat patiënten nu in principe vrij om, met behoud van de *nationale* verzekeringsdekking, in het

buitenland zorg te consumeren. De kosten voor een behandeling in het buitenland, zonder dat de zorgverzekeraar daarvoor toestemming heeft gegeven, dienen dus wel door die zorgverzekeraar vergoed te worden, maar wel conform de aanspraken in het land van de verzekering (Cath, 1999a). Hierbij dient echter wel te worden aangemerkt dat, zoals ook in het verdere van deze paragraaf besproken, het in de arresten Decker en Kohll ging om een relatief geringe zorgconsumptie zoals de aanschaf van een bril, en het derhalve op dit moment onduidelijk is in hoeverre deze uitspraken mogen worden geëxtrapoleerd naar grotere zorguitgaven. Hier wordt voor het gemak verondersteld dat dit wel het geval zal blijken, zoals hierna nog verder uiteengezet. Ook bestaat nog verschil van mening of de vergoeding gebaseerd mag worden op de binnenlandse tarieven. Volgens Cath (1999b) gelden Nederlandse spelregels per definitie alleen in Nederland, en kunnen daarom zaken als een binnenlands maximumtarief niet van toepassing worden verklaard op buitenlandse zorg. Anderen (Hermans *et al.*, 1998) leggen het ‘conform de aanspraken in het land van de verzekering’ uit op een wijze dat ook de maximum vergoedingen die thans in ons land gelden van toepassing zijn op buitenlandse zorg. Hier wordt deze laatste visie als het meest logisch aangemerkt. Immers, conform de aanspraken in het land van verzekering omvat naast een omschrijving van *wat* onder de dekking valt ook *in hoeverre* het onder de dekking valt. Hier wordt dus verondersteld dat de arresten Decker en Kohll moeten worden geïnterpreteerd als implicerend dat de zorg die door Nederlanders in het buitenland wordt geconsumeerd weliswaar moet worden vergoed *maar enkel die zorg die in Nederland ook zou worden vergoed en tegen een tarief dat ook in Nederland zou worden vergoed (maximaal uiterste COTG-tarieven)*. Kosten die worden gemaakt in het buitenland en het maximum COTG-tarief voor de betreffende behandeling overstijgen hoeven dus onder de arresten Decker en Kohll niet door de verzekeraar te worden vergoed en komen daarmee voor rekening voor de patiënt. Daarmee komt een bepaald financieel risico bij de patiënt te liggen (daar waar dit in Nederland niet het geval is), namelijk het risico dat de kosten van een behandeling in het buitenland de maximum COTG-tarieven overstijgen.

Bij eigen betalingen over de grens lijkt het aannemelijk te veronderstellen dat deze ook door de verzekeraar moeten worden vergoed, zolang de totale kosten het maximum COTG tarief niet overstijgt. Echter, een Nederlandse patiënt zal deze

eigen bijdragen wel eerst moeten voldoen aan de aanbieder in het buitenland. Dit 'voorschieten' alsmede het financiële risico voor de totale hoogte van de kosten zou voor minder draagkrachtige patiënten wel eens een belemmering kunnen vormen om in het buitenland zorg te consumeren.

Naast de onduidelijkheid hoe de aanspraken en vergoedingen in het buitenland precies gedefinieerd kunnen worden ten opzichte van afwijkende binnenlandse behandelpatronen en protocollen zijn er ook andere bemoeilijkende factoren. Immers, niet alleen kunnen ziekenhuisindelingen in het buitenland verschillen van die in Nederland, waardoor het moeilijk is te bepalen welk maximumtarief moet worden gehanteerd (een academisch ziekenhuis krijgt hier een andere vergoeding dan een algemeen ziekenhuis), ook verschilt het tarief per ligdag tussen alle Nederlandse ziekenhuizen, aangezien deze een afgeleide is van het ziekenhuisbudget en de prestaties in voorgaande jaren. Welk tarief dan als 'het nationale tarief' kan worden gezien is onduidelijk.

Verder bestaat nog grote onduidelijkheid over de precieze omvang van Decker en Kohll. Gezien de achterliggende zorgconsumptie in de arresten (de aanschaf van een bril en een tandheelkundige behandeling) zou men kunnen veronderstellen, dat het hier slechts gaat om relatief geringe (met name in financiële zin) zorgconsumptie. Dat is uiteraard van belang wanneer men de effecten van de uitspraken wil inschatten, daar enkel open grenzen voor zorgconsumptie waarvan de kosten relatief erg laag zijn, minder bedreigend zijn voor een nationaal systeem van gezondheidszorgvoorzieningen dan wanneer deze openstelling ook voor ziekenhuiszorg en andere typen van zorg zou gelden. Echter, het laatste lijkt zeker niet ondenkbaar te zijn. De uitspraak lijkt aan te geven dat men zorg kan consumeren over de landsgrenzen en toch aanspraak heeft op de vergoeding volgens Nederlandse normen. Daarmee zijn grotere ingrepen dus niet buitengesloten, ze moeten alleen ook als behandeling in Nederland erkend zijn en zullen ook volgens de Nederlandse maatstaven moeten worden vergoed.

Staan dus de grenzen volledig open? In de arresten worden drie omstandigheden genoemd die een inbreuk op het vrije verkeer van goederen en diensten zou kunnen rechtvaardigen: bescherming van de volksgezondheid, het waarborgen van het financiële evenwicht van het gezondheidszorgstelsel of het bijdragen aan de verwezenlijking van een hoog niveau van

gezondheidsbescherming voor zover dat essentieel is voor de gezondheid of het overleven van de bevolking (Hermans *et al.*, 1998). Hermans en collega's wijzen erop dat de eerste rechtvaardigingsgrond voor het verbieden van grensoverschrijdende zorg niet houdbaar lijkt, aangezien buitenlandse zorgvoorzieningen in EU-verband niet kunnen worden aangemerkt als kwalitatief inferieur. Wat betreft de laatste rechtvaardigingsgrond stellen Hermans *et al.* dat hierbij wellicht kan worden gedacht aan topklinische voorzieningen omdat voor de instandhouding daarvan op het Nederlandse grondgebied toestemming voor grensoverschrijding wellicht onontbeerlijk is. Toch moet hierbij worden bedacht dat als grensoverschrijding voor deze topklinische zorg plaatsvindt er dus zeker wel een aanbod van deze zorg is (om een of andere reden zelfs aantrekkelijker voor patiënten dan in Nederland aangezien zij niet de Nederlandse zorg gebruiken) en ook hiervan niet kan worden gesteld dat de buitenlandse zorg kwalitatief minder is. Daarmee is het dus twijfelachtig of een Europese rechter een belemmering voor grensoverschrijding zal toestaan alleen omdat een land op (een gedeelte van) zijn eigen grondgebied een bepaalde voorziening wil handhaven. Immers, voor de volksgezondheid of het overleven van de bevolking is het niet nodig dat *in het eigen land* een bepaalde voorziening voorhanden is, maar enkel binnen een bepaalde straal rond de woonplaats van een patiënt. Hierbij moet wel worden aangemerkt dat net als voor het 'voorschieten van eigen bijdragen' kan gelden dat hogere reiskosten een belemmering kunnen vormen voor minder gefortuneerden in de samenleving om van bepaalde zorgvoorzieningen gebruik te maken. Een grotere reisafstand kan derhalve de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen wel schaden. Dit geldt met name wanneer de overgebleven voorzieningen zijn gevestigd in een land waar eigen bijdragen veelvuldig moeten worden betaald. Tenzij er regelingen worden getroffen dat Nederlandse verzekeraars deze eigen bijdragen rechtstreeks aan de buitenlandse zorgaanbieder voldoen, kan het moeten opbrengen van een soms aanzienlijke hoeveelheid geld ook een drempel vormen tot bepaalde voorzieningen voor minder draagkrachtigen.

De enige ontsnapping aan de arresten Decker en Kohll lijkt dus een beroep op het gevaar dat het financiële evenwicht van ons nationale gezondheidszorgstelsel en dus de houdbaarheid ervan in termen van toegankelijkheid en betaalbaarheid in het gedrang komt. Indien dat kan worden aangetoond, dan kan men zich beroepen op het willen nastreven van een belangrijk

publiek doel, waarbij het vrije verkeer van personen, goederen en diensten strijdig is met het nastreven van dit doel (het garanderen van goede en betaalbare zorg voor alle personen in Nederland).

Hoe zou het financiële evenwicht van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in gedrang kunnen komen wanneer de grenzen open gaan? Gezien het feit dat de vergoedingen ook aan buitenlandse aanbieders conform de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden geschieden kan de prijs van de verrichting niet zozeer het probleem zijn (immers vergoeding gaat dan tot het Nederlandse maximum - wat dat ook mag zijn - en niet hoger, de rest komt voor rekening van de individuele patiënt) noch de angst dat men allerlei behandelingen ondergaat die in Nederland niet voorkomen, simpelweg omdat deze in de Nederlandse situatie niet worden vergoed (want niet voorkomen). Het grootste probleem lijkt op voorhand de toename van het aanbod en daarmee een toename van het aantal verrichtingen (naast de administratieve handelingen en dergelijke). Daarmee worden twee dingen meteen duidelijk: de wijze van kostenbeheersing in het Nederlandse stelsel, i.c. middels rantsoenering van het aanbod, is in Europees verband kwetsbaar en de openstelling van de grenzen kan voor Nederlandse patiënten een manier vormen om krapte van het aanbod, bijvoorbeeld resulterend in lange wachttijden en een organisatie van de zorg om de specialist in plaats van om de patiënt, te ontvluchten. Daarmee zal het aantal behandelingen kunnen toenemen, ook de 'simpele' handelingen als een diagnose stellen of een second-opinion. De toenames van het aantal behandelingen kan ook het gevolg zijn van een toename van *supplier induced demand* ofwel aanbod geïnduceerde vraag. Buitenlandse aanbieders kunnen er immers belang bij hebben om Nederlandse patiënten te behandelen. Uiteindelijk kan dit leiden tot hogere gezondheidszorguitgaven. Kan men zich daarmee beroepen op een gevaar voor het financiële evenwicht? Alhoewel over de vraag of een dergelijk beroep een goede kans maakt de meningen kunnen verschillen, wordt hier de mening gehuldigd dat dit niet het geval zal zijn. Drie belangrijke overwegingen daarbij zijn dat:

1. In Nederland niet onevenredig veel wordt uitgegeven aan gezondheidszorg en de uitgaven hieraan in principe verder kunnen stijgen zonder dat er dan meteen een situatie van financiële onhoudbaarheid wordt bereikt. Men hoeft alleen maar naar de Amerikaanse gezondheidszorguitgaven (circa 15% van het BNP tegenover circa 9% in Nederland) te kijken en hun economische prestaties, om een voorbeeld te hebben dat



hogere uitgaven aan gezondheidszorg niet ogenblikkelijk financiële rampen teweegbrengen of het publieke doel van een goede en toegankelijke gezondheidszorg hoeven te ondermijnen. Ook in een recent SER-rapport over de Nederlandse gezondheidszorg en de toenemende vergrijzing wordt gesteld dat uitgavenbeheersing geen doel op zich kan zijn en dat moet worden bezien in hoeverre de additionele groei van de gezondheidszorg een weerspiegeling is van (veranderende) maatschappelijke preferenties. *‘In deze context zou een beleid gericht op uitgavenbeheersing dus resulteren in welvaartsverlies...’* (SER, 1999).

2. De grenzen van de groei aan de gezondheidszorguitgaven mede tot uitdrukking komen in reducties van het aanbod, waar zeker niet alle patiënten in Nederland even gelukkig mee zullen zijn. In die zin sluit het huidige zorgaanbod niet aan bij de preferenties van de Nederlandse consument. Niet alleen zullen mensen wellicht bereid zijn om extra aan gezondheidszorg uit te geven om deze wachtlijsten weg te werken (bijvoorbeeld door in het buitenland een behandeling te ondergaan), ook komen we hier wellicht in conflict met de zorgplicht van de verzekeraar. Immers, de verzekeraar heeft in principe de taak om onmiddellijk adequate zorg te leveren aan een patiënt. Wachtlijsten zijn daar in principe strijdig mee, maar vormen voor de verzekeraar een (permanente) vorm van overmacht waardoor de verzekeraar niet tijdig zorg kan leveren. Additioneel buitenlands aanbod kan deze situatie verhelpen en een beroep doen op het gevaar voor het financiële evenwicht als gevolg van additioneel aanbod (hetgeen wellicht de grootste bedreiging vormt van het openstellen van de grenzen) is daarmee meteen ook een pleidooi voor het in stand houden van de wachtlijsten. Het lijkt onwaarschijnlijk dat een Europese rechter daarmee akkoord gaat, terwijl de onmiddellijke aanspraak op zorg wel is vastgelegd!
3. Structureel grensoverschrijdend zorgverkeer waarschijnlijk vrijwel uitsluitend in grensregio's zal plaatsvinden, waar uiteraard maar een beperkt aantal verzekerden woont ten opzichte van het totale aantal verzekerden. Dit houdt in dat het financiële evenwicht van het totale stelsel niet in gedrang komt, alleen vanwege het feit dat grensoverschrijding met name zal spelen in de grensregio's. Voor individuele verzekeraars, met relatief veel verzekerden in de grensregio kan dit echter wel tot

problemen leiden. (Zie verder hoofdstuk 3 van deze achtergrondstudie.)

### **2.3 Grensoverschrijding en gevolgen voor het stelsel**

Zoals hierboven uiteengezet lijken de mogelijkheden voor grensoverschrijdende mededinging en zorgverkeer toe te nemen. Voor het Nederlandse gezondheidszorgstelsel, dat wordt gekenmerkt door aanbodrantsoenering, lijkt grensoverschrijding van Nederlandse patiënten naar het buitenland niet ondenkbaar, alhoewel de bereidheid van patiënten om te reizen naar een buitenlandse zorgaanbieder onduidelijk is. Tevens is onduidelijk in hoeverre patiënten bekend zijn met de verruimde mogelijkheden om buiten de landsgrenzen zorg te consumeren en kunnen zaken als onzekerheid over de vergoeding van buitenlandse hulp, de taalbarrières in het buitenland en dergelijke nog remmende factoren zijn op grensoverschrijdend verkeer in de zorg.

Het is belangrijk te beseffen dat niet enkel de grensoverschrijding door patiënten beleidsmakers zorgen dient te baren. Meer problemen kunnen ontstaan. Immers, Nederlandse ziekenhuizen zullen het waarschijnlijk niet met lede ogen aan willen zien, dat Nederlandse patiënten de grens over gaan voor zorgconsumptie, terwijl zij, (enkel) als gevolg van door de overheid opgelegde budgettaire restricties die personen niet mogen behandelen. Indien in het kader van concurrentiebeperving deze praktijk zou worden aangekaart bij een Europese rechter, lijkt op voorhand niet duidelijk dat de rechter de kant van de Nederlandse overheid zal kiezen. Zeker niet wanneer de Europese rechtbank ziekenhuizen ziet als ondernemingen, evenals verzekeraars (particulier of ziekenfonds), die vrij moeten (kunnen) concurreren en ondernemen, ook met buitenlandse aanbieders van dezelfde goederen en diensten.

En al zouden de Nederlandse aanbieders van zorg nog binnen de 'oude kaders' willen opereren, de vraag is dan vervolgens of het voor buitenlandse aanbieders niet interessant kan zijn om in Nederland zorg aan te bieden. Het nationaal verbieden van dergelijke initiatieven zal wellicht door een Europese rechter

worden afgekeurd. Zeker wanneer blijkt dat er een duidelijke behoefte is (bij sommige groepen patiënten in Nederland) aan aanvullend zorgaanbod daar waar het Nederlandse stelsel in sommige opzichten als sober kan worden ervaren. Klinieken gericht op het snel weer reïntegreren van uitgevallen werknemers en andere koopkrachtige zorgbehoefes zouden wellicht een bloeiende markt kunnen vinden in Nederland. Het is de vraag of verzekeraars dusdanig selectief mogen contracteren dat de zorg verleend in deze nieuwe klinieken stelselmatig niet wordt vergoed. Wellicht zullen Nederlandse aanbieders trachten dezelfde zorg te kunnen aanbieden, op een gelijke wijze, en dus restrictieve regelgeving die dit in de weg staat zullen bestrijden.

In dit kader kan dus worden verwacht dat de opmars van het vrije economische verkeer en de arresten Decker en Kohll een veel groter effect kunnen hebben op het Nederlandse stelsel dan enkel het wegvloeien van enkele Nederlandse patiënten naar het buitenland (waarvoor wellicht ook een aantal buitenlandse patiënten in de plaats komen die in Nederland willen worden behandeld).

In het volgende hoofdstuk wordt een indruk gegeven van de stand van zaken rond grensoverschrijding in de Nederlandse situatie en van patiëntenmobiliteit binnen Nederland.

### **3 Grensoverschrijdend zorgverkeer: de stand van zaken**

Grensoverschrijding is geen nieuw fenomeen. Zo bestaat er reeds sinds 1978 de zogenaamde Zeeuws-Vlaanderenregeling, welke bewerkstelligt dat ziekenfondsverzekerden in Zeeuws-Vlaanderen gebruik kunnen maken van Belgische zorgvoorzieningen. Het gaat hierbij dan om voorzieningen die in de eigen regio niet (voldoende) aanwezig zijn.

Echter, mede in het licht van de arresten Decker en Kohll, zijn een aantal experimenten in grensregio's gestart, die de mogelijkheden voor grensoverschrijdende zorg willen verruimen voor de verzekerden in die regio. Een goed voorbeeld van een dergelijk experiment is het Zorg op Maat-project (ZoM-project). Daar wordt middels een versoepeling van de procedures de grens verder opengesteld voor patiënten, die zodoende gemakkelijker zorg in het buitenland kunnen consumeren. Dit experiment is geëvalueerd door het NZi. Uit de rapportage van die evaluatie komen voor deze achtergrondstudie interessante conclusies naar voren. Een andere evaluatie die hier wordt besproken is de eindrapportage van het project Grensoverschrijdende zorg in de Euregio Rijn/Waal. Daar betreft het de mogelijkheid voor Duitse patiënten om in Nederland behandeling te ondergaan.

Toch zijn uiteraard naast deze experimenten ook de totale instroom van buitenlandse patiënten en de totale uitstroom van Nederlandse patiënten van belang. Het SIG verzamelt gegevens over de eerste groep via de opnamen in Nederlandse ziekenhuizen, maar niet over de tweede groep. Derhalve worden hieronder de SIG-gegevens met betrekking tot opnamen van buitenlanders in Nederlandse ziekenhuizen nader geanalyseerd. Daarna zullen beide evaluaties zoals hierboven beschreven worden besproken.

Aangezien mag worden verwacht dat de effecten van de voortschrijdende Europese eenwording nog niet in volle uiteindelijke omvang zijn te constateren in het huidige gedrag van patiënten, wordt in dit hoofdstuk ook kort stilgestaan bij het reisgedrag van patiënten binnen Nederland. Daar is reizen immers al veel langer mogelijk en wellicht geeft dit een indicatie van de bereidheid om verder te reizen voor een behandeling.

### 3.1 Patiënten stromen Nederland in

Om te bezien in hoeverre buitenlandse patiënten gebruik maken van Nederlandse voorzieningen is gebruik gemaakt van de SIG-gegevens over 1996, 1997 en 1998 van het grensoverschrijdende zorgverkeer Nederland in. Hiermee kan een beeld geschetst worden, zowel van de omvang van het grensoverschrijdende zorgverkeer Nederland in, als van de verdeling van de grensoverschrijdende zorg naar land van afkomst van de patiënt, regio waarin de opname plaatsvindt en het specialisme waarbinnen de opname valt.

#### Gloobaal overzicht

In 1996 waren er in totaal 2.257.148 opnamen in Nederlandse ziekenhuizen waarvan er 2.249.990 opnamen van Nederlanders betrof en 7.158 opnamen buitenlandse patiënten in Nederlandse ziekenhuizen betrof. In 1996 was het aandeel buitenlandse patiëntopnamen in Nederlandse ziekenhuizen nog geen 0,32%.

In 1997 steeg het totale aantal opnamen in Nederlandse ziekenhuizen naar 2.303.632. Dit betekent een stijging van 2,06% ten opzichte van 1996. In 1997 namen de opnamen van buitenlandse patiënten ruim 0,32% van het totale aantal voor hun rekening, namelijk 7.473 opnamen van buitenlandse patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. Het aandeel 'volledig Nederlandse' opnamen was dus 99,68%, ofwel 2.296.159 opnamen. Ten opzichte van 1996 houden deze cijfers in dat het aantal buitenlandse opnamen in 1997 met 4,40% zijn gestegen, meer dan het dubbele van het totale stijgingspercentage. De Nederlandse opnamen stegen met 2,05%. Het valt dus te constateren, dat er in 1997 t.o.v. 1996 een relatief vrij forse toename van buitenlandse patiëntopnamen in Nederland was. Gezien de eventuele gevolgen van de uitspraken Decker en Kohll en de verdergaande Europese eenwording is het dan interessant te bezien in hoeverre deze stijging ook in 1998 is doorgezet. Er zou dan een bepaalde trend zichtbaar kunnen worden.

Echter, eerder het tegenovergestelde blijkt waar. Van de 2.325.702 opnamen in 1998 (een stijging van 0,96% ten opzichte van 1997) blijken slechts 7.126 opnamen buitenlandse patiënten te betreffen en derhalve waren de resterende 2.318.576 opnamen binnenlandse opnamen. In plaats van een stijging van het aantal buitenlandse opnamen vinden we hier derhalve een daling, ten opzichte van 1997 van

4,64%. Het aantal buitenlandse opnamen in 1998 ligt daarmee tevens lager dan het aantal in 1996. De 7.126 buitenlandse opnamen vormen samen nog geen 0,31% van het totaal aantal opnamen. Het aantal opnamen van Nederlandse patiënten in ziekenhuizen steeg ten opzichte van 1997 met bijna 0,98%. De getallen worden nog eens samengevat in tabel 3.1.

**Tabel 3.1: Patiëntenstromen Nederland in (verandering per jaar)**

	1996	1997	1998
Opnamen	2.249.990	2.296.159	2.318.576
Nederlanders		(2,05%)	(0,98%)
Opnamen	7.158	7.473	7.126
Buitenlanders		(4,40%)	(-4,64%)
Aandeel opnamen buitenlanders	0,32%	0,32%	0,31%

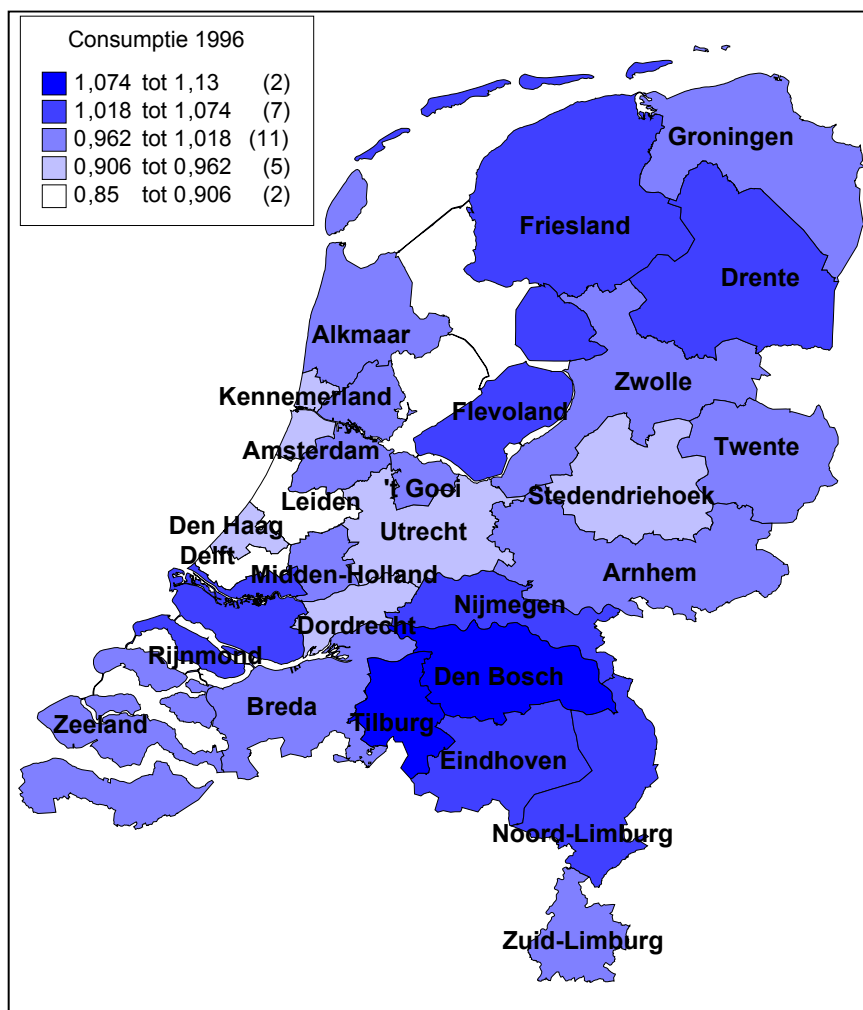
In het licht van de hierboven geschetste ontwikkelingen, kan in ieder geval worden vastgesteld dat de verruiming in de mogelijkheden voor grensoverschrijdende zorgconsumptie niet ogenblikkelijk heeft geleid tot een aanzienlijke groei in het aantal buitenlandse patiënten dat zich in een Nederlands ziekenhuis laat opnemen. Van 1996 naar 1997 is de groei weliswaar groter dan die in Nederlandse opnamen, maar voor 1998 wordt zelfs een daling geconstateerd, die het totale aantal buitenlandse opnamen reduceert tot beneden het niveau van 1996. Hierbij moet worden bedacht dat bij dergelijke geringe aantallen toeval een grote rol speelt in de fluctuaties in aantallen.

Alhoewel deze getallen aanleiding geven om te constateren dat een grote opmars van het grensoverschrijdende zorgverkeer Nederland in is uitgebleven, is enige voorzichtigheid geboden. Naast het feit, dat de gewenning aan de nieuwe verworvenheid wellicht langer duurt en de informatie over de nieuwe mogelijkheden wellicht nog niet volledig is doorgesijpeld tot het niveau van de individuele patiënt, is ook van belang te herkennen dat de onderliggende getallen wel degelijk een bewustere zorgconsumptie over de grens kunnen impliceren. Zo zou het kunnen dat een groot deel van de buitenlandse opnamen slechts incidenten (bijvoorbeeld tijdens een vakantie) betreft. Fluctuaties in het totaal als gevolg van een

daling in deze incidentele overschrijdingen, kunnen derhalve een stijging in het meer doelgerichte zorgverkeer maskeren. Derhalve zullen hieronder de aantallen opnamen voor de verschillende jaren nader worden geanalyseerd.

### Grensoverschrijding per regio

Een eerste wijze van het verder ontrafelen van de data is te bezien in welke regio's buitenlandse opnamen met name plaatsvinden. Op voorhand lijkt het aannemelijk te veronderstellen, dat doelgericht grensoverschrijdend zorgverkeer, bijvoorbeeld omdat bepaalde voorzieningen net over de grens dichterbij zijn dan in het eigen land, met name in bepaalde regio's (i.c. de grensregio's) zal plaatsvinden.



De regio-onderverdeling zoals deze wordt gehanteerd door het SIG (op basis van de WZV-regio's) wordt in bovenstaande figuur gegeven, waarbij voor deze studie verder irrelevante gegevens over consumptie in 1996 worden vermeld.

Uit de figuur wordt duidelijk dat de volgende regio's als grensregio's kunnen worden aangemerkt:

Groningen  
Drenthe  
Zwolle  
Twente  
Arnhem  
Nijmegen  
Noord-Limburg  
Zuid-Limburg  
Eindhoven  
Tilburg  
Breda  
Zeeland.

Regio's 1 tot en met 6 grenzen aan Duitsland, regio's 9 tot en met 12 aan België en regio's 7 en 8 grenzen aan beide landen. Verder wordt het grenzen aan Groot-Brittannië, om voor de hand liggende redenen, hier buiten beschouwing gelaten.

In de tabel 3.2 wordt voor 1996, 1997 en 1998 een overzicht gegeven waarin de aantallen buitenlandse opnamen staan weergegeven per regio. Tevens wordt in de tabel aangegeven hoe de aantallen zich hebben ontwikkeld van 1996 ten opzichte van 1997 en 1997 ten opzichte van 1998.



**Tabel 3.2: Buitenlandse opnamen per regio voor 1996, 1997 en 1998**

Regio	Aantal 1996	Aantal 1997	Aantal 1998	Verandering 1996-1997	Verandering 1997-1998
Groningen	227	230	235	3 (1,3%)	5 (2,2%)
Friesland	198	166	135	-32 (-16,2%)	-31 (-18,7%)
Drenthe	68	51	60	-17 (-25%)	9 (17,6%)
Zwolle	130	122	115	-8 (-6,2%)	-7 (-5,7%)
Twente	195	178	154	-17 (-8,7%)	-24 (-13,4%)
Stedendriehoek	54	50	52	-4 (-7,4%)	2 (4%)
Arnhem	133	182	167	49 (36,8%)	-15 (-8,2%)
Nijmegen	426	496	328	70 (16,4%)	-168 (-33,9%)
Utrecht	332	371	306	39 (11,7%)	-65 (-17,5%)
't Gooi en Flevoland	62	57	49	-5 (-8,1%)	-8 (-14,0%)
Alkmaar	185	241	211	56 (30,3%)	-30 (-12,4%)
Kennemerland	113	110	112	-3 (-2,7%)	2 (1,8%)
Amsterdam	862	832	923	-30 (-3,5%)	91 (10,9%)
Leiden	186	176	133	-10 (-5,4%)	-43 (-24,4%)

Den Haag, Delft en	166	173	191	7	18
Midden-Holland				(4,2%)	(10,4%)
Rijnmond	619	563	672	-56	109
				(-9,0%)	(19,4%)
Dordrecht	52	54	51	2	-3
				(3,8%)	(-5,6%)
Zeeland	380	400	353	20	-47
				(5,3%)	(-11,8%)
Breda	420	480	425	60	-55
				(14,3%)	(-11,5%)
Den Bosch en Tilburg	267	298	281	31	-17
				(11,6%)	(-5,7%)
Eindhoven	451	541	499	90	-42
				(20,0%)	(-7,8%)
Noord-Limburg	320	309	343	-11	34
				(-3,4%)	(11,0%)
Zuid-Limburg	1312	1393	1331	81	-62
				(6,2%)	(-4,5%)

Uit tabel 3.2 komt duidelijk naar voren dat de instroom van buitenlandse patiënten niet gelijkmatig verdeeld is over de verschillende regio's. Met name de regio Zuid-Limburg valt op door een relatief zeer hoge instroom van buitenlandse patiënten. Gezien de ligging van deze regio, grenzend aan zowel Duitsland als aan België, is een hogere instroom in deze regio enigszins te verwachten, met name als in het vervolg van deze analyse blijkt dat buitenlandse patiënten met name uit deze beide landen instromen. Naast koploper Zuid-Limburg blijken met name Nijmegen (grensregio), Utrecht, Amsterdam, Rijnmond, Zeeland (grensregio), Eindhoven (grensregio) en Noord-Limburg (grensregio) veel buitenlandse patiënten op te nemen. Hierbij moet worden aangemerkt dat deze aantallen bestaan uit zowel doelgericht grensoverschrijdend zorgverkeer als uit opnamen tijdens vakanties, werkbezoeken en dergelijke. Deze laatste incidentele opnamen kunnen het beeld voor wat betreft doelgericht grensoverschrijdend zorgverkeer uiteraard aanzienlijk vertroebelen. Mede gezien de niet onaanzienlijke aantallen patiënten in niet-grens regio's is deze vertroebeling

niet denkbeeldig. Hier worden daarom verder geen conclusies getrokken voor wat betreft doelgericht zorgverkeer en grensregio's. Dit komt later verder aan de orde. De fluctuaties in de tijd in aantal patiënten per regio zijn aanzienlijk te noemen. Deze fluctuaties zijn niet alleen aanwezig in regio's met een relatief klein aantal buitenlandse patiënten maar bijvoorbeeld ook in een regio als Nijmegen met een aanzienlijke instroom.

Alhoewel de cijfers zoals gepresenteerd in bovenstaande tabel een indruk geven van de absolute instroom van buitenlandse patiënten naar Nederland, kan hiermee geen indruk worden verkregen van de relatieve last die deze instroom betekent voor de verschillende regio's. Derhalve wordt hieronder in tabel 3.3 weergegeven hoe de instroom van buitenlandse patiënten zich verhoudt tot de totale hoeveelheid Nederlandse opnamen in de verschillende regio's. Hiermee kan ook worden bezien of buitenlandse patiënten zich wellicht met name in die regio's laten opnemen waar de beschikbaarheid van zorg (gemeten in termen van binnenlandse opnamen) het grootst is. Zoals later in deze studie uiteengezet zou dat verklarende factor kunnen zijn voor hogere absolute instroom van patiënten in een regio.

**Tabel 3.3: Relatieve omvang instroom buitenlandse patiënten**

Regio	1996	1997	1998
Groningen	0,22%	0,23%	0,23%
Friesland	0,24%	0,20%	0,15%
Drenthe	0,12%	0,09%	0,11%
Zwolle	0,16%	0,15%	0,14%
Twente	0,22%	0,20%	0,17%
Stedendriehoek	0,09%	0,08%	0,08%
Arnhem	0,12%	0,16%	0,14%
Nijmegen	0,47%	0,54%	0,35%
Utrecht	0,20%	0,22%	0,18%
't Gooi en Flevoland	0,10%	0,09%	0,07%
Alkmaar	0,26%	0,34%	0,30%
Kennemerland	0,17%	0,16%	0,16%

Amsterdam	0,45%	0,43%	0,46%
Leiden	0,31%	0,28%	0,22%
Den Haag, Delft en Midden-Holland	0,11%	0,11%	0,12%
Rijnmond	0,33%	0,28%	0,31%
Dordrecht	0,08%	0,08%	0,08%
Zeeland	0,78%	0,84%	0,73%
Breda	0,46%	0,52%	0,45%
Den Bosch en Tilburg	0,19%	0,21%	0,20%
Eindhoven	0,44%	0,52%	0,47%
Noord-Limburg	0,54%	0,51%	0,56%
Zuid-Limburg	1,26%	1,34%	1,28%

Zoals duidelijk wordt uit tabel 3.3 is de relatieve omvang van de buitenlandse instroom voor alle regio's erg beperkt. Alleen in de regio Zuid-Limburg bedraagt het meer dan 1%, hetgeen de uitzonderingspositie van Zuid-Limburg in dit verband nogmaals onderstreept. Echter, met een relatieve omvang van rond de 1,3% van de Nederlandse opnamen is ook daar niet echt te spreken van een zware belasting van de gezondheidszorgvoorzieningen als gevolg van grensoverschrijding. Wat betreft de andere regio's kan worden geconstateerd dat bijna alle regio's gemiddeld (ver) onder een half procent scoren wat betreft de relatieve omvang van buitenlandse opnamen, met als uitzonderingen Zeeland en Noord-Limburg.

#### **Grensoverschrijding naar afkomst**

Om een indruk te geven van de herkomst van de patiënten die vanuit het buitenland zich in Nederlandse ziekenhuizen laten opnemen, wordt in tabel 3.4 een overzicht gegeven van de belangrijkste landen en regio's van herkomst. Alleen die regio's en landen zijn weergegeven die in 1996 meer dan 25 opnamen voor hun rekening namen. Verder zijn in tabel 3.4 de categorieën 'Europese landen overig' (met name Oost-Europa) en 'Buitenland onbekend' niet meegenomen. Deze categorieën bevatten respectievelijk 168 en 1266 opnamen in 1996; 202 en 1263 opnamen in 1997 en 206 en 1397 opnamen in 1998. Alhoewel dus niet onaanzienlijk, zijn deze categorieën

vanwege hun diverse en onduidelijke samenstelling buiten beschouwing gelaten.

**Tabel 3.4: Instroom naar land van herkomst**

Land of regio van herkomst	1996	1997	1998
Afrika	77	64	67
Australië	40	34	32
Azië	167	170	167
België	1.971	2.208	2.093
Curaçao	38	38	34
Denemarken	27	32	35
Duitsland	2.042	2.226	1.814
Frankrijk	127	163	156
Groot-Brittannië	277	247	304
Italië	109	65	67
Midden-Amerika	198	141	136
Noord-Amerika	195	172	176
Portugal	29	19	27
Spanje	80	70	75
Zuid-Amerika	160	167	136
Zwitserland	45	36	42

Uit tabel 3.4 komt duidelijk naar voren dat België en Duitsland, als beide buurlanden, veel meer patiënten in Nederlandse ziekenhuizen opgenomen zien worden dan andere landen of regio's. Frankrijk en Groot-Brittannië zijn ook nabij gelegen landen die nog relatief ten opzichte van andere landen grote aantallen opnamen kennen, maar deze aantallen zijn reeds veel kleiner dan die voor België en Duitsland. Deze beide landen nemen ook voor al de 3 jaren meer dan 50% van de totale buitenlandse opnamen voor hun rekening. Daarbij moet nog steeds wel worden aangemerkt dat de hoeveelheid relatief ten opzichte van het totaal aantal opnamen in Nederland zeer gering is. Zo blijken in 1996 2042 Duitse patiënten te zijn opgenomen in een Nederlands ziekenhuis. Duitsland heeft daarmee in 1996 het hoogste aantal opnamen in Nederlandse ziekenhuizen. Alhoewel dit aantal goed is voor 28,53% van alle buitenlandse opnamen in dat jaar, is het toch slechts 0,09% van het totale aantal opnamen in Nederland in 1996.

Een tweede aspect dat opvalt in de bovenstaande tabel is dat de aantallen een redelijke mate van fluctuatie kennen, echter, dat het globale patroon (met name instroom vanuit Duitsland en België) redelijk stabiel blijft. Wel is de grote daling van 1998 op 1997 opvallend van Duitse patiënten in Nederland. Van 2226 opnamen in 1997 naar 1814 opnamen in 1998 impliceert een daling van meer dan 18%. Gezien de groei van Belgische patiënten van 1996 op 1997 en de terugloop in 1998 kan worden verondersteld dat degelijke fluctuaties niet noodzakelijkerwijs ongebruikelijk hoeven te zijn.

Om een indruk te geven van de relatieve omvang van de patiëntenstromen uit de verschillende landen en regio's worden hieronder in tabel 3.5 dezelfde cijfers weergegeven maar nu als percentage van het totaal aantal buitenlandse opnames in 1996, 1997 en 1998.

**Tabel 3.5: Relatieve omvang instroom buitenlandse patiënten naar herkomst**

Land of regio van herkomst	1996	1997	1998
Afrika	1,08%	0,86%	0,94%
Australië	0,56%	0,45%	0,45%
Azië	2,33%	2,27%	2,34%
België	27,54%	29,55%	29,37%
Curaçao	0,53%	0,51%	0,48%
Denemarken	0,38%	0,43%	0,49%
Duitsland	28,53%	29,79%	25,46%
Frankrijk	1,77%	2,18%	2,19%
Groot-Brittannië	3,87%	3,31%	4,27%
Italië	1,52%	0,87%	0,94%
Midden-Amerika	2,77%	1,89%	1,91%
Noord-Amerika	2,72%	2,30%	2,47%
Portugal	0,41%	0,25%	0,38%
Spanje	1,12%	0,94%	1,05%
Zuid-Amerika	2,24%	2,23%	1,91%
Zwitserland	0,63%	0,48%	0,59%

Uit tabel 3.5 komt nog eens duidelijk naar voren dat met name de direct aan Nederland grenzende landen, België en Duitsland, verantwoordelijk zijn voor meer dan de helft van alle buitenlandse opnamen in Nederland. Groot-Brittannië zorgt voor zo'n 4% van het totaal aan buitenlandse opnamen en is daarmee na België en Duitsland de derde 'leverancier' van patiënten. In vergelijking met die laatste twee zijn alle andere landen gering qua aantal instromende patiënten.

In verhouding tot de binnenlandse opnamen in de verschillende jaren vallen de aantallen buitenlandse patiënten min of meer weg, zoals ook al hierboven aangegeven. De instroom van Duitsers is in geen van de jaren 0,1% van de Nederlandse opnamen en hetzelfde geldt voor de Belgen. Verder is het aantal Britse patiënten ongeveer 0,01% van het totaal aantal binnenlandse opnamen, terwijl geen van de andere landen of regio's deze 0,01% grens haalt.

Het hierboven geschetste patroon, dat de instroom van buitenlandse patiënten met name uit België en Duitsland afkomstig zouden zijn, viel enigszins te verwachten. Immers, naast opnamen tijdens vakanties of werkbezoeken lijkt het voor de hand liggend dat de bereidheid om te reizen voor een medische behandeling niet groot genoeg is om vanuit een ander continent in Nederland een behandeling te ondergaan. Met name niet, omdat dan ook dichterbij het land van herkomst goede voorzieningen te verwachten zullen zijn. De instroom uit andere landen dan België en Duitsland zal veelal samenhangen met vakanties of andere sporadische bezoeken aan Nederland. Naar verwachting is het percentage doelgerichte instromers uit Duitsland en België het hoogst. Voor Groot-Brittannië kan dit beeld nog enigszins gemengd zijn, maar aangezien het aantal Britse patiënten dat in Nederlandse ziekenhuizen wordt opgenomen vrij gering is, zullen wij ons hier concentreren op de onderverdeling van de Belgische en Duitse opnamen in Nederland, onderverdeeld naar specialisme en regio. Op die wijze kan wellicht een helder beeld worden verschaft over *structurele* grensoverschrijding, hetgeen uiteraard in het kader van deze achtergrond studie van groter belang is dan ziekenhuisopnamen die slechts het gevolg zijn van een toevallig verblijf in Nederland.

Echter, alvorens over te gaan op een verdere analyse van de instroom uit België en Duitsland wordt aan de hand van de dataset voor instroom uit alle landen getracht een verklaring te



vinden voor de spreiding van buitenlandse opnamen binnen Nederland. Hierbij zal worden getoetst in hoeverre een viertal voor de hand liggende redenen waarom bepaalde regio's meer dan andere regio's buitenlandse patiënten opnemen, ook daadwerkelijk invloed hebben op het geconstateerde aantal buitenlandse patiënten.

Deze redenen zijn: het al dan niet direct grenzen aan het buitenland, de aanwezigheid van academische voorzieningen, meer toerisme en de beschikbaarheid van zorg in de regio. Deze vier redenen worden hieronder verder uiteengezet en onderzocht.

### **Grensregio's**

Allereerst is het aannemelijk dat grensregio's meer dan andere regio's patiënten opnemen. Immers, voor buitenlandse patiënten kunnen bepaalde voorzieningen in Nederland dichterbij huis zijn dan dezelfde voorzieningen in hun eigen land. Indien dat zo is, kunnen zij om logistieke redenen ervoor kiezen om deze zorg net over de grens in een Nederlandse grensregio te consumeren. Verder reizen naar een andere Nederlandse regio is dan onwenselijk omdat daarmee het doel van de grensoverschrijding (reisafstand) meteen komt te vervallen. Het feit dat de meerderheid van de buitenlandse opnamen Duitse of Belgische opnamen betreft, zou doen vermoeden dat juist regio's grenzend aan deze twee landen veelal buitenlandse opnamen zouden moeten kennen. Zoals eerder al aangegeven zijn de volgende regio's als grensregio (grenzend aan Duitsland en/of België) aan te merken: Groningen, Drenthe, Zwolle, Twente, Arnhem, Nijmegen, Noord-Limburg, Zuid-Limburg, Eindhoven, Tilburg, Breda, Zeeland.

### **Academische ziekenhuizen**

Ten tweede is het mogelijk dat bepaalde kwalitatieve verschillen of bijvoorbeeld protocollaire verschillen bestaan tussen twee gezondheidszorgstelsels. Het zou dan kunnen dat buitenlandse patiënten specifiek die voorzieningen in Nederland opzoeken. Dit kan ook wanneer bepaalde topklinische voorzieningen dichterbij de woonplaats van de patiënt liggen wanneer deze van Nederlandse voorzieningen gebruik maakt dan wanneer deze voorzieningen in eigen land worden bezocht of niet in eigen land aanwezig zijn. Een (imperfecte) graadmeter van een dergelijk specifiek zoekgedrag, naast de onderverdeling van buitenlandse opnamen naar specialisme waarvoor men de grens

overschrijdt, is het al dan niet aanwezig zijn van een academisch ziekenhuis in de regio.

### **Toerisme**

Ten derde lijkt het aannemelijk dat regio's met een hogere mate van toerisme meer buitenlandse opnamen hebben dan regio's met minder toerisme. Bij ongevallen of acute aandoeningen zal immers in de regio van vakantieverblijf worden getracht om medische zorg te vinden. Aangezien in de SIG-data geen onderscheid kan worden gemaakt tussen toeristen en andere grensoverschrijders (bijvoorbeeld aan de hand van verzekeringsstatus) is het niet mogelijk dit verder naar behoren te onderzoeken.

### **Beschikbaarheid van de zorg**

Tenslotte kan de hoeveelheid buitenlandse opnamen enigszins samenhangen met de beschikbaarheid van zorg in een bepaalde regio. In dat opzicht kan het aantal Nederlandse opnamen in een regio wellicht een indruk geven van de beschikbaarheid van zorgaanbod in een regio en van invloed zijn op de hoeveelheid buitenlandse opnamen.

Hieronder volgen de resultaten van een eenvoudige toets van de bovenstaande veronderstellingen. Hierbij is getracht te bezien in hoeverre de beschikbaarheid van zorg, het al dan niet aanwezig zijn van academische voorzieningen en het al dan niet een grensregio zijn invloed hebben op de hoeveelheid buitenlandse patiënten. Dit is gedaan door de gegevens voor de verschillende jaren te 'poolen' en vervolgens de volgende relatie te schatten:

$$A_i = \alpha B_i + \beta D_{\text{grens}} + \gamma D_{\text{academisch}}$$

Waarbij  $A_i$  staat voor het aantal buitenlandse opnamen in regio  $i$ ,  $B_i$  staat voor de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen in regio  $i$  (gemeten in het aantal Nederlandse opnamen in die regio),  $D_{\text{grens}}$  is een zogenaamde dummy-variabele met als waarde 1 voor grensregio's en waarde 0 voor overige regio's en  $D_{\text{academisch}}$  is een dummy variabele met als waarde 1 wanneer er een academisch ziekenhuis in een regio aanwezig is en waarde 0 wanneer dit niet het geval is. Verder geven de  $\alpha$ ,  $\beta$  en  $\gamma$  de invloed weer van de verschillende variabelen.

Het resultaat van de regressie analyse is hieronder weergegeven, met tussen haakjes de *t-waarde*:

$$A_i = 0,001994 * B_i + 184,42 * D_{\text{grens}} + 296,07 * D_{\text{academisch}}$$

(2,74)                      (3,31)                      (4,36)

Alle variabelen blijken derhalve een positieve invloed te hebben op de hoeveelheid buitenlandse opnamen in een regio, hetgeen ook op voorhand verwacht werd. Verder zijn alle geschatte coëfficiënten significant. De verklarende kracht van deze eenvoudige schatting van het aantal buitenlandse opnamen in een regio is met een R<sup>2</sup> van 0,45 redelijk te noemen.

### **Instream uit Duitsland en België nader beschouwd**

Gezien het feit dat de meer structurele grensoverschrijdende zorg naar verwachting met name voortkomt uit Duitse en Belgische zorgvraag in Nederland (in ieder geval in meer substantiële omvang), lijkt het goed met name deze beide patiëntenstromen aan een nadere analyse te onderwerpen. Dit mede gezien de verwachting dat als doelgerichte grensoverschrijdende zorgvraag inderdaad een groeiend fenomeen zal blijken, het Nederlandse stelsel met name vanuit Duitsland en België, patiënten zal kunnen verwachten.

Men zou verwachten dat de instroom van Belgen zich met name in de Zuidelijke regio's van Nederland zou voordoen. Immers dit zal voor de Belgische grensoverschrijders relatief bekend terrein zijn en minimaliseert de reisafstand. In tabel 3.6 wordt aangegeven hoeveel opnamen in de verschillende regio's hebben plaatsgevonden van Belgen.

**Tabel 3.6: Instroom Belgen naar regio**

Regio	Opnamen 1996	Opnamen 1997	Opnamen 1998
Groningen	2	5	5
Friesland	1	0	0
Drenthe	1	2	6
Zwolle	2	2	3
Twente	5	5	4
Stedendriehoek	11	7	5
Arnhem	1	9	3
Nijmegen	36	16	19
Utrecht	28	43	35
't Gooi en Flevoland	4	9	5
Alkmaar	4	7	6
Kennemerland	4	13	7
Amsterdam	72	54	46
Leiden	13	10	9
Den Haag, Delft en Midden-Holland	4	6	4
Rijnmond	63	72	82
Dordrecht	24	28	20
Zeeland	100	117	93
Breda	355	401	339
Den Bosch en Tilburg	137	156	152
Eindhoven	291	378	338
Noord-Limburg	121	136	170
Zuid-Limburg	692	732	742

Uit tabel 3.6 blijkt dat het merendeel van de instroom van Belgische patiënten in de zuidelijke regio's wordt opgenomen. Alleen al in de regio's Zeeland, Breda, Den Bosch, Tilburg, Eindhoven en Noord en Zuid Limburg werden in totaal 1696 opnamen in 1996 geregistreerd, 1920 opnamen in 1997 en 1843 in 1998. Dat betekent dat de zuidelijke regio's 86% van

de totale instroom van Belgische patiënten opnamen in 1996, 87% in 1997 en 88% van de instroom in 1998. De andere regio's met een iets hogere instroom van Belgische patiënten, zijn veelal regio's met een academisch ziekenhuis (Nijmegen, Utrecht, Amsterdam en Rijnmond).

Ook lijkt het aan de hand van deze gegevens zo te zijn, dat ondanks een redelijke mate van fluctuaties tussen de verschillende jaren, de globale verdeling tussen het Zuiden en het Noorden wel stabiel te zijn.

Voor Duitsland laat de onderverdeling naar regio een ander beeld zien, zoals in tabel 3.7 gegeven.

**Tabel 3.7: Instroom Duitsers naar regio**

Regio	Opnamen 1996	Opnamen 1997	Opnamen 1998
Groningen	40	34	35
Friesland	31	19	16
Drenthe	45	31	22
Zwolle	44	42	30
Twente	164	133	117
Stedendriehoek	22	16	22
Arnhem	62	76	76
Nijmegen	304	386	253
Utrecht	61	116	81
't Gooi en Flevoland	24	18	20
Alkmaar	62	86	87
Kennemerland	31	32	28
Amsterdam	73	89	77
Leiden	23	38	21
Den Haag, Delft en Midden-Holland	16	11	15
Rijnmond	52	65	55
Dordrecht	12	10	14
Zeeland	197	204	153

Breda	22	21	18
Den Bosch en Tilburg	34	35	19
Eindhoven	43	52	41
Noord-Limburg	159	137	128
Zuid-Limburg	521	575	486

Ten eerste blijkt dat Zuid-Limburg ook voor wat betreft de instroom van Duitse patiënten een groot deel van het totaal uitmaakt. Zuid-Limburg is goed voor ongeveer 25% van de totale instroom uit Duitsland in de verschillende jaren. Verder blijkt ook Nijmegen een relatief grote hoeveelheid Duitse patiënten op te nemen, gemiddeld zo'n 300 per jaar over de afgelopen drie jaar. Op Noord-Limburg en Zeeland na blijken voor de Duitse instroom de zuidelijke regio's niet opvallend sterk te worden bezocht. Opvallend is de positie van regio Zeeland hierbij, gezien het relatief hoge aantal opnamen in die regio. Immers, Zeeland grenst niet direct aan Duitsland en het is derhalve qua reisafstand niet voor de hand liggend dat bewust grensoverschrijdend zorgverkeer vanuit Duitsland Zeeland als bestemming zou hebben. Wellicht zijn de hoge aantallen opnamen in Zeeland meer in verband te brengen met een groot aantal Duitse vakantiegangers dan bewuste zorgzoekenden. Dit is echter slechts onvolledig en indirect te toetsen aan de hand van de beschikbare data. Hieronder zal bij de verdere onderverdeling naar specialisme verder naar worden gekeken.

Het specialisme waarvoor personen de grens overgaan kan een indruk verschaffen van de relatieve beschikbaarheid of kwaliteit van die specialismen in Nederland ten opzichte van het land van herkomst van de patiënt. Ook kan het een indicatie geven van de reden van de opname in Nederland. Bij het analyseren van de onderverdeling naar specialisme is er hier wederom voor gekozen om met name in te gaan op de verdeling van Duitse en Belgische patiënten over de verschillende specialismen. Tevens is, om zoveel mogelijk te corrigeren voor 'incidentele opnamen' zoals tijdens vakantie of anderszins, met name die regio's te bezien waarin de concentraties van buitenlandse opnamen het hoogst zijn. Voor België zijn dit de regio's Zeeland, Breda, Den Bosch, Tilburg, Eindhoven en Noord en Zuid Limburg. Voor Duitsland zijn de regio's Noord en Zuid-Limburg, Zeeland, Twente en Nijmegen geselecteerd. Deze selectie is gemaakt op basis van het criterium dat de regio's in ieder geval twee van de drie

jaren hier onder beschouwing meer dan 100 opnamen moesten hebben van Belgische of Duitse patiënten.

Hieronder volgt een overzicht voor de Belgische patiënten.

**Tabel 3.8: Specialismen bezocht door Belgen**

Specialisme	1996 (% totaal)	1997 (% totaal)	1998 (% totaal)
Inwendige geneeskunde, algemeen	194 (11,5%)	234 (12,2%)	225 (12,3%)
Cardiologie	158 (9,3%)	151 (7,9%)	135 (7,4%)
Longziekten	31 (1,8%)	47 (2,4%)	29 (1,6%)
Reumatologie	4 (0,2%)	2 (0,1%)	0 (0%)
Gastro-enterologie	1 (0,1%)	5 (0,3%)	1 (0,1%)
Anesthesiologie	9 (0,5%)	30 (1,6%)	18 (1,0%)
Heelkunde, algemeen	291 (17,2%)	357 (18,6%)	316 (17,2%)
Urologie	74 (4,4%)	83 (4,3%)	94 (5,1%)
Orthopedie	154 (9,1%)	165 (8,6%)	185 (10,1%)
Neurochirurgie	39 (2,3%)	41 (2,1%)	36 (2,0%)
Plastische chirurgie	61 (3,6%)	87 (4,5%)	77 (4,2%)
Verloskunde en gynaecologie	271 (16,0%)	293 (15,3%)	299 (16,3%)

Kindergeneeskunde,	93	118	125
algemeen	(5,5%)	(6,1%)	(6,8%)
Zenuw- en zielsziekten	3	0	0
	(0,2%)	(0%)	(0%)
Psychiatrie	50	30	27
	(3,0%)	(1,6%)	(1,5%)
Neurologie	93	83	123
	(5,5%)	(4,3%)	(6,7%)
Dermatologie, algemeen	14	30	12
	(0,8%)	(1,6%)	(0,7%)
KNO-heelkunde	88	92	84
	(5,2%)	(4,8%)	(4,6%)
Oogheelkunde	35	44	22
	(2,1%)	(2,3%)	(1,2%)
Radiodiagnostiek	1	1	0
	(0,1%)	(0,1%)	(0%)
Radiotherapie	7	3	3
	(0,4%)	(0,2%)	(0,2%)
Cardio-pulmonale	2	9	7
chirurgie, sec	(0,1%)	(0,5%)	(0,4%)
Klinische geriatrie	1	0	2
	(0,1%)	(0%)	(0,1%)
Mondziekten en kaak-	18	15	10
chirurgie, algemeen	(1,1%)	(0,8%)	(0,5%)

Met name inwendige geneeskunde, heelkunde en verloskunde en gynaecologie vallen op door grote aantallen patiënten. Samen zijn zij goed voor circa 45% van de Belgische instroom. Verder worden ook KNO-heelkunde, neurologie, kindergeneeskunde, orthopedie en cardiologie veelvuldig bezocht door Belgische patiënten. In bijlage 1 wordt aangegeven hoe de onderverdeling naar specialisme bij Nederlandse opnamen is. Opvallend is dat beide onderverdelingen in percentages goed overeenkomen. Er zijn wel enige relatief kleine afwijkingen, maar gemiddeld genomen



wijkt de instroom van Belgische patiënten nauwelijks af in zorgbehoefte van de gemiddelde Nederlandse patiënt. Dit geeft aanleiding te veronderstellen dat doelbewuste grensoverschrijding om bepaalde tekorten aan zorg in België te ontlopen niet veelvuldig voorkomt. Kleine afwijkingen kunnen gezien de kleine aantallen ook te maken hebben met gewone variatie. Bijvoorbeeld oogheelkunde valt op door een relatief laag aantal opnamen, een patroon dat terugkomt bij de Duitse opnamen.

Om te bezien of Belgische patiënten specifiek bepaalde Nederlandse voorzieningen gebruiken, kunnen de aantallen opnamen zoals hierboven zijn gepresenteerd worden vergeleken met de Nederlandse opnamen in die specialismen en regio. Daarmee wordt ook duidelijk of voor specifieke specialismen de instroom van Belgen een relatief grote belasting vormt ten opzichte van de Nederlandse instroom. Dit zou dan bijvoorbeeld kunnen leiden tot langere wachtlijsten voor die specialismen als gevolg van de additionele benutting van de zorgvoorzieningen. De SIG gegevens laten echter zien dat voor geen van de specialismen het aandeel van buitenlandse opnamen 1% is van de Nederlandse opnamen. Er is dus geen sprake van overmatig gebruik van bepaalde voorzieningen door Belgische patiënten voor het totaal van de grensregio's hier in beschouwing.

Hieronder volgt voor de Duitse patiënten een overzicht met bezochte specialismen in de 'Duitse grensregio's'.

**Tabel 3.9: Specialismen bezocht door Duitsers**

Specialisme	1996 (% totaal)	1997 (% totaal)	1998 (% totaal)
Inwendige geneeskunde, algemeen	148 (11,33%)	172 (11,98%)	118 (10,38%)
Cardiologie	109 (8,35%)	103 (7,18%)	107 (9,41%)
Longziekten	37 (2,83%)	48 (3,34%)	24 (2,11%)
Reumatologie	2 (0,15%)	4 (0,28%)	3 (0,26%)

Gastro-enterologie	18 (1,38%)	8 (0,56%)	8 (0,70%)
Anesthesiologie	4 (0,31%)	7 (0,49%)	4 (0,35%)
Heelkunde, algemeen	229 (17,53%)	244 (17,00%)	231 (20,32%)
Urologie	33 (2,53%)	32 (2,23%)	32 (2,81%)
Orthopedie	62 (4,75%)	55 (3,83%)	58 (5,10%)
Neurochirurgie	34 (2,60%)	30 (2,09%)	32 (2,81%)
Plastische chirurgie	40 (3,06%)	23 (1,60%)	31 (2,73%)
Verloskunde en gynaecologie	159 (12,17%)	132 (9,20%)	110 (9,67%)
Kindergeneeskunde, algemeen	115 (8,81%)	167 (11,64%)	132 (11,61%)
Psychiatrie	9 (0,69%)	3 (0,21%)	3 (0,26%)
Neurologie	94 (7,20%)	106 (7,39%)	85 (7,48%)
Dermatologie, algemeen	3 (0,23%)	19 (1,32%)	1 (0,09%)
KNO-heelkunde	76 (5,82%)	75 (5,23%)	64 (5,63%)
Oogheelkunde	12 (0,92%)	12 (0,84%)	9 (0,79%)
Radiotherapie	11 (0,84%)	8 (0,56%)	1 (0,09%)
Cardio-pulmonale chirurgie, sec	7 (0,54%)	7 (0,49%)	2 (0,18%)

Klinische geriatrie	0 (0%)	1 (0,07%)	0 (0%)
Mondziekten en kaak chirurgie, algemeen	6 (0,46%)	8 (0,56%)	9 (0,79%)
Vaatchirurgie	1 (0,08%)	1 (0,07%)	3 (0,26%)
Endocrinologie	3 (0,23%)	8 (0,56%)	9 (0,79%)
Hematologie	55 (4,21%)	92 (6,41%)	3 (0,26%)
Kinderchirurgie	4 (0,31%)	2 (0,14%)	7 (0,62%)
Nefrologie	24 (1,84%)	22 (1,53%)	17 (1,50%)
Oncologie	11 (0,84%)	12 (0,84%)	16 (1,41%)

Uit deze tabel komt naar voren dat ook bij de Duitse patiënten algemene heelkunde en inwendige geneeskunde de meest bezochte specialismen zijn. Voor algemene heelkunde ligt het percentage ook hoger dan het Nederlandse gemiddelde (zie bijlage 1). Echter, kindergeneeskunde wordt door Duitse patiënten ook veelvuldig bezocht, relatief meer dan door Belgische patiënten en relatief ook beduidend meer dan Nederlandse patiënten (zie bijlage 1). Bij een ander veelvuldig bezocht specialisme, verloskunde en gynaecologie, blijken Duitse patiënten relatief juist minder frequent dan Belgen opgenomen te worden. Hetzelfde geldt voor orthopedie.

Ook voor de Duitse instroom geldt dat geen van de Nederlandse specialismen onder druk komt te staan door de additionele instroom van Duitse patiënten.

Hieronder zal worden gezien of de indeling in Zeeland van Duitse opnamen anders is dan die in de andere regio's (om de veronderstelling dat het hier met name gaat om vakantieopnamen te kunnen verifiëren). In tabel 3.10 wordt deze onderverdeling gepresenteerd.

**Tabel 3.10: Bezochte specialismen door Duitsers in Zeeland**

Specialisme	1996 (totaal= 197)	1997 (totaal = 204)	1998 (totaal = 153)
Inwendige geneeskunde, algemeen	55	51	26
Cardiologie	23	25	20
Longziekten	2	5	2
Heelkunde, algemeen	57	74	50
Urologie	1	1	3
Orthopedie	17	4	6
Plastische chirurgie	1	5	6
Verloskunde en gynaecologie	7	3	8
Kindergeneeskunde, algemeen	16	8	10
Psychiatrie	2	0	0
Neurologie	13	26	21
Oogheelkunde	2	2	0
Radiotherapie	0	0	1

Ook hier zijn de generale specialismen algemene heelkunde en inwendige geneeskunde (de laatste minder in 1998) de grootste specialismen in termen van aantallen Duitse patiënten, maar zij blijken relatief veel groter dan voor het totaal van Duitse instromers. Ook zijn ze relatief veel frequenter bezocht dan door Nederlandse patiënten (zie bijlage 1). Wellicht kan dit worden gekoppeld aan de verklaring dat personen die tijdens een vakantie iets oplopen veelal bij deze brede specialismen zullen uitkomen. Ook de frequent bezochte specialismen cardiologie en neurologie passen wel in dit beeld. Verloskunde en gynaecologie zijn hier beduidend kleiner qua relatieve omvang dan gemiddeld voor de totale Duitse instroom.

Deze bevinding geeft nogmaals aan dat de cijfers zoals hierboven gepresenteerd, zelfs geselecteerd op Belgische en

Duitse instromers, dat incidentele opnamen een groot gedeelte van het totaal vormen van de instroom.

### **Conclusie buitenlandse instroom**

De hoofdconclusie van de voorgaande analyse kan niet anders zijn dan dat de hoeveelheid instromende buitenlandse patiënten in de Nederlandse ziekenhuizen zeer gering is. Met een totale hoeveelheid van nog geen 0,33% is de instroom verwaarloosbaar. Ook voor de gezamenlijke grensregio's en de specialismen aldaar betekent de instroom van buitenlanders geen zware belasting.

Het valt op dat de instroom met name uit België en Duitsland komt (meer dan de helft) en dat de instroom uit deze landen zich grotendeels laat opnemen in regio's die aan het land van herkomst grenzen. Het lijkt aannemelijk te stellen dat met name deze instroom een structurele component kan hebben, maar dat veel van de hier gepresenteerde getallen betrekking hebben op min of meer incidenteel verblijf van de betrokken patiënten in Nederland, of in ieder geval dat hun hoofdmotief om in Nederland te zijn, niet de consumptie van gezondheidszorg was (in formulier termen: E106 en E111 zorg in plaats van E112).

Verder blijkt dat de hoeveelheid buitenlandse opnamen in een regio samenhangt met de beschikbaarheid van zorg in die regio, het al dan niet beschikken over academische voorzieningen in die regio en of de regio grenst aan België of Duitsland. Al deze punten werken verhogend op het aantal buitenlandse opnamen en de invloeden blijken in een simpele regressievergelijking alle significant.

Uiteraard moet hier wel worden opgemerkt dat de analyse zoals hierboven weergegeven alleen slaat op ziekenhuisopnamen. Het zou dus nog zo kunnen zijn dat grotere aantallen buitenlandse patiënten Nederland binnenstromen voor andere zorg dan zieken huiszorg. Dit lijkt echter gezien deze analyse en de toch vaak gerelateerdheid van verschillende zorgvoorzieningen niet erg waarschijnlijk.

## **3.2 Experimenten met grensoverschrijdende zorg**

In deze paragraaf worden twee studies naar grensoverschrijding besproken. Een studie betreft grensoverschrijding door Nederlanders naar het buitenland

besproken (Zorg op Maat) in de EU-regio Maas-Rijn. De andere studie betreft een verruiming van de mogelijkheden voor Duitse patiënten om in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen bepaalde behandelingen te ondergaan. Deze twee studies zijn op dit moment waarschijnlijk de twee belangrijkste studies naar het gedrag van grensoverschrijdende zorg in Nederland. Ten tijde van het schrijven van deze studie zijn vervolgonderzoeken, onder andere van het IZOM-project, nog niet gerapporteerd. Dat laatste rapport is met name van belang omdat in het IZOM project voor de eerste maal sprake is van ‘wederkerigheid’, namelijk omdat de mogelijkheid dan zowel voor Nederlanders als voor buitenlandse bewoners van de EU-regio de mogelijkheid geboden wordt om zich buiten de eigen landsgrenzen te laten behandelen. De projecten die hier worden besproken betroffen ‘eenrichtingsverkeer’ (eenmaal Nederland uit en eenmaal Nederland in).

### **Zorg op Maat**

In het Nzi-rapport ‘Grensoverschrijdende zorg. Zorg op maat in de Euregio Maas-Rijn; evaluatie van een experiment’ (geschreven door dr. Grunwald en drs. Smit) wordt een verslag gedaan van het experiment in de Euregio Maas-Rijn waarbij voor *Nederlandse* ziekenfondsverzekerden de *tijdelijke* mogelijkheid werd geschapen om basale medisch specialistische zorg (exclusief de topzorg, maar inclusief ziekenhuis opname) in het aangrenzende Duitse en Belgische deel van dezelfde Euregio te gebruiken. Feitelijk gaat het hierbij om de Nederlandse ziekenfondsverzekerden in het zuidelijkste deel van Limburg. Initiatiefnemers van dit project waren de ziekenfondsverzekeraars CZ en VGZ. Het waren dan ook effectief de verzekerden van die beide verzekeraars die in principe in het experiment konden participeren, in totaal zo’n 520.000 mensen.

In de rapportage komt naar voren dat het experiment naast het doel om ziekenfondsverzekerden de mogelijkheid te bieden om zich in het buitenland te kunnen laten behandelen ook ten doel had om ‘ervaring op te doen in het omgaan met de wettelijke, administratieve en financiële obstakels die het eigen systeem genereert’. De gekozen operationalisatie was een verruiming van de in hoofdstuk 2 besproken E112 formulieren waarmee de verzekeraar toestemming geeft aan de verzekerde om over de grens zorg te consumeren. In dit kader werden deze formulieren omgedoopt tot E112+, waarmee de toestemming vooraf om bepaalde medische voorzieningen in het buitenland te consumeren verviel, indien:

- (i) Een verwijzing door de huisarts is afgegeven.
- (ii) De verzekerde in Nederland in de EUregio Maas-Rijn woont.
- (iii) De zorg in het buitenland binnen de EUregio Maas-Rijn wordt geconsumeerd.
- (iv) Geen topzorg wordt geconsumeerd.
- (v) Geen paramedische zorg, kunstmiddelen of hulpmiddelen worden geconsumeerd.

Een eerste interessante constatering in de Nzi-rapportage betreft de beschikbaarheid van medische voorzieningen in de verschillende delen van de Euregio Maas-Rijn. Waar het Nederlandse deel van de regio slechts 4 ziekenhuizen kent, staan er in het Belgische en Duitse deel respectievelijk 27 en 26 ziekenhuizen (overigens wordt daarbij geen aantal bedden genoemd). Hierbij moet overigens wel worden aangemerkt dat de oppervlaktes van het Duitse en Belgische deel van de Euregio Maas-Rijn wel aanzienlijk groter zijn dan het Nederlandse deel. Echter het aantal inwoners in de verschillende gebieden lopen niet zo sterk uiteen dat het verschil in aantallen zorg instellingen daaruit verklaard zou kunnen worden: 750.000 in Nederland, 1.200.000 in Duitsland en 1.800.000 in België. Ook de aantallen specialisten liepen sterk uiteen binnen de Maas-Rijn regio. Daar waar per 1000 inwoners het Nederlandse deel van de EUregio 0,8 specialist telt, zijn dit er in België 1,4 en in Duitsland zelfs 1,8. Daarmee lijkt duidelijk dat er verschillen bestaan tussen de verschillende landen in termen van zorgaanbod en dat dit aanbod in de ons omringende landen groter lijkt dan in Nederland.

Indien we kijken naar de conclusies van de evaluatie van het experiment kan worden geconstateerd dat de volgende zaken met name in het oog springen.

Het gebruik van de regeling door de personen die daar in principe voor in aanmerking kwamen was verre van omvangrijk. Gemiddeld 100 maal per maand werd een E112+ formulier aangevraagd. In totaal over het experiment (vanaf 1 april 1997 tot 26 november 1998) werden nog geen 1800 E112+ formulieren uitgereikt. Omdat de formulieren uiteraard meerdere malen door een zelfde persoon kunnen worden aangevraagd is ook gekeken naar het aantal verzekerden dat de E112+ formulieren heeft aangevraagd. Dit bleken voor de CZ-verzekerden 578 personen, ofwel op jaarbasis 0,1% van het aantal verzekerden in de regio. In relatie tot het totaal

aantal verzekerden dat jaarlijks in de regio een specialist bezoekt blijkt 0,3% gebruik te maken van de regeling.

Deze aantallen zijn uiteraard weinig verontrustend en zouden er op kunnen duiden dat de vraag naar grensoverschrijdende zorg slechts gering is. Dit mede omdat tijdens het experiment geen sterke toename van het gebruik van de regeling te constateren viel. Gewenning aan de nieuwe mogelijkheden voor grensoverschrijding lijkt niet te leiden tot een sterke toename van het gebruik. Immers zelfs in de regio Zeeuws-Vlaanderen, waar aan bepaalde voorzieningen een duidelijk gebrek is en sinds 1978 reeds de mogelijkheid bestaat tot grensoverschrijding, maakt niet meer dan 4% van de ziekenfondsverzekerden gebruik van voorzieningen over de grens. Voor andere regio's in Nederland, zullen deze aantallen naar verwachting alleen maar lager liggen, daar de binnenlandse voorzieningen daar uitgebreider zijn. Ook is een grensoverschrijding naar België, gezien de overeenkomst in taal, waarschijnlijk eerder een optie voor patiënten dan een behandeling naar een land waarvan men de taal minder goed spreekt. De Nzi-onderzoekers concluderen dan ook dat voor deze regio niet kan worden verwacht dat meer dan 3% van de verzekerden die dat zouden kunnen ook daadwerkelijk gebruik zullen maken van zorgvoorzieningen over de grens. Alleen wanneer de wachtlijsten in Nederland zullen blijven groeien kan dit percentage hoger uitvallen, met name als breder bekend wordt dat men over de grens zorg mag consumeren. Duidelijkere procedures en duidelijkheid over wat wel en wat niet wordt vergoed zijn daarbij echter wel van belang. Binnen het kader van het experiment was ongeveer een op de drie respondenten kritisch ten aanzien van de procedure.

Volgens de onderzoekers is het geringe gebruik met name te wijten aan de volgende factoren:

- Geringe bekendheid van de regeling onder de bevolking.
- Zowel bij huisartsen als bij specialisten terughoudendheid in hun verwijzingsgedrag naar het buitenland.
- Alleen bepaalde typen patiënten lijken te voelen voor een behandeling over de grens (hieronder verder toegelicht).
- Patiënten hebben een voorkeur voor een vertrouwd en bekend zorgmilieu, met name bij chronische klachten en niet-acute aandoeningen.
- Omslachtige procedure om in het buitenland zorg te mogen consumeren.



Bij het onderzoek naar *wie* met name gebruik maken van zorg over de grens komt naar voren dat 75% van de gebruikers van zorg over de grens de Nederlandse nationaliteit bezitten en meer dan 24% de Duitse nationaliteit (maar deze laatstgenoemden zijn dus wel in Nederland woonachtig). Van de laatste groep kan worden geconcludeerd dat zij bij ziekte liever terugkeren naar het Duitse gezondheidszorgstelsel, dat zij om redenen van bekendheid, taal of gepercipieerde kwaliteit prefereren boven het Nederlandse. Tevens komt in het Nzi-rapport naar voren dat meer dan de helft van het aantal bezoekers aan een buitenlandse specialist al eerder ervaring had met de buitenlandse gezondheidszorg. Een derde deel van de grensoverschrijders werd meer dan 5 maal behandeld over de grens (veelal gepensioneerde grensarbeiders). Verder blijken in de regio Maastricht wachtlijsten een voornamelijk reden om zorg over de grens te zoeken. Ook blijken grensoverschrijders eerder door huisartsen en specialisten naar België te worden verwezen dan naar Duitsland. Er wordt geconstateerd dat de grensoverschrijders grofweg in drie ongeveer even grote groepen zijn onder te verdelen:

- grensarbeiders en immigranten;
- wachtlijstomzeilers;
- diffuse groep van ontevredenen met binnenlandse zorg of enthousiastelingen over buitenlandse zorg, in Nederland uitbehandelden en 'second opinion'-patiënten die vaak een alternatief zoeken voor een zware ingreep.

Bij de vraag *voor welke specialismen* personen de grens overgaan, komt duidelijk naar voren dat hierbij wachtlijsten in de experimentele regio (met name de wachtlijsten bij het Academisch Ziekenhuis Maastricht worden in het rapport genoemd) een belangrijke factor zijn. De relatief meest bezochte specialismen in het buitenland: dermatologie, orthopedie en oogheelkunde blijken in de regio ook gekenmerkt door lange wachtlijsten. De *redenen* van het bezoek aan de buitenlandse specialist blijken vaak 'onderzoek', 'medische behandeling' en 'diagnose' te betreffen. Daarbij is tevens bezien welke motieven mensen hadden om deze zorg juist over de grens te consumeren. Daarbij kwam naar voren een snellere behandeling het meest genoemd werd als reden van grensoverschrijding, tevens geven de respondenten te kennen dat ze in het buitenland uitvoeriger worden nagekeken, dat de medische behandeling anders is dan in Nederland, men niet lang op een uitslag hoeft te wachten en dat er goede nazorg is in het buitenland. De verschillen in behandelpatronen,

behandelcultuur, behandelsnelheid en protocollen tussen Nederlandse zorgaanbieders en hun buitenlandse collega's is door voor veel van grensoverschrijders reden genoeg om in het buitenland een behandeling te ondergaan.

Bij de keuze naar welk buitenland men gaat (België of Duitsland) blijkt met name de geografische ligging bepalend. Tevens is bekendheid met een ander gezondheidszorgstelsel en de behandelend arts van belang. Er blijkt nog veel onwetendheid te bestaan, ook bij de Nederlandse zorgaanbieders, over het aanbod en de kwaliteit van zorg over de grens.

Wat betreft de kwaliteit van de geleverde zorg in het buitenland zijn de meeste respondenten positief. De respondenten zijn over zowel huisarts, specialist als ziekenhuis in meer dan 80% van de gevallen tevreden of zeer tevreden over de geleverde kwaliteit.

In globale termen wordt geconcludeerd dat het gebruik van zorg over de grens gering is en zal blijven. Tevens lijken mensen met name de grens over te gaan voor zorg die in eigen land onvoldoende (snel) beschikbaar is of vanwege afstand of betere bekendheid met het buitenlandse gezondheidszorgsysteem. Tevens kunnen verschillen in behandelpatronen, bijvoorbeeld een halfjaarlijks baarmoederhalsuitstrijkje zoals in Duitsland mogelijk en aanvaard is versus een veel minder frequente controle in Nederland voor bepaalde patiënten een rol spelen bij grensoverschijding. Deze laatste vorm zou ook kunnen leiden tot hogere consumptie in plaats van enkel substitutie van binnenlandse door buitenlandse zorg. Wat betreft de soms geuite angst dat het binnenlandse aanbod van zorg zou kunnen verschromelen als gevolg van een verregaande toename van grensoverschijding door Nederland (die dan niet wordt gecompenseerd door een evenredige toename van grensoverschijdingen Nederland in) concluderen de onderzoekers dat deze angst ongegrond lijkt. De aantallen patiënten die de grens oversteken zijn te klein om grote gevolgen te hebben voor het zorgaanbod en tevens verlaten ze met name het eigen land wanneer bepaalde voorzieningen hier nog te weinig (snel) geleverd kunnen worden. Het buitenland is dan dus complementair op terreinen waar de Nederlandse zorg reeds schraal is. Dit laatste wordt wel in verband gebracht met mogelijke kostenstijgingen, zowel op patiënt- als op macroniveau. In het Nzi-rapport wordt ook aandacht

besteed aan de kosten van grensoverschrijdende zorg. Niet alleen worden de kosten die de patiënt moet dragen in kaart gebracht, maar ook wordt er aandacht besteed aan de kosten voor de verzekeraar en aan een kostenvergelijking. Hieruit komt naar voren, dat de kosten voor de patiënt aanzienlijk kunnen zijn. De respondenten gaven aan dat zij in ongeveer 35% van de gevallen eigen bijdragen voor medicijnen moesten betalen bij een buitenlandse apotheek. Verder betaalden ook 35% eigen bijdragen voor de behandeling en/of remgelden. Verder werden reiskosten door 69% van de respondenten genoemd als extra kosten die uit eigen zak betaald moesten worden. Toch geeft ongeveer driekwart van de personen aan dat ze de kosten laag vinden of hoog, maar het wel waard. (Hierbij moet wel worden bedacht dat het de mensen zijn die reeds over de grens zorg hebben geconsumeerd die tot dit oordeel komen, waardoor een vorm van selectie bias ontstaat in de antwoorden.) Bijna de helft van de mensen geeft aan dat zij denken dat de kosten (die zijzelf moesten dragen) in Nederland lager of gelijk geweest zouden zijn. Zevenentwintig procent van de ondervraagden weet niet hoe de kosten in Nederland zich verhouden tot die in het buitenland en 16% geeft aan dat ze denken dat zij meer geld zijn kwijt geweest dan in Nederland (zonder daarbij aan te geven dat zij het de extra kosten wel waard vonden).

Wat betreft de kosten voor de verzekeraar komt in het Nzi rapport naar voren dat een goede vergelijking van de kosten van verschillende behandelingen of medicijnen alsmede een inschatting van de eventuele meerkosten slechts schattenderwijs te bepalen valt. Niet alleen ontbreekt er informatie op patiënt niveau over welke zorg in Nederland wordt gebruikt in aanvulling op de zorg geconsumeerd over de grens, ook bestaan problemen bij het beantwoorden van de vraag hoe behandelingen te vergelijken tussen landen wanneer deze inhoudelijk van elkaar verschillen door verschillen in definities en in opvatting van *appropriate care*. Daarnaast is ook in termen van prijsniveau een vergelijking maar moeilijk te maken. Naast de vraag van *wat* precies een prijsniveau wordt bepaald, blijken verschillende financieringswijzen in de verschillende landen de bepaling van de juiste hoogte van de kosten sterk te bemoeilijken. In het rapport wordt als voorbeeld van onduidelijke, sterk landgebonden en in de tijd fluctuerende kostenbepaler de eigen bijdragen genoemd. Verder worden twee voorbeelden gegeven van pogingen tot prijsvergelijkingen tussen beide landen.

Ten eerste is getracht om de prijzen van een aantal medicijnen in de verschillende delen van de Eu-regio in kaart te brengen. Alhoewel blijkt dat een goede vergelijking door de sterke mate van regelgeving en uitzondering etc. vrijwel onmogelijk is, wordt wel duidelijk dat de prijzen voor bepaalde medicijnen sterk verschillen, mede door verschillen in hoogte van de eigen bijdragen. Zo blijkt dat voor een bepaald medicijn in Nederland in de lage dosering wel een eigen bijdrage te bestaan, maar in een hogere dosering weer niet, terwijl in Duitsland alleen de lage dosering te verkrijgen is met een veel hogere eigen bijdrage. Voor Duitsers zou het dus voordelig kunnen zijn (alhoewel dit niet in dit experiment mogelijk was) om deze medicijnen in Nederland te kopen en daarmee een lagere eigen bijdrage te betalen (of geen wanneer de hogere dosering wordt aangeschaft). De Duitse verzekeraar vergoedt dan de restkosten tot een maximum tarief zoals die in eigen land geldt. Indien dit maximum vrij ruim is vastgesteld kan dit kostenverhogend werken voor de verzekeraar. Ook zou het kunnen dat het maximum-tarief (gebaseerd op de Duitse situatie met hoge eigen bijdragen) lager ligt dan de restkosten van het medicijn in Nederland (dat wil zeggen na aftrek van de eigen bijdrage). Dan moet de Duitse patiënt alsnog meer betalen dan enkel de Nederlandse eigen bijdrage. Ook zouden de meerkosten voor de verzekeraar lager kunnen liggen dan in Duitsland het geval is. Dan profiteren zowel de verzekeraar als de patiënt.

Een en ander heeft ook consequenties voor de prikkels die nationale overheden in hun gezondheidszorgstelsels hebben ingebouwd. Zo is het restitutiestelsel in België in principe een systeem waarin geen van de betrokken partijen een directe financiële prikkel heeft om de zorgconsumptie te beperken. Derhalve is er voor gekozen om aanzienlijke eigen bijdragen en zogenaamde remgelden te vragen van patiënten. Hierdoor is die laatste groep zich meer bewust van de kosten van gezondheidszorg en zal er dus minder geconsumeerd worden. Echter, wanneer deze patiënten in Nederland dezelfde zorg kunnen consumeren en geen eigen bijdragen hoeven te betalen, ontstaat een situatie dat overmatige consumptie van gezondheidszorg niet wordt geremd. Dit uiteraard tenzij de maximumtarieven in België lager liggen dan in Nederland, waardoor Belgische patiënten alsnog het verschil in kosten zelf moeten dragen (onder grensoverschrijding zonder toestemming vooraf). Deze inbreuken op het stelsel van voorzieningen in de verschillende landen zullen goed in kaart moeten worden gebracht om te bezien welke prikkels een

verregaande openstelling van de grenzen heeft voor de diverse partijen in de gezondheidszorg.

Ten tweede blijkt voor een MRI-scan (slechts 1 maal uitgevoerd tijdens experiment dus enige voorzichtigheid geboden) in Duitsland een declaratie te zijn ingediend van ongeveer DM 410 terwijl het maximum COTG-tarief 380 gulden is. Het laagste COTG-tarief is 245 gulden en het gehanteerde tarief hangt af van de specifieke scan gemaakt (bijvoorbeeld thoraxwand of hals). Uit deze declaratie mag duidelijk zijn dat in dit geval de kosten voor de verzekeraar in principe hoger zijn dan dat zij geweest zouden zijn indien de MRI-scan in Nederland was uitgevoerd, zo concluderen de onderzoekers. Hierbij dient wel te worden aangemerkt dat dit alleen mag worden geconcludeerd indien de declaratie voor een MRI-scan geen additionele handelingen omvat, die in Nederland ook additioneel gedeclareerd zouden worden en als de scan niet bijvoorbeeld uitgebreider is dan in Nederland gebruikelijk. Tevens moet worden aangemerkt dat deze conclusie weliswaar geldt voor het experiment zoals deze is geëvalueerd, waarbij de verzekeraar middels E112+ de kosten voor buitenlandse behandelingen volledig zou vergoeden, maar dat deze ruime vergoedingsprincipes niet noodzakelijkerwijs gelden voor alle grensoverschrijdende zorg. Immers, onder Decker en Kohll hoeven verzekeraars slechts tot het binnenlandse maximumtarief te vergoeden en worden de kosten voor hen dus nooit hoger dan in Nederland (althans niet op basis van de prijs). Indien de kosten hoger zijn dan het maximum tarief in eigen land ligt het financiële risico derhalve bij de patiënt.

Uiteindelijk wordt in het Nzi-rapport geconcludeerd dat het prijsniveau van de zorg in het experiment niet veel verschilt dan wanneer de zorg in Nederland geconsumeerd was. Daarbij wordt wel aangemerkt dat hierbij is verondersteld dat de zorg in het buitenland wordt beschouwd als *vervangende zorg* en niet als *additionele zorg*. De buitenlandse kosten komen in plaats van de binnenlandse kosten en er niet bovenop.

### **Eindrapportage 'Project grensoverschrijdende zorg in de EU-regio Rijn/Waal'**

Dit experiment betrof een verruiming van de mogelijkheden voor Duitse patiënten uit de grensstreek in de regio Rijn/Waal om gebruik te maken van een aantal topklinische voorzieningen in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen (AZN). De evaluatie betreft 1997 en 1998 en is uitgevoerd in

opdracht van de Ziekenfondsraad door de Katholieke Universiteit Nijmegen (drs. Lottman en dr. Van der Wilt). De aanleiding voor het experiment was dat in het Duitse gedeelte van de regio Rijn-Waal geen diagnostische en therapeutische voorzieningen bestaan om een aantal topklinische behandelingen te kunnen uitvoeren. Voor de Duitse patiënten is dan Nijmegen een goed alternatief. Tijdens het experiment konden (een overigens gelimiteerd aantal) Duitse patiënten voor de volgende behandelingen terecht in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen:

- hartoperaties,
- radiotherapie,
- niertransplantaties,
- traumatologie,
- neonatale intensieve zorg (NICU).

De behandeling van de Duitse patiënten

*‘vond plaats bovenop de capaciteit, qua planning en financiering, die het AZN voor Nederlandse patiënten ter beschikking had. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft met dit project in gestemd. Zij gaf daarbij aan dat grensoverschrijdende zorg niet mocht leiden tot verstoring van de nationale zorginfrastructuur en dat ook de financiële aspecten niet uit het oog verloren mochten worden.’*

Dit laatste is een interessant gegeven, daar het Nederlandse stelsel vaak wordt aangemerkt als een aanbod-kraptemodel, waardoor bij een additionele instroom van patiënten wellicht de voorzieningen in termen van beschikbaarheid van specialisten, bedden etc. in gedrang kan komen. In het onderzoek is bezien in hoeverre deze angst gegrond is (alhoewel uiteraard de gelimiteerde aantallen Duitse patiënten die in aanmerking konden komen voor een Nederlandse behandeling al remmend werkt op een mogelijke overbelasting van de Nederlandse voorzieningen – men zal ongetwijfeld capaciteitsoverwegingen hebben betrokken in de toegestane hoeveelheden Duitse patiënten).

Allereerst wordt hieronder in tabel 3.11 de aantallen Duitse patiënten voor de verschillende behandelpecialismen voor zowel 1997 en 1998 gepresenteerd. Tevens worden de ‘bezettingsgraden’ gepresenteerd: de hoeveelheid gerealiseerde behandelingen als percentage van het maximaal toegestane aantal.

**Tabel 3.11: Werkelijke versus maximale omvang experiment**

Specialisme	Maximum toegestaan per jaar	Realisatie 1997	Realisatie 1998
Radiotherapie	180	52 (28,89%)	46 (25,56%)
Hartchirurgie	70	4 (5,71%)	6 (8,57%)
Traumatologie	50	12 (24%)	15 (30%)
Niertransplantatie	10	13 (130%)	5 (50%)
NICU	20	10 (50%)	1 (5%)

Bron: Lottman en Van der Wilt (1999)

Uit de bovenstaande tabel komt duidelijk naar voren dat de aantallen patiënten dat vanuit Duitsland instroomt in het AZN laag zijn. Ook ten opzichte van de maximaal toegestane hoeveelheden patiënten per jaar is de instroom gering te noemen. Op een eenmalige uitschieter bij het aantal niertransplantaties na in 1997, blijkt verder hooguit de helft van het toegestane aantal patiënten ook daadwerkelijk te worden geholpen. Er lijkt dus geen sterke drang te bestaan bij Duitse patiënten om naar Nederland te komen voor een behandeling, ofwel er zijn slechts kleine aantallen patiënten in deze Duitse regio die een relevante aandoening hebben. Ook blijkt er in 1998 ten opzichte van 1997 geen toename van het aantal patiënten te zijn (bijvoorbeeld omdat 1997 als aanloopjaar kan worden beschouwd). In totaal is het aantal patiënten in 1998 zelfs gedaald ten opzichte van 1997. In het rapport komt ook naar voren dat ten opzichte van het geschatte gebruik van de relevante populatie in het Duitse deel van de Euregio Rijn/Waal slechts een zeer klein gedeelte zich laat behandelen in het AZN. Voor radiotherapie en open-hart chirurgie blijft dit percentage ruim onder 1%, terwijl het voor traumatologie en neonatale intensieve zorg rond de respectievelijk 3% (2,5% in 1997 en 3,1% in 1998) en 1,5% (2,6% in 1997 en 0,3% in 1998) lag.

Indien de plaats van herkomst van de Duitse patiënten wordt beschouwd, wordt duidelijk dat voor radiotherapie en open-hart chirurgie de patiënten met name uit Kleve afkomstig zijn, ofwel het dichtstbijzijnde deel van Duitsland. Voor Niertransplantaties is dit reeds minder het geval, terwijl voor Traumatologie en Neonatale intensieve zorg de patiënten

gemiddeld van een grotere afstand naar Nijmegen komen. Bij de keuze voor Nijmegen blijkt ook de verwijzer aan Duitse zijde van belang. Bekendheid met de mogelijkheid om patiënten in Nederland te laten behandelen alsmede bereidheid om patiënten naar Nederland te verwijzen blijken noodzakelijk. Hierbij wordt het ontbreken van wederkerigheid van de regeling (het experiment geldt niet voor Nederlandse patiënten die zich in Duitsland kunnen laten behandelen) ook genoemd als een rem op het verwijsgedrag van Duitse artsen.

Om te bezien welke druk de behandeling van Duitse patiënten legt op de voorzieningen van het AZN wordt hieronder aangegeven in tabel 3.12 welk percentage de aantallen Duitse patiënten uitmaken van de totale instroom van patiënten.

**Tabel 3.12: Relatieve omvang behandeling Duitse patiënten**

Specialisme	1997	1998
Radiotherapie	3%	2.6%
Hartchirurgie	0.4%	0.6%
Traumatologie	8%	10%
Niertransplantatie	11.3%	4.3%
NICU	2%	0.2%

Bron: Lottman en Van der Wilt (1999)

Uit bovenstaande tabel komt naar voren dat alleen voor Traumatologie en Niertransplantatie de additionele toestroom van Duitse patiënten een aanzienlijk deel van het totale aantal behandelingen uitmaakt.

Om verder te bezien of de additionele belasting van de specialismen door de Duitse toestroom tot problemen heeft geleid bij het behandelen van de Nederlandse patiënten is met name gekeken naar wachtlijsten en weigeringen bij de verschillende specialismen. Voor Radiotherapie bleek de wachttijd afgenomen in 1998 t.o.v. 1997 (16 tegen 21 dagen). Gezien de geringe (relatieve) omvang van de Duitse patiënten lijkt het niet voor de hand liggend om dit enkel aan de teruggang in Duitse instroom te wijten. (Er zijn geen ontwikkelingen ten opzichte van 1996 gegeven, zodat de eerste effecten van de additionele stroom patiënten niet kan worden vastgesteld.) Voor Neonatale intensieve zorg blijkt het



aantal geweigerde patientjes in 1998 sterk gestegen ten opzichte van 1997. Dit heeft uiteraard niets te maken met de (juist dalende aantallen) Duitse patiëntjes, maar met een tijdelijke sluiting van de afdeling in verband met de aanwezigheid een bacterie op de afdeling. Hier is weer het ontbreken van de gegevens over 1996 belemmerend voor het trekken van conclusies over de gevolgen van additionele Duitse patiënten. Tenslotte blijkt uit het rapport van de Katholieke Universiteit Nijmegen dat wat betreft traumatologie de ontwikkeling van het aantal niet-gehonoreerde IC-aanvragen in 1998 is gedaald ten opzichte van 1997, ondanks een toename van het aantal Duitse patiënt dat is behandeld.

Concluderend kan men stellen dat ondanks dat de data over 1996 niet in het onderzoek zijn betrokken, er maar weinig aanwijzingen zijn te veronderstellen dat de instroom van Duitse patiënten heeft geleid tot problemen bij het uitvoeren op een normale wijze van de zorgtaak ten opzichte van de reguliere adherente populatie. Hierbij moet wel worden bedacht dat wanneer de aantallen buitenlandse patiënten zouden toenemen door de tijd, dit voor bepaalde specialismen tot een redelijke relatieve belasting zou kunnen uitgroeien.

Ook de financiële belasting van grensoverschrijdende zorg is van belang. Afgesproken was dat binnen het experiment de COTG-tarieven zouden worden gehanteerd voor de vergoedingen voor verschillende behandelingen. Uit het onderzoek komt naar voren dat deze tarieven over het algemeen vrij goed voldoen om de werkelijke kosten mee te compenseren. Voor traumatologie bleken de werkelijke kosten en de COTG-tarieven echter incidenteel fors kunnen verschillen. De onderzoekers geven aan dat dit kan leiden tot weigeringen van bepaalde patiënten, hetgeen een goede coördinatie van grensoverschrijdende traumazorg in de weg kan staan. De totale kosten van de grensoverschrijdende zorg in binnen de Euregio Rijn-Waal bedroeg gemiddeld ongeveer 1,7 miljoen gulden op jaarbasis, hetgeen slechts 0,35% van de totale jaaromzet van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen inhoudt.

In het rapport is ook aandacht voor de tevredenheid van de Duitse patiënten over de behandeling in het AZN. Daaruit blijkt dat men over het algemeen zeer tevreden is met de behandeling in termen van kwaliteit van de geneeskundige en verpleegkundige zorg, gang van zaken rond opname en ontslag, informatieverstrekking, genoten privacy en de

bezoekregeling. Verder wordt in het rapport een overzicht gegeven per relevant specialisme, welke verschillen in behandelprotocollen er bestaan tussen Nederland en Duitsland. Hierbij komt naar voren dat er duidelijke verschillen kunnen bestaan op bepaalde gebieden, maar dat deze verschillen niet noodzakelijkerwijs grensoverschrijdende zorg hoeven te belemmeren.

Concluderend kan men stellen dat ook voor dit experiment blijkt dat de huidige vraag naar grensoverschrijdende zorg nog vrij gering is. Daarbij moet worden aangetekend, dat dit wellicht ook te maken heeft met het verwijsgedrag van artsen over de grens, die ofwel niet genoeg weten van de mogelijkheden over de grens of het eigen systeem prefereren. De onderzoekers geven dan ook in de aanbevelingen aan dat het leggen en onderhouden van contacten met verwijzende artsen van groot belang is. Ook wederkerigheid van de regelingen (zodat Nederlandse artsen ook ‘ter compensatie’ Nederlandse patiënten naar Duitse voorzieningen kunnen verwijzen), wordt in dat kader ook aangemoedigd. Zoals de onderzoekers formuleren:

*“Systematische inventarisatie van wederzijdse complementariteit verdient in dit verband aanbeveling.”*

### **3.3 Mobiliteit binnen Nederland**

Een graadmeter van mobiliteit van patiënten bij zorgconsumptie is die binnen Nederland, tussen verschillende regio's. De mobiliteit tussen verschillende regio's in Nederland kan een indruk geven van de *bereidheid* van patiënten om te reizen voor zorgconsumptie. Hierbij moet uiteraard worden bedacht dat regio-overschrijdend zorgverkeer (waarbij de regio's identiek zijn aan die in de figuur in paragraaf 3.1) in verschillende opzichten fundamenteel anders dan grensoverschrijdend zorgverkeer. Een voornaam verschil is dat personen de grenzen tussen de regio's zoals die zijn gedefinieerd voor administratieve doeleinden niet zullen herkennen of beleven als grens. Zij zullen eenvoudigweg op een bepaald gebied rond hun eigen woonplaats georiënteerd zijn en niet op een kunstmatig afgebakende regio. Ook verschillen in taal, cultuur etc. gelden uiteraard niet (of nauwelijks) tussen regio's binnen Nederland.

Om een indruk te geven van de mobiliteit van patiënten binnen Nederland wordt in tabel 3.13 een overzicht gegeven van de voornaamste behandelregio's per woonregio van patiënten voor 1998. Verder wordt aangegeven welk specialisme het meest werd bezocht in de regio's die niet de woonregio zijn. Er dient te worden opgemerkt dat in de SIG-bestanden sommige regio's zijn samengevoegd, waardoor woonregio's niet geheel overeenkomen met behandelregio's (bijvoorbeeld Flevoland en Het Gooi).

**Tabel 3.13: Behandelregio patiënten gegeven hun woonregio in 1998**

Woonregio	Drie voornaamste behandelregio's	Aantal opnamen (% totaal)	Voornaamste specialisme
Groningen	Groningen	76.154 (95,6%)	Algemene heelkunde
	Friesland	1.240	Algemene heelkunde
	Drenthe	1.127	Inwendige geneeskunde
Friesland	Friesland	85.333 (90,0%)	Inwendige geneeskunde
	Groningen	5.741	Neurochirurgie
	Drenthe	1.185	Inwendige geneeskunde
Drenthe	Drenthe	46.605 (66,8%)	Algemene heelkunde
	Groningen	16.308	Inwendige geneeskunde
	Zwolle	5.232	Inwendige geneeskunde
Zwolle	Zwolle	60.957 (82,2%)	Inwendige geneeskunde
	Drenthe	4.624	Inwendige geneeskunde
	Utrecht	2.396	Inwendige geneeskunde
Twente	Twente	83.863 (90,4%)	Inwendige geneeskunde
	Stedendriehoek	1.947	Algemene heelkunde
	Utrecht	1.704	Cardiologie
Stedendriehoek	Stedendriehoek	58.722 (82,7%)	Algemene heelkunde
	Utrecht	1.784	Cardiologie
	Nijmegen	1.611	Orthopedie
Arnhem	Arnhem	105.424 (78,3%)	Inwendige geneeskunde
	Nijmegen	11.954	Orthopedie
	Utrecht	7.763	Inwendige geneeskunde
Nijmegen	Nijmegen	57.762 (84,9%)	Algemene heelkunde

	Utrecht	3.964	Algemene heelkunde
	Tilburg en Den Bosch	2.447	Algemene heelkunde
Utrecht	Utrecht	139.528 (84,9%)	Algemene heelkunde
	Arnhem	7.808	Inwendige geneeskunde
	Amsterdam	5.162	Algemene heelkunde
Flevoland	Flevoland en Het Gooi	29.800 (70,0%)	Algemene heelkunde
	Zwolle	5.142	Algemene heelkunde
	Amsterdam	4.876	Verloskunde en gynaecologie
Het Gooi	Flevoland en Het Gooi	33.435 (81,1%)	Algemene heelkunde
	Amsterdam	4.035	Algemene heelkunde
	Utrecht	2.656	Cardiologie
Alkmaar	Alkmaar	69.912 (88,1%)	Algemene heelkunde
	Amsterdam	7.118	Algemene heelkunde
	Utrecht	574	Orthopedie
Kennemerland	Kennemerland	49.352 (82,9%)	Algemene heelkunde
	Amsterdam	6.415	Algemene heelkunde
	Alkmaar	1.824	Inwendige geneeskunde
Amsterdam	Amsterdam	168.027 (95,9%)	Algemene heelkunde
	Alkmaar	1.502	Algemene heelkunde
	Leiden	1.338	Algemene heelkunde
Leiden	Leiden	49.426 (79,8%)	Algemene heelkunde
	Kennemerland	4.052	Algemene heelkunde
	Den Haag, Delft en Midden-Holland	3.515	Algemene heelkunde
Den Haag	Den Haag, Delft en Midden-Holland	93.126 (89,9%)	Inwendige geneeskunde
	Leiden	4.609	Algemene heelkunde
	Rijnmond	2.658	Oogheelkunde

Delft	Den Haag, Delft en Midden-Holland	29.358 (80,8%)	Algemene heelkunde
	Rijnmond	5.366	Algemene heelkunde
	Leiden	638	KNO
Midden-Holland	Den Haag, Delft en Midden-Holland	25.832 (71,9%)	Inwendige geneeskunde
	Rijnmond	5.245	Algemene heelkunde
	Utrecht	2.883	Cardiologie
Rijnmond	Rijnmond	182.033 (92,5%)	Algemene heelkunde
	Dordrecht	8.182	Algemene heelkunde
	Den Haag, Delft en Midden-Holland	2.367	Inwendige geneeskunde
Dordrecht	Dordrecht	49.977 (84,3%)	Algemene heelkunde
	Rijnmond	4.740	Algemene heelkunde
	Utrecht	2.853	Algemene heelkunde
Zeeland	Zeeland	47.468 (84,8%)	Algemene heelkunde
	Breda	3.942	Inwendige geneeskunde
	Rijnmond	3.043	Algemene heelkunde
Breda	Breda	82.391 (84,4%)	Algemene heelkunde
	Rijnmond	4.342	Oogheelkunde
	Dordrecht	3.794	Algemene heelkunde
Tilburg	Tilburg en Den Bosch	55.765 (85,0%)	Inwendige geneeskunde
	Breda	5.610	Algemene heelkunde
	Nijmegen	1.095	Orthopedie
Den Bosch	Tilburg en Den Bosch	75.715 (78,6%)	Inwendige geneeskunde
	Nijmegen	10.310	Orthopedie
	Eindhoven	3.425	Cardiologie
Eindhoven	Eindhoven	96.672 (89,7%)	Algemene heelkunde
	Tilburg en Den Bosch	3.521	Neurochirurgie
	Nijmegen	2.137	Orthopedie

Noord-Limburg	Noord-Limburg	57.664 (79,9%)	Inwendige geneeskunde
	Zuid-Limburg	6.909	Inwendige geneeskunde
	Nijmegen	2.634	Orthopedie
Zuid-Limburg	Zuid-Limburg	94.002 (98,0%)	Inwendige geneeskunde
	Nijmegen	362	Algemene kindergeneeskunde
	Eindhoven	281	Cardiologie

Uit bovenstaande tabel mag geconcludeerd worden dat gemiddeld genomen de mobiliteit van patiënten binnen Nederland groter lijkt dan de grensoverschrijdende mobiliteit (in ieder geval in vergelijking met de instroom van buitenlanders in Nederland en de omvang in de experimenten). Dit was te verwachten gezien de veel geringere barrières die gelden voor regio-overschrijdend zorgverkeer ten opzichte van grensoverschrijdend zorgverkeer. Wat wel opvalt is dat ook de regio-overschrijdende patiëntenstroom zich met name concentreert in aan de woonregio grenzende regio's. Verder worden bepaalde regio's veelvuldig bezocht vanwege een specifiek specialisme (bijvoorbeeld Utrecht cardiologie, Nijmegen orthopedie). Het grootste gedeelte van patiënten wordt in de eigen regio behandeld. De mate waarin verschilt echter wel tussen de regio's. Het opvallend lage percentage uitstromers uit Zuid-Limburg zou te maken kunnen hebben met een hoger percentage personen dat vanuit Zuid-Limburg naar het buitenland uitstroomt, maar hiervoor zijn geen cijfers beschikbaar. Voornaamste conclusie voor deze achtergrondstudie moet zijn dat de meeste patiënten zich dichtbij de eigen woonplaats laten opnemen in een ziekenhuis. Met name voor bepaalde specialismen is men bereid om iets verder te reizen. De meeste zorg buiten de eigen regio wordt echter in een aangrenzende regio verkregen (wat betreft ziekenhuisopnamen in ieder geval). Dit, samen met het feit dat daarbij veelal globale specialismen als algemene heelkunde en inwendige geneeskunde worden bezocht, kan er op duiden dat een deel van de ziekenhuisopnamen buiten de eigen regio tot stand komen omdat de afstand tot een ziekenhuis buiten de eigen regio kleiner (of niet noemenswaardig groter) is dan tot een ziekenhuis binnen de eigen regio.

Ter illustratie van de patiëntenmobiliteit binnen Nederland wordt hieronder een overzicht gegeven van de herkomst van patiënten per regio van opname. Ook hier zijn sommige regio's in de SIG-bestanden samengevoegd.

**Tabel 3.14: Behandelregio patiënten gegeven hun woonregio in 1998**

Opnameregio	Drie voornaamste woonregio's	Aantal opnamen (% totaal)	Voornaamste specialisme
Groningen	Groningen	76.154 (74,4%)	Algemene heelkunde
	Drenthe	16.308	Inwendige geneeskunde
	Friesland	5.741	Neurochirurgie
Friesland	Friesland	85.333 (96,0%)	Inwendige geneeskunde
	Groningen	1.240	Algemene heelkunde
	Zwolle	840	Algemene heelkunde
Drenthe	Drenthe	46.605 (78,5%)	Algemene heelkunde
	Zwolle	4.624	Inwendige geneeskunde
	Friesland	1.185	Inwendige geneeskunde
Zwolle	Zwolle	60.957 (74,0%)	Inwendige geneeskunde
	Drenthe	5.232	Inwendige geneeskunde
	Stedendriehoek	6.121	Algemene heelkunde
Twente	Twente	83.863 (94,8%)	Inwendige geneeskunde
	Arnhem	3.228	Inwendige geneeskunde
	Zwolle	459	Algemene heelkunde
Stedendriehoek	Stedendriehoek	58.722 (90,3%)	Algemene heelkunde
	Arnhem	2.998	Inwendige geneeskunde
	Twente	1.947	Algemene heelkunde
Arnhem	Arnhem	105.424 (90,5%)	Inwendige geneeskunde
	Utrecht	7.808	Inwendige geneeskunde
	Nijmegen	1.047	Inwendige geneeskunde
Nijmegen	Nijmegen	57.762 (62,1%)	Algemene heelkunde
	Arnhem	11.954	Orthopedie
	Den Bosch	10.310	Orthopedie
Utrecht	Utrecht	139.528 (78,4%)	Algemene heelkunde
	Arnhem	7.763	Inwendige geneeskunde
	Nijmegen	3.964	Algemene heelkunde



Flevoland en	Het Gooi	33.435 (49,2%)	Algemene heelkunde
Het Gooi	Flevoland	29.800 (43,8%)	Algemene heelkunde
	Utrecht	1.966	Inwendige geneeskunde
Alkmaar	Alkmaar	69.912 (94,5%)	Algemene heelkunde
	Kennemerland	1.824	Inwendige geneeskunde
	Amsterdam	1.502	Algemene heelkunde
Kennemerland	Kennemerland	49.352 (72,3%)	Algemene heelkunde
	Amsterdam	12.439	Algemene heelkunde
	Leiden	4.052	Algemene heelkunde
Amsterdam	Amsterdam	168.027 (80,8%)	Algemene heelkunde
	Alkmaar	7.118	Algemene heelkunde
	Kennemerland	6.415	Algemene heelkunde
Leiden	Leiden	49.426 (80,3%)	Algemene heelkunde
	Den Haag	4.609	Algemene heelkunde
	Amsterdam	1.338	Algemene heelkunde
Den Haag,	Den Haag	93.126 (59,4%)	Inwendige geneeskunde
Delft en	Delft	29.358 (18,7%)	Algemene heelkunde
Midden-Holland	Midden-Holland	25.832 (16,5%)	Inwendige geneeskunde
Rijnmond	Rijnmond	182.033 (84,9%)	Algemene heelkunde
	Delft	5.366	Algemene heelkunde
	Midden-Holland	5.254	Algemene heelkunde
Dordrecht	Dordrecht	49.977 (78,0%)	Algemene heelkunde
	Rijnmond	8.182	Algemene heelkunde
	Breda	3.794	Algemene heelkunde
Zeeland	Zeeland	47.468 (83,6%)	Algemene heelkunde
	Utrecht	4.870	Inwendige geneeskunde
	Arnhem	528	Inwendige geneeskunde
Breda	Breda	82.391 (87,0%)	Algemene heelkunde
	Tilburg	5.610	Algemene heelkunde
	Zeeland	3.942	Inwendige geneeskunde

Tilburg en	Den Bosch	75.715 (52,8%)	Inwendige geneeskunde
Den Bosch	Tilburg	55.765 (38,9%)	Inwendige geneeskunde
	Eindhoven	3.521	Neurochirurgie
Eindhoven	Eindhoven	96.672 (91,5%)	Algemene heelkunde
	Den Bosch	3.425	Cardiologie
	Noord-Limburg	2.876	Cardiologie
Noord-Limburg	Noord-Limburg	57.664 (93,4%)	Inwendige geneeskunde
	Eindhoven	2.047	Algemene heelkunde
	Den Bosch	661	Algemene heelkunde
Zuid-Limburg	Zuid-Limburg	94.002 (89,4%)	Inwendige geneeskunde
	Noord-Limburg	6.909	Inwendige geneeskunde
	Buitenland	1.336	Inwendige geneeskunde

Uit tabel 3.14 komt naar voren hoe de productiecapaciteit in een bepaalde regio wordt ingezet over bewoners van alle regio's. Daarbij blijkt dat sommige regio's zeer sterk op de eigen bewoners zijn gericht (Friesland, Noord-Limburg, Alkmaar en Twente), terwijl anderen ook sterk zorg 'exporteren' of patiënten 'importeren'. Nijmegen is in de laatste categorie het meest opvallend met slechts 62,1% van de opnamen voor inwoners van de eigen regio. Orthopedie blijkt een grote aanzuigende werking te hebben in de regio Nijmegen. Voor de samengestelde regio's zijn meerdere percentages gegeven. Deze moeten in feite worden opgeteld om tot een vergelijkbaar percentage te komen ten opzichte van andere regio's. Tilburg en Den Bosch komen dan gezamenlijk op 91,7%, Den Haag, Delft en Midden-Holland op 94,6% en Flevoland en Het Gooi op 93,0%. Deze hoge percentages zijn deels het gevolg van het feit dat regio-overschrijding tussen de samengevoegde regio's wordt meegeteld in het percentage. Tenslotte valt ook Zeeland weer op met 'vreemde' instromers, namelijk vanuit Utrecht en Arnhem, daar waar de meeste regio-overschrijding zich beperkt tot aangrenzende regio's. Hieruit zou men eens te meer kunnen concluderen (net als bij buitenlandse instroom in Zeeland) dat vakantieverblijven in Zeeland de 'vreemde' opnamen in die regio grotendeels beïnvloeden.

Voor het huidige onderzoek is van belang te constateren dat ook nu weer blijkt dat regio's met name personen uit aangrenzende regio's ontvangen. Daarbij valt ook op dat de

globale specialismen inwendige geneeskunde en algemene heilkunde veelvuldig worden bezocht. Dit kan er op duiden dat men niet zozeer om een specifiek specialisme de (door de WZV gedefinieerde!) regio verlaat maar wellicht meer omdat een ziekenhuis in een andere regio dichterbij is of dat men meer is gericht op het gebied waarin het ziekenhuis ligt.

Zuid-Limburg valt op doordat daar een grote groep buitenlanders zich laat opnemen in ziekenhuizen. Deze regio is de enige waarin buitenlandse opnamen zo'n groot deel van de niet-regio opnamen uitmaken.

### **3.4 Conclusies**

Het bovenstaande beschouwend, kan men moeilijk anders dan constateren dat de vraag naar zorg over de grens vrij gering is. De SIG gegevens voor de instroom van buitenlandse patiënten Nederland in tonen aan dat de relatieve omvang van de instroom van buitenlandse patiënten zeer gering is. Ook is er geen sprake van een duidelijke groei in de hoeveelheid patiënten dat instroomt. Verder blijkt de instroom ook voor specifieke regio's of specialismen niet overmatig belastend (alleen in Zuid-Limburg is de instroom van buitenlandse patiënten groter dan 1% van het totaal aantal binnenlandse opnamen).

Ook beide experimenten, zoals hierboven besproken, bevestigen het beeld dat grensoverschrijdende zorg op dit moment geen verontrustende omvang kent. Uit het eerste experiment komt naar voren dat groep patiënten die Nederland willen verlaten om in het buitenland zorg te ontvangen uiteindelijk hooguit drie procent van het totaal aantal verzekerden in de grensregio zal bedragen. Voor regio's die niet aan een ander land grenzen zal dit percentage lager liggen, vanwege de grotere afstand en vermoedelijk de kleinere ervaring met grensoverschijding. Verder blijkt een derde deel van de grensoverschrijders uit Nederland immigranten of (vroegere) grensarbeiders. Ook in het tweede experiment blijkt dat ondanks het feit dat bepaalde Nederlandse voorzieningen voor Duitse patiënten dichterbij hun woonplaats liggen, toch de instroom van Duitse patiënten maar zeer gering is, en worden zelfs de maximale aantallen toegestane Duitse patiënten in bijna alle gevallen niet gehaald. De mobiliteit binnen Nederland is weliswaar groter dan de grensoverschrijdende mobiliteit, maar ook de mobiliteit

binnen Nederland beperkt zich grotendeels tot aan de woonregio grenzende regio's. Voor specifieke (academische?) zorg is men wel bereid om iets verder te reizen.

Al met al kan worden geconstateerd dat de omvang van de grensoverschrijdende zorg op dit moment gering is en dat er ook binnen de experimenten geen duidelijke aanwijzingen zijn dat er sprake is van groei in deze aantallen. Wel zullen wellicht specifieke 'buitenlandarrangementen', zoals bijvoorbeeld die waarbij patiënten tegen hoge kosten gebruik kunnen maken van zorgvoorzieningen in Zwitserland (AD, 4 oktober 1999), meer in zwang komen. De omvang van het gebruik van dergelijke arrangementen zal kunnen stijgen wanneer deze arrangementen dichter bij Nederland worden opgezet en tegen lagere tarieven.

Verder zal, voor die gebieden waar men grensoverschrijding wil stimuleren, een verdere samenwerking tussen de zorgaanbieders in de verschillende landen moeten worden aangemoedigd. Ook dient daarbij rekening te worden gehouden met de noodzaak van wederkerigheid: weinig artsen vinden het prettig om alleen maar patiënten de grens over te sturen en nooit ook patiënten van over de grens 'terug te krijgen' (Lottman en Van der Wilt, 1999). Beide zijden van de grens zullen op een gelijkwaardige manier tot samenwerking moeten komen.

Duidelijke procedures en zekerheid over de financiële afwikkeling zijn voor de patiënt van belang om zorg over de grens te consumeren. Hieraan zal ook in het volgende hoofdstuk aandacht worden besteed.

Andere studies naar grensoverschrijding bevestigen het beeld dat dit fenomeen nog vrij gering van omvang is. Zo blijken de uitgaven voor zorg over de grens voor verschillende landen niet erg hoog. Hermesse (1998) geeft hiervan een overzicht. Daaruit blijkt dat Nederland in 1997 bijna 2 ECU per persoon heeft uitgegeven aan zorg in het buitenland (hetgeen dus ongeveer 70 miljoen gulden impliceert). Gegeven het feit dat in datzelfde jaar ongeveer 60 miljard gulden aan gezondheidszorg werd uitgegeven, impliceert dit een relatief aandeel in de kosten van circa 0,1%. Daarin zitten dus alle kosten voor zorg in het buitenland verwerkt, inclusief ongevallen tijdens vakanties, grenswerkers et cetera.

Gemiddeld voor de EU-landen werd 2,37 ECU uitgegeven per inwoner aan zorg in het buitenland. Uitschieters naar boven

waren België (8,93 ECU in 1997), Luxemburg (135,29 ECU in 1997) en Portugal (6,81 ECU in 1997). Hieruit komt naar voren dat met name kleine landen meer uitgaven aan zorg over de grens, hetgeen ook voor de hand ligt. Ook Italianen lijken relatief vaak de grens te overschrijden (France, 1997).

Uit deze gegevens blijkt eens te meer hoe minimaal de omvang van grensoverschrijding momenteel is. Derhalve lijkt het goed de aandacht te verleggen van het veelvuldig besproken, maar vrij onbeduidende fenomeen grensoverschrijding, naar de implicaties van de Europese regelgeving voor het Nederlandse gezondheidszorgstelsel. Wel moet worden aangemerkt dat samenwerking zoals in de verschillende EU-regio's als voorbeeld kan dienen voor verdere samenwerking tussen nationale gezondheidszorgstelsels in de toekomst (Van Kemenade en De Groot, 1999; Hermans en Den Exter, 1999).

## 4 Consequenties voor het Nederlandse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen

In het voorgaande is uiteengezet dat grensoverschrijding van patiënten, zowel Nederland in als Nederland uit, op dit moment slechts marginaal voorkomt. Grensoverschrijdend zorgverkeer is echter niet de enige uitingsvorm van de verdergaande eenwording van de Europese lidstaten. Het creëren van één interne Europese markt heeft namelijk ook implicaties op het gebied van mededinging en het vrije verkeer van goederen en diensten. De effecten van een verruiming van de mogelijkheden van concurrentie op de Europese markt voor gezondheidszorg heeft wellicht grotere gevolgen voor het Nederlandse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen dan het grensoverschrijdende zorgverkeer. In dit hoofdstuk zal derhalve worden getracht in kaart te brengen hoe de Europese integratie van invloed kan zijn op de drie grote partijen in het Nederlandse zorgstelsel (patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders) en het stelsel op zich. Kansen, bedreigingen en knelpunten worden gesignaleerd, zonder de pretentie te hebben een volledige opsomming te geven.

### 4.1 De patiënt

Het voorgaande deel van deze achtergrondstudie, de grensoverschrijdende zorg, is wellicht de meest in het oog springende verandering voor de Nederlandse patiënt (afgezien van veranderingen in het zorgstelsel die niet in eerste instantie door de patiënt worden geïnitieerd zoals hieronder verder beschreven). Indien de patiënt om een bepaalde reden buitenlandse zorg prefereert boven binnenlandse dan kan hij of zij besluiten zorg in het buitenland te consumeren. Voor de inschatting van de omvang die dit fenomeen kan hebben is reeds in het voorgaande deel een hoeveelheid empirisch materiaal besproken. Echter, ook de onderliggende determinanten van grensoverschrijdende zorg zijn van belang, omdat deze mede de toekomstige omvang van grensoverschrijdende zorg bepalen. Immers, ook het Nzi-rapport stelt al dat de hoeveelheid grensoverschrijders gering zal blijven *tenzij de binnenlandse wachtlijsten verder aangroeien*. Determinanten van de omvang van het grensoverschrijdende zorgverkeer zullen hieronder verder uiteen worden gezet.

Hierbij wordt de positie van de Nederlandse patiënt als uitgangspunt genomen, maar uiteraard mag duidelijk zijn, dat soortgelijke mechanismen ook voor buitenlandse (met name Duitse en Belgische patiënten) zullen gelden.

Hieronder volgt een tabel met zowel stimulerende als remmende factoren op het grensoverschrijdende zorgverkeer voor patiënten. Deze factoren worden vervolgens verder toegelicht.

**Tabel 4.1: Stimulerende en remmende factoren met betrekking tot grensoverschrijding**

Stimulerende factoren	Remmende factoren
Kortere wachttijden in buitenland (en urgentie aandoening)	Afstand te groot
Betere zorg (perceptie patiënt)	Onbekendheid met buitenland(se zorg)
Dichterbij	Financiële onzekerheid
Goedkoper	Minder goede zorg (perceptie patiënt)
Bekendheid met (zorg in) buitenland	Terughoudendheid verwijzers

#### **Stimulerende factoren**

Allereerst is het Nederlandse stelsel een stelsel dat de beheersing van kosten middels krapte van het aanbod van zorg tracht te bewerkstelligen (Boot en Knapen, 1996). Deze krapte leidt in Nederland tot wachtlijsten en wachttijden voor veel specialismen. Niet alleen zijn de wachttijden aanzienlijk, ook zijn ze volgens de patiënten gemiddeld langer dan de maximaal aanvaardbare wachttijd. Zoals beschreven door Swinkels (1996) bleek uit de CBS Gezondheidsenquête 1992/1995 dat de wachttijd voor verschillende specialismen gemiddeld 2,5 maal hoger dan de door de respondenten aangegeven maximaal aanvaardbare wachttijd. Gemiddeld wachtte men 58,3 dagen terwijl dit maximaal 24,2 dagen had mogen zijn volgens de patiënten. Van de meer gangbare specialismen bleken Orthopedie en Oogheelkunde met respectievelijk 66,5 dagen en 88,5 dagen lange wachttijden te kennen. Uiteraard is het voor patiënten om meerdere redenen onwenselijk om te moeten wachten op zorg. Ten eerste kan men tijdens het wachten in sommige gevallen moeilijk normale

bezigheden uitvoeren, zoals betaald werk of bepaalde hobby's. Wat het eerste betreft is in Nederland recent een discussie gevoerd over wachtlijsten en voorrangszorg voor werkenden waarmee voor werkgevers (en op een maatschappelijk niveau) aanzienlijke besparingen te behalen lijken (zie bijvoorbeeld Brouwer *et al.*, 1996; Oosterlinck-Schiering en Dillmann, 1997; Seeverens, 1997; Brouwer *et al.*, 1997; Hermans en Brouwer, 1998a en 1998b). Binnen Nederland werd echter door de minister van VWS gesteld dat voorrangszorg niet aanvaardbaar is, alhoewel momenteel in toenemende mate die mogelijkheden wel lijken te ontstaan. In die discussie is toen ook gewezen op de mogelijkheid om in het buitenland eenzelfde behandeling te ondergaan, waarbij het financiële risico bij de werkgever kan berusten die immers zelfs dan in veel gevallen baat heeft bij een spoedige terugkeer van de werknemer op de werkvloer (Brouwer en Hermans, 1999). En ook voor de werknemer zelf kan dit wenselijk zijn. Niet alleen kan het prettig zijn om normaal te kunnen functioneren, ook wordt vaak gesteld dat na een afwezigheid van langer dan drie maanden terugkeer op de werkplek steeds moeilijker wordt en dus de kans op WAO-instroom steeds groter. Spoedige hulp is dus ook in dat opzicht van groot belang.

Een korte afstand tot buitenlandse voorzieningen kan ook stimulerend op de omvang van grensoverschrijding werken. Ook uit de gepresenteerde gegevens over grensoverschrijding komt duidelijk naar voren dat afstand zeer bepalend is voor grensoverschrijding. Zo blijken Belgen zich met name in de zuidelijke regio's te laten behandelen en Duitsers in de regio's grenzend aan Duitsland. Ook uit het Nzi-experiment in de regio Maas-Rijn bleek de woonplaats in veel gevallen bepalend voor waar men zich vervolgens in het buitenland laat helpen (Grunwald en Smit, 1999). Verder zal een kleinere afstand tot de grens ook de bekendheid met het buitenland (taal, gewoonten en dergelijke) positief beïnvloeden (Starmans *et al.*, 1997). Dit geldt ook voor buitenlanders die nu in Nederland wonen en grensarbeiders (Calnan *et al.*, 1997). Bij specifieke topklinische voorzieningen kan afstand wellicht nog bepalender zijn. De spreiding van zeer specialistische voorzieningen over het land kan er toe leiden dat voor bepaalde regio's buitenlandse voorzieningen op kleinere afstand liggen dan Nederlandse. Daarbij is het uiteraard de vraag of het wel wenselijk is dat elk land deze zeer specialistische voorzieningen afzonderlijk coördineert en verdeelt over het eigen grondgebied. Waarom niet gebruik



maken van voorzieningen over de grens als dit bijvoorbeeld schaalvoordelen oplevert?

In het kader van wachttijd en reisafstand of reistijd, is het begrip tijdsprijs van groot belang. Wanneer de prijs die iemand hecht aan tijd (of door anderen zoals een werkgever aan zijn tijd gehecht wordt) hoog is, zal hij eerder bereid zijn om een langere afstand te overbruggen om zodoende sneller geholpen te kunnen worden. Hoe hoger de wachttijd derhalve des te groter de afstand die men wil overbruggen om sneller geholpen te worden. Hetzelfde kan men verwachten bij urgentie van een aandoening. Des te urgenter een behandeling is gewenst, des te groter de afstand die men bereid is af te leggen om die behandeling spoedig te ondergaan.

Patiënten kunnen bepaalde voorzieningen in het buitenland ook als kwalitatief beter beschouwen. Dit kan vanwege een bepaalde subjectieve perceptie bij de patiënt het geval zijn, vanwege eerdere ervaring of voorkeuren bij de verwijzer, maar het kan ook te wijten zijn aan verschillen in normale medische praktijken tussen de verschillende landen. In het Nzi-rapport komt onder andere naar voren dat voor hartcontroles na eerdere infarcten en voor baarmoederhalsuitstrijkjes de mogelijkheden voor onderzoek ruimer zijn en de frequentie waarmee deze onderzoeken kunnen plaatsvinden hoger is in Duitsland in vergelijking met Nederland. (Grunwald en Smit, 1999).

In de onderstaande tabel wordt de tevredenheid van de inwoners van verschillende EU-landen met hun eigen stelsel gepresenteerd. Daarbij kan worden bedacht dat een grotere mate van ontevredenheid een grotere geneigdheid tot grensoverschrijding met zich mee zal brengen. (De rijen tellen niet op tot 100% vanwege de niet weergegeven categorie 'Anders').

**Tabel 4.2:      Tevredenheid met nationale stelsel van gezondheidszorg**

Land	Ze er te vreden	Rede lijk te vreden	Rede lijk ontevreden	Ze er ontevreden
Oostenrijk	17	46,3	4,1	0,6
België	10,9	59,2	7,2	1,1
Denemarken	54,2	35,8	4,5	1,2

Finland	15,1	71,3	5,3	0,7
Frankrijk	10	55,1	12,8	1,8
Duitsland	12,8	53,2	9,8	1,1
Griekenland	1,5	16,9	29,7	24,2
Italië	0,8	15,5	33,5	25,9
Ierland	9,4	40,5	18,2	10,9
Luxemburg	13,6	57,5	7,5	1,4
Nederland	14,2	58,6	13,6	3,8
Portugal	0,8	19,1	37,4	21,9
Spanje	3,7	31,9	20,4	8,2
Verenigd Koninkrijk	7,6	40,5	25,7	15,2
Zweden	13,1	54,2	11,4	2,8
Gemiddeld	8,8	41,5	18,8	9,5

Bron: Mossialos, 1997

Deze tabel geeft aan dat de mate van tevredenheid over het nationale stelsel van patiënten aanzienlijk verschilt tussen de verschillende Europese landen. Nederland scoort met bijna 73% zeer en redelijk tevreden burgers bovengemiddeld. Uiteraard impliceert deze hoge tevredenheid ook een geringere behoefte om buiten de landsgrenzen zorg te consumeren. Het Deense stelsel mag zich verheugen in een zeer hoge mate van tevredenheid bij de Denen.

Financiële prikkels kunnen ook een stimulerende factor vormen voor grensoverschrijding. Wanneer bijvoorbeeld, zoals reeds aangehaald bij de bespreking van het Nzi-rapport, bepaalde medicijnen *voor de patiënt* goedkoper zijn in het buitenland, wellicht als gevolg van verschillen in eigen bijdragen, zullen patiënten wellicht geneigd zijn om deze medicijnen in het buitenland aan te schaffen. Dit principe kan nog worden versterkt door verschillende prijsniveaus voor medicijnen in verschillende landen. Harmonisatie van prijsniveaus voor verschillende medicijnen en eigen bijdragen zouden dit kunnen ondervangen, maar deze zaken lijken nog ver weg (Kanavos en Mossialos, 1999).

Tenslotte geldt uiteraard dat het beschikken over de relevante informatie van groot belang is voor de vraag naar

grensoverschrijdende zorg. Informatie over de exacte behandeling, de vergoeding, het voor- en natraject van het zorgproces en dergelijke lijken essentieel voor een goede afweging om wel of niet over de grens zorg te consumeren. Meer informatie en zekerheid bij de patiënten zal derhalve stimulerend kunnen werken op de omvang van grensoverschrijding (Hermesse, 1998).

### **Remmende factoren**

Zoals een kortere reisafstand in sommige gevallen patiënten er toe kan bewegen om over de grens zorg te consumeren, is ook het tegenovergestelde waar. Des te groter de reisafstand tot het buitenland, des te kleiner is naar verwachting de bereidheid van de patiënten om naar het buitenland te reizen voor behandeling. In dat opzicht zal het grensoverschrijdende zorgverkeer van patiënten naar verwachting altijd een grens-regiogebonden verschijnsel blijven (Starmans *et al.*, 1997).

Hiermee hangt uiteraard ook de onbekendheid met het buitenland samen. De vraag naar informatie (zoals de diagnose, exacte behandeling en risico's) is vaak een belangrijke component van de zorgvraag. Indien de taal of gewoonten in het buitenland een goede communicatie en goed begrip in de weg staan, zal dit voor patiënten wellicht dusdanig verontrustend werken dat zij minder geneigd zijn om in het buitenland zorg te consumeren (Starmans *et al.*, 1997). Een verdere vorm van onbekendheid is de onbekendheid met het buitenlandse gezondheidszorgsysteem en de kwaliteit ervan. Indien een Nederlandse verwijzer hier niet als informant en stimulator optreedt, zullen patiënten wellicht eerder voor de zekerheid in Nederland kiezen dan het onbekende buitenlandse 'avontuur'. De rol van verwijzers en ook verzekeraars is hierbij van groot belang. Nederlandse verwijzers die ver van de grens wonen zullen minder bekend zijn met buitenlandse gezondheidszorg en wellicht minder snel geneigd zijn daar naar te verwijzen.

Er kunnen bij de patiënten ook onduidelijkheden bestaan over de nazorg na een bepaalde ingreep. Moet dit ook in het buitenland of kan dit in Nederland door Nederlandse zorgverleners worden overgenomen? Onduidelijkheid rond het hele proces van zorgverlening kan voor patiënten ook aanleiding zijn om zich niet te storten in het onbekende. Een belangrijk aspect hierbij is ook de financiële duidelijkheid voor de patiënt. Is alles wat men ondergaat in het buitenland verzekerd? En is het wel volledig verzekerd of vallen er

bepaalde zaken onder de eigen betalingen? Individuele patiënten zullen liever eerst zeker willen weten dat ze uiteindelijk niet een grote rekening zelf gepresenteerd krijgen. Dat geldt met name voor eigen bijdragen zoals die in België geheven worden. Het Nzi-rapport maakt gewag van situaties waarin de uiteindelijke rekening meer dan 1.000 gulden bedroeg (Grunwald en Smit, 1999). Niet alleen moet dit worden voorgeschoten, ook is niet geheel duidelijk of deze kosten uiteindelijk door de verzekeraar wordt vergoed. Immers, de uiteindelijke kosten kunnen hoger liggen dan de maximum COTG-tarieven in Nederland. Voor patiënten die meer vertrouwd zijn met een naturastelsel waarin rekeningen niet worden gezien of meteen kunnen worden doorgestuurd zijn dit soort bedragen uiteraard fors en werken remmend op zorgconsumptie over de grens (Starmans *et al.*, 1997).

#### **4.2 De particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen**

De toenemende Europese invloed zal ook uitwerken op de positie van zorgverzekeraars binnen Europa (Pieters en Ballon, 1997). Een eerste aspect dat voor particuliere ziektekostenverzekeraars van belang kan zijn is de mogelijke toetreding van buitenlandse aanbieders van zorgpolissen. Indien die volgens buitenlandse voorwaarden verzekeringen kunnen aanbieden, met lage premies, dan zou zowel de concurrentiepositie van de binnenlandse verzekeraars als ook de solidariteit van het Nederlandse systeem onder druk kunnen komen te staan. Echter, volgens artikel 54 van de derde schaderichtlijn dienen particuliere ziektekostenverzekeraars zich te houden aan de regels van het land waarin polis is afgesloten. Dus toetreding van buitenlandse verzekeraars op Nederlandse markt (zoals ook nu al het geval) is geen echte bedreiging voor het stelsel als zodanig en geen *valse* concurrentie ten opzichte van de binnenlandse verzekeraars. Ook moet hierbij worden bedacht dat er momenteel al verschillende (van oorsprong) buitenlandse particuliere ziektekostenverzekeraars aanwezig zijn op de Nederlandse verzekeringsmarkt.

Ten tweede is er de grensoverschrijding door verzekerden. In hoeverre moeten verzekeraars dit trachten te remmen of te stimuleren? Een eerste belangrijke ontwikkeling in dit kader is de verschuiving van de verantwoordelijkheid voor kosten in het buitenland gemaakt door verzekerden naar de individuele

ziekenfonds die dit uit het budget moet bekostigen. Voorheen werden deze kosten via de Ziekenfondsraad gecompenseerd. In feite was er zelfs sprake van sponsoring van grensoverschrijdende zorg voor zover dit substitutie van Nederlandse zorg inhield. Immers, indien patiënten voor zorg die ze anders in Nederland zouden consumeren de grens overgingen, werd deze zorg dus niet in Nederland geconsumeerd en drukte het daarmee dus ook niet op het budget van de verzekeraar. Men kreeg dus wel een normuitkering ter compensatie van de gemiddelde Nederlandse kosten, maar geen lasten voor dat deel van de zorg dat over de grens werd geconsumeerd. Er bestond dus geen prikkel om grensoverschrijdende zorg tegen te gaan of liever gezegd om de kosten van deze zorg strikt te monitoren en te beperken voor individuele ziekenfondsen. Echter, de verschuiving van de verantwoordelijkheid voor de kosten van grensoverschrijdende zorg per 1 januari 1999 heeft deze situatie drastisch gewijzigd (Hermans, 1999). (Hierbij moet overigens worden bedacht dat de ziekenfondsen tot en met 1995 slechts 3% financieel risico liepen.) Een en ander heeft geleid tot een verhoogde bewustheid van de kosten in het buitenland gemaakt en tot een prikkel bij de ziekenfondsen om deze kosten ook daadwerkelijk te beheersen. Een vraag daarbij is alleen wel in hoeverre een ziekenfonds ook daadwerkelijk *mogelijkheden* heeft om de kosten van grensoverschrijdend zorgverkeer te beperken. Met name in bijvoorbeeld de regio Zeeuws-Vlaanderen, waar de Nederlandse zorgvoorzieningen niet de volledige zorgvraag kunnen verwerken, lijkt de zorgplicht van de verzekeraars het inschakelen van zorgaanbieders in het buitenland noodzakelijk te maken. Daarbij is onduidelijk in hoeverre een ziekenfonds tarieven kan bedingen bij buitenlandse aanbieders die vergelijkbaar zijn met de Nederlandse tarieven. De kosten van grensoverschrijdende zorg komen na een procedure in het land van behandeling via de ziekenfondsraad als een lumpsum bij de verzekeraar. Voor de Nederlandse overheid is van belang hoe hiermee moet worden omgegaan. Enerzijds lijkt het onredelijk ziekenfondsen met volledig onbeheersbare kosten op te zadelen, anderzijds moeten wel prikkels blijven bestaan voor het doelmatig contracteren van buitenlandse zorg en moeten ook voorwaarden worden gecreëerd waaronder dit kan. Vooralsnog is de aard en omvang van kostenverschillen tussen Nederland en het buitenland echter onduidelijk. Indien buitenlandse zorg inderdaad duurder blijkt dan zou bijvoorbeeld een (al dan niet tijdelijke) regio-opslag in

de normuitkering kunnen worden opgenomen voor patiënten in grensregio's.

Op dit moment is weinig bekend van de precieze relatieve hoogte van kosten en verschil in behandeling in bijvoorbeeld Duitsland en België ten opzichte van Nederland. Alhoewel in het Nzi-rapport schattenderwijs een vergelijking plaatsvindt, zou een goede vergelijking tussen de verschillende landen noodzakelijk zijn om te bezien welke zorg welk prijsniveau en hoeveelheidsniveau kent. Rhodes *et al.* (1997) vergelijken bijvoorbeeld de efficiëntie van verschillende ziekenhuizen door te kijken naar diagnose-gerelateerde groepen van patiënten. Zij vinden een zeer sterke variatie in kosten voor verschillende aandoeningen tussen de verschillende landen, maar geven aan dat meer gedetailleerde studies nodig zijn om betere vergelijkingen te kunnen maken. Studies waarin kosten en behandelpatronen in binnen- en buitenland verder worden vergeleken zijn dan ook dringend noodzakelijk om tot verdere conclusies te komen over welke mogelijkheden en dreigingen met grensoverschrijding gepaard gaan. Van groot belang is daarbij het onderscheid tussen *substitutie van zorg* en *complementariteit van zorg*.

Voor de verzekeraars kunnen bepaalde vormen van grensoverschrijding zorginhoudelijk ofwel financieel aantrekkelijk zijn. Indien bepaalde ingrepen goedkoper juist over de grens kunnen worden uitgevoerd (bijvoorbeeld als gevolg van schaalvoordelen), dan is het stimuleren van het gebruik van deze voorzieningen vanuit het oogpunt van de verzekeraar interessant. Ook kan het grensoverschrijdend zorg aanbieden vanuit een concurrentiegedachte voor verzekeraars interessant zijn, wanneer hieraan bij de patiënten in een regio een duidelijke behoefte bestaat. Grunwald en Smit (1999) geven drie redenen waarom grensoverschrijdende zorg aanbieden positief kan zijn. Ten eerste is het aantrekkelijk voor buitenlanders woonachtig in Nederland en ex-grensarbeiders. Ten tweede, biedt het een mogelijkheid van wachtlijstomzeiling voor verzekerden. Ten derde kan wachtlijstomzeiling in het buitenland ook het afsluiten van collectieve contracten met werkgevers vergemakkelijken. Die laatste ontwikkeling sluit nauw aan bij de zogenaamde 'grote convergentie' (Schut en Van der Velden, 1998). Wel dienen informatiestromen, afhandeling van rekeningen en dergelijke beter te worden gestroomlijnd in de toekomst. Ook tarieven en wat wel in niet in de tarieven zit ingesloten moet duidelijker worden wanneer grensoverschrijdend zorgverkeer toeneemt.

Een nader te bestuderen vraag is in hoeverre verzekeraars de consumptie buiten de landsgrenzen kunnen sturen door buitenlandse aanbieders te contracteren. Grensoverschrijding als zodanig wordt dan niet belemmerd, echter, wordt slechts vergoed bij behandeling door gecontracteerde aanbieders. Met deze aanbieders kunnen afspraken worden gemaakt over prijzen en behandelingsinhoud. Een dergelijk stelsel is niets meer of minder dan een stelsel van *'preferred providers'* (zie bijvoorbeeld Van de Ven, 1999 voor een beschrijving). Een cruciale vraag hierbij is (i) of de keuzevrijheid van patiënten niet teveel wordt beknot door een dergelijk stelsel en (ii) of de verhouding tussen binnen- en buitenlandse gecontracteerde aanbieders niet in gedrang komt.

Ad (i) Hierbij lijkt aannemelijk dat, aangezien enige invloed van een verzekeraar op het gedrag van de verzekerden noodzakelijk is om een regietaak en schadelastbeperkende taak vorm te kunnen geven, de keuzevrijheid van patiënten qua buitenlandse aanbieders enigszins mag worden beknot. De arresten Decker en Kohll zijn daarmee te interpreteren als implicerend dat verzekeraars een adequaat aantal aanbieders over de grens dienen te contracteren om in de grensoverschrijdende zorgvraag te kunnen voldoen. Daarmee wordt voorkomen dat verzekerden naar alle buitenlandse aanbieders kunnen gaan met behoud van verzekering. De keuzevrijheid voor de patiënt wordt ook maar ten dele beperkt wanneer verschillende ziekenfondsen een verschillende mate van contractering over de grens kennen, met wellicht verschillende nominale premies als gevolg, waaruit de patiënt kan kiezen.

Ad (ii) In het kader van vrije mededinging en non-discriminatie kan contractering echter niet worden beperkt tot enkel de binnenlandse aanbieders indien buitenlandse aanbieders ook contracten willen afsluiten tegen concurrerende voorwaarden. Men kan naar verwachting echter wel selecteren welke buitenlandse aanbieder het meest geschikt is om een contract te ontvangen. Er blijft met een binnenlandse contracteerplicht wel spanning bestaan tussen binnenlandse aanbieders (die vrijwel altijd een contract krijgen) en buitenlandse aanbieders (die dat lang niet altijd krijgen). Een verdere vrijheid in contracteren van zorgaanbieders ook binnen de eigen grenzen kan deze vorm van 'discriminatie' tegengaan. Ook kan wellicht aannemelijk worden gemaakt (in een Europees verband) dat het

contracteren van (vrijwel) alle binnenlandse zorgaanbieders niet alleen een functie heeft voor de veelal landelijk opererende zorgverzekeraars, maar ook gezien de regelgeving in Nederland niet snel tot hogere kosten zal leiden, vanwege een beperking van dat aanbod en allerlei prijs- en productieafspraken. Wanneer meer variatie in aanbod binnen Nederland zal ontstaan, zullen wel gerichtere en selectievere contracten kunnen worden afgesloten binnen Nederland. Dan is van belang ook naar buitenlandse aanbieders een uniform en transparant contractbeleid te voeren. De Nederlandse regering stelt zich in ieder geval op het standpunt dat een contractenstelsel niet strijdig is met het Europese recht (Zorgverzekeraars Internationaal, september 1999): *“Allereerst kan het ziekenfonds door middel van de overeenkomst greep houden op haar uitgaven door in de zorgovereenkomst bepalingen op te nemen omtrent volume, doelmatigheid en kosten van het zorgaanbod. Ten tweede geeft de overeenkomst het ziekenfonds de mogelijkheid toezicht te houden op de kwaliteit van de te leveren zorg.”*

Het mag duidelijk zijn dat een toenemend belang van zorgsturing door verzekeraars middels selectieve contractering van zorgaanbieders tevens een beweging is richting het stelsel van gereguleerde concurrentie zoals die door de overheid reeds enige jaren wordt nagestreefd (RVZ, 1997).

### **4.3 De zorgaanbieder**

Voor zorgaanbieders kan het behandelen van buitenlandse patiënten aantrekkelijk zijn. Echter, alleen wanneer dit ‘extra-budgettair’ kan. Op dit moment valt de behandeling van buitenlandse patiënten echter volledig onder de reguliere budgetten van een ziekenhuis (COTG, *personal communication*). Dit houdt in dat behandelen van buitenlandse patiënten door budgetrestricties ten koste gaat van het helpen van Nederlandse patiënten en dat het voor ziekenhuizen, gegeven het feit dat zij hun maximaal toelaatbare omzet (het budget) zonder veel moeite kunnen bereiken, niet erg interessant is om buitenlandse patiënten aan te trekken.

Het feit dat hulp aan buitenlandse patiënten ook onder het reguliere budget valt, beperkt ook de concurrentie positie van Nederlandse ziekenhuizen. Immers, wanneer het budget opdraakt is verdere concurrentie onmogelijk. Hier botst het Nederlandse stelsel van aanbodrantsoenering en budgettering met vrije mededinging binnen Europa. Met een beroep op



vrije mededinging bij een Europese rechter, zou hiermee het Nederlandse budgetstelsel ter discussie kunnen komen te staan. Immers, indien een Nederlands ziekenhuis nu *aantoonbaar* patiënten verliest aan buitenlandse ziekenhuizen, bijvoorbeeld door wachtlijsten als gevolg van budgetrestricties (of andere restrictieve overheidsmaatregelen, zoals ten aanzien van uitbreidingsvergunningen) zou men de huidige budgettering met het oog op de concurrentie beperkende uitwerking kunnen aanvechten. Indien ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor eigen kosten en opbrengsten en moeten concurreren met ziekenhuizen buiten de eigen landsgrenzen kunnen zij, als (maatschappelijke) ondernemers (RVZ, 1997), dergelijke belemmeringen als onrechtvaardig beschouwen en in strijd met de principes van vrije mededinging. Daarbij moet ook worden aangemerkt dat ziekenhuisbudgettering niet strikt noodzakelijk is om de gezondheidszorg in stand te houden. Hetzelfde kan opgaan voor behandelpatronen en variatie in zorgaanbod, bijvoorbeeld in termen van comfort. Cath (1999) geeft al aan dat *“vrij verkeer belemmerende nationale maatregelen zijn niet verboden indien ze noodzakelijk zijn voor de verwezenlijking van een ... aanvaard publiek belang van niet-economische (of budgettaire) aard en deze niet nodeloos belemmerend uitpakken (evenredigheid en subsidiariteit). De bewijslast rust bij de overheid die zich op deze uitzonderingen beroept.”*

Een andere mogelijkheid is toetreding van buitenlandse zorgaanbieders op de Nederlandse gezondheidszorgmarkt. Dergelijke toetreding kan wellicht niet middels selectieve contractering door verzekeraars onschadelijk worden gemaakt, althans niet wanneer de nieuwe aanbieder met concurrerende tarieven en producten kan werken. Dan zou selectief contracteren wel eens kunnen worden uitgelegd als het structureel benadelen van buitenlandse aanbieders van zorg. Dergelijke discriminatie in contracteren zal naar alle waarschijnlijkheid niet worden toegelaten.

Ook minder ingrijpende zaken lijken het gevolg te kunnen worden van de vervaging van de grenzen en de bevordering van concurrentie. Zo zouden Nederlandse ziekenhuizen samenwerkingsverbanden kunnen aangaan met buitenlandse aanbieders van zorg (Grunwald en Smit, 1999; Lottman en Van der Wilt, 1999; Hermans, 1999). Hiermee kunnen bijvoorbeeld niet aanwezige expertise en voorzieningen worden aangevuld met het aanbod in andere ziekenhuizen. Ook kunnen binnen een EU-regio zo verdere specialisatie

optreden in bepaalde ziekenhuizen en *economies of scale* – schaalvoordelen- worden behaald door het onderling uitwisselen van patiënten.

### **Arbeidsmarkt zorgaanbieders**

Aanbieders zijn niet alleen instellingen, maar ook personen. Twee groepen personen kunnen hier worden onderscheiden: ondernemers, zoals specialisten en huisartsen en werknemers zoals (gewoonlijk) verplegend en verzorgend personeel. Dit onderscheid is van belang omdat voor de eerste groep de mededingingsregels gelden. Personen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg zijn van essentieel belang om het aanbod van zorg op een adequate wijze vorm te geven. De recente discussies over tekorten op het gebied van verplegend personeel en andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg maken dit duidelijk. Ook op dit terrein kan het voortschrijdende Europese eenwordingsproces consequenties hebben. Immers, een van de kenmerken van een interne markt is de mogelijkheid om buiten de eigen landsgrenzen te werken. Toetreding van buitenlands medisch personeel moet derhalve zonder al te grote obstakels mogelijk zijn (Belcher, 1999).

Voor personeel waaraan op dit moment een duidelijk tekort bestaat, betekent dit dat actiever zou kunnen worden geworven in het buitenland. Daarbij moeten uiteraard de arbeidsvoorwaarden wel concurrerend zijn ten opzichte van die in het buitenland. Indien het omgekeerde het geval is, moet men eerder vrezen dat toch al schaars personeel (met name uit de grensregio's) juist kiezen voor een baan over de grens. Aandacht voor werken(den) in de zorg is dan ook noodzakelijk (Dijk, 1997).

Ook voor artsen kan het interessant zijn om buiten de eigen landsgrenzen te gaan werken. Zo zouden bijvoorbeeld Belgische huisartsen, het aantrekkelijk kunnen vinden om in Nederland een praktijk te vestigen en niet in België. Immers, het aantal huisartsen per inwoner ligt in België beduidend hoger dan in Nederland, waardoor de concurrentie toeneemt en het moeilijker wordt een bepaald salarisniveau te handhaven (European Parliament, 1998; Westert en Groenewegen, 1999). In Nederland is middels gereguleerd opleidings- en vestigingsbeleid het aantal huisartsen relatief laag gehouden met een goede spreiding over het land (Boot en Knapen, 1996). Toetredende Belgische huisartsen kunnen dit vestigingsbeleid doorkruisen en aanvechten als kartelvorming. Het totale aantal huisartsen in de Nederlandse

gezondheidszorg kan hierdoor toenemen en daarmee op termijn ook de concurrentie om de patiënt. Dit kan een verandering in de zorgcultuur met zich meebrengen, bijvoorbeeld door een toenemende *producer moral hazard* (Van Doorslaer en Schut, 1999). Ook voor bepaalde specialismen kan gelden dat zij in Nederland onderbezet zijn, waardoor het voor buitenlandse aanbieders aantrekkelijk wordt om in Nederland werkzaam te worden.

In hoeverre een substantiële toestroom van buitenlandse zorgaanbieders in redelijkheid voor de nabije toekomst valt te verwachten is onduidelijk, aangezien het niet alleen afhangt van schaarste in het Nederlandse systeem, maar ook van andere factoren zoals taalbeheersing en bijvoorbeeld de medische praktijk en cultuur in het land van herkomst ten opzichte van die in Nederland. De gegevens zoals besproken in de achtergrondstudie van Belcher (1999) geven aan dat de omvang beperkt lijkt, maar voor verplegend personeel wel groeiend. Belcher geeft aan dat het groeiend aantal verpleegsters dat vanuit België in Nederland komt werken met name de oorzaak is geweest van een stijging van het aantal instromende verpleegsters van zo'n 125 in 1990 naar ongeveer 300 in 1996.

Ook moeten nieuwe mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld *telemedicine* niet uit het oog worden verloren, omdat dit ook een vorm van grensoverschrijdend hulpverleners betekent, maar zonder dat de hulpverlener fysiek verplaatst (bijvoorbeeld Stanberry, 1998).

#### **4.4 Knelpunten in het Nederlandse stelsel vanuit Europees perspectief**

Naast bovengenoemde zaken wordt hieronder kort een aantal elementen van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel besproken, die in Europees verband kwetsbaar genoemd kunnen worden.

##### **Knelpunten met betrekking tot grensoverschrijdende zorg**

Verzekeraars, specialisten en huisartsen lijken niet volledig voorbereid op de verruimde mogelijkheden voor grensoverschrijdende zorg. Procedures zijn omslachtig, afrekeningen gaan over vele schakels en zijn daarmee zeer ondoorzichtig en niet verifieerbaar. Het grensoverschrijdend

verwijzen staat ook nog in de kinderschoenen, zo komt uit de experimenten met grensoverschrijdende zorg naar voren (Grunwald en Smit, 1999).

Indien grensoverschrijdende zorg zich verder ontwikkelt in de toekomst (ook al is het op relatief kleine schaal) is een verbetering van de samenwerking van Nederlandse doorverwijzers en Nederlandse specialisten en buitenlandse specialisten van groot belang. Betere contacten, meer bekendheid met het zorgstelsel over de grens en de sterke en zwakke punten daarvan, en meer informatie-uitwisseling is cruciaal. Meer inzicht in verschillen in behandelpatronen, toelatingsbeleid tot bepaalde zorgvoorzieningen, verwijsgedrag enzovoorts kan een verdere afstemming van grensoverschrijdende zorg faciliteren.

Een verder knelpunt is de onduidelijkheid rond de betaling van zorg in het buitenland. Zolang dit via vele schakels uiteindelijk als een lumpsum bij individuele ziekenfondsen wordt neergelegd, is daarmee het overzicht en de controle op deze kosten vrijwel onmogelijk. Verdere knelpunten zijn de onduidelijkheden rond de wettelijke mogelijkheden om bepaald grensoverschrijdend zorgverkeer te beperken (Cath, 1999; Hermans *et al.*, 1998). In hoeverre mag men de keuzevrijheid van patiënten beknotten door over de grens selectief te contracteren? Wanneer zijn wachtlijsten *te lang* en kunnen verzekerden met een beroep op de zorgplicht van een verzekeraar ook naar niet-gecontracteerde aanbieders van zorg uitwijken? Deze en andere vragen blijven op dit moment nog teveel onbeantwoord om houvast te bieden voor verstandige strategieën voor verzekeraars. Enkel verdere uitspraken van het Europese Hof lijken op dit moment meer helderheid te kunnen bieden, aangezien ook bijvoorbeeld de Nederlandse overheid op deze punten geen uitsluitel kan geven, daar zij de ontwikkelingen van de Europese regelgeving niet (volledig) kunnen sturen.

### **Ziekenhuisbudgettering**

In het licht van grensoverschrijdende concurrentie is het huidige stelsel van aanbodrantsoenering en budgettering een knellend keurslijf voor de maatschappelijk ondernemende ziekenhuizen, en tevens een rem op diversificatie van het aanbod (luxere of snellere zorg). Concurrentie met aanbieders buiten de landsgrenzen, die niet gebonden zijn aan deze Nederlandse restricties, wordt bemoeilijkt. Het aanbieden van luxere zorgvormen wordt bijvoorbeeld door de Wet op de

Tarieven in de Gezondheidszorg (WTG) sterk gehinderd, aangezien hogere kosten niet kunnen worden doorberekend. Ook uitbreiding van zorgvoorzieningen wordt middels de WZV ingekaderd, waardoor bepaalde patiënten kunnen worden verloren aan concurrerende ziekenhuizen in het buitenland. Nu ziekenhuizen in toenemende mate verantwoordelijk worden gehouden voor hun eigen inkomsten en uitgaven, als ondernemers op de zorgmarkt, lijkt niet uitgesloten dat zij zich met een beroep op de concurrentiebeperkende uitwerking van wetten als de WZV en WTG, zeker grensoverschrijdend gezien, zich van deze knellende restricties willen ontdoen. Daardoor een ontstaat een situatie waarin zorgaanbieders veel vrijer zorg kunnen aanbieden tegen eigen vastgestelde tarieven, waarbij variatie in het aanbod en prijsstelling kan worden aangebracht. Verzekeraars kunnen er vervolgens al dan niet voor kiezen om voor bepaalde onderdelen van dit aanbod de aanbieders te contracteren en eventueel middels variatie in aanvullende verzekeringen of tussen ziekenfondsen ook deze variatie van het zorgaanbod op de verzekeringsmarkt aan te bieden.

Recent werd ook bericht dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) wellicht afspraken rond extramuraal zorgtarieven, volume en vestiging zou verbieden als zijnde een klassieke vorm van een marktverdelingsregeling in strijd met vrije concurrentie. (*Zorgverzekeraars Journaal* 26, 1 juli 1999) De NMa suggereerde in dit geval dat zorgverzekeraars, in plaats van gezamenlijk met aanbieders afspraken te maken, hun contracteerbeleid beter eenzijdig kunnen vaststellen en daarbij 'een objectief, non-discriminatoire contracteerbeleid aan te houden'. Periodieke aanbesteding wordt als alternatief voor de huidige afspraken geopperd door de NMa. Dergelijke ontwikkelingen geven aan, dat bepaalde regelingen en afspraken rond volume en vestigingen, alhoewel gangbaar in de Nederlandse gezondheidszorg niet voldoen aan de eisen van vrije mededinging. Dit punt wordt nog versterkt wanneer men bedenkt dat de NMa toetst aan de *Nederlandse* wetgeving, waarin bepaalde uitzonderingen bijvoorbeeld op het gebied van gezondheidszorg reeds zijn opgenomen. Wanneer vanuit een Europese instantie deze problematiek wordt beschouwd, is dit anders en komt zagezegd ook de houdbaarheid van de Nederlandse wetgeving ter discussie, hetgeen grotere gevolgen kan hebben.

### **Gelijkheid**

Gelijkheid in de zorg is een voorname peiler van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. Deze gelijkheid komt tot uiting in vele discussies rond de verdeling van gezondheidszorg en de inrichting van ons gezondheidszorgstelsel. Meestal wordt gelijkheid in Nederland gelijk gesteld met het beginsel dat bepaalde zorgvoorzieningen voor iedereen beschikbaar moeten zijn en dat alleen medische criteria de basis mogen vormen voor onderscheid tussen personen binnen de gezondheidszorg. Bijvoorbeeld in de discussie rond bedrijvenpolis kwam dit principe meermalen sterk naar voren en was dit in eerste instantie ook de hoofdreden om deze variatie in zorg te verbieden (o.a. Brouwer *et al.*, 1996; Hermans en Brouwer, 1998; Brouwer en Hermans, 1999).

Met de verruimde mogelijkheden om buiten de eigen landsgrenzen zorg te consumeren, kan ook dit gelijkheidsbeginsel moeilijk te handhaven blijken. Immers, niet alleen kan zorgvariatie over de grens koopkrachtige patiënten naar het buitenland lokken, ook structureel aanbod voor speciale groepen patiënten (bijvoorbeeld snelle hulp voor werknemers) kan over de grens worden georganiseerd. De eventuele financiële risico's voor de individuele patiënt kunnen dan bijvoorbeeld door de werkgever worden gedekt (Hermans en Brouwer, 1999).

Recent kwam een 'operatieluchtbrug naar Zwitserland' in het nieuws (AD, 4 oktober 1999). Patiënten hebben daarbij de mogelijkheid om tegen zeer hoge kosten naar Zwitserland te reizen om daar (in alle comfort) behandelingen te ondergaan die in Nederland lange wachttijden kennen. Niet alleen tast deze mogelijkheid het gelijkheidsbeginsel aan (immers, zeer rijken kunnen hiermee de wachttijden omzeilen), ook is dit een goed voorbeeld van concurrentievormen die Nederlandse ziekenhuizen in de huidige situatie maar moeilijk kunnen pareren.

Echter, wanneer Nederlandse ziekenhuizen in het kader van vrije concurrentie ook de mogelijkheden krijgen om het zorgaanbod en de prijs (dat wil zeggen afwijkend van de maximumtarieven) daarvan verder te variëren (of buitenlandse aanbieders toetreden) wordt daarmee het gelijkheidsprincipe binnen het Nederlandse zorgstelsel uiteraard ook aangetast. Luxere verplegings- en verzorgingstehuizen voor ouderen (zoals die nu al in toenemende mate bestaan), luxere verpleging in ziekenhuizen, snelle en adequate hulp voor

werkenden enzovoorts zijn zorgvormen waar zeker vraag naar lijkt te bestaan. Daarmee is onduidelijk of het gelijkheidsbeginsel zoals dat nu binnen de zorg wordt gepropagandeerd volledig kan blijven gehandhaafd.

### **Toelating tot voorzieningen**

Verschillen in de toelatingscriteria tot bepaalde zorgvoorzieningen tussen landen is ook een knelpunt waar eventuele problemen door kunnen ontstaan. Wanneer vlak over de grens bepaalde zorgvoorzieningen op andere criteria personen toelaten (verplegings- en verzorgingstehuizen, revalidatiecentra et cetera) kan dit tot problemen leiden in termen van vergoeding (was deze behandeling ook in Nederland voor deze persoon uitgevoerd, wetende dat het wel een erkende behandeling is) en additionele zorgconsumptie (leidend tot hogere kosten). Meer uniforme toelatingscriteria en inzicht in de verschillen tussen landen in termen van toelatingscriteria zijn daarbij van belang.

### **De markt voor geneesmiddelen en hulpmiddelen**

De markt voor geneesmiddelen en hulpmiddelen in Europa kan worden beschouwd als een markt die wordt gekenmerkt door belemmeringen voor vrije handel en concurrentie. Immers, er kunnen verschillen bestaan per land in merknaam, dosering, bijsluiter, verpakking en prijsstelling voor een in principe zelfde product (Kanavos en Mossialos, 1999). Parallele import wordt door de EU niet verboden, maar dit wordt uiteraard ook bemoeilijkt door bovenstaande verschillen. Welbeschouwd werken dergelijke verschillen belemmerend voor de vrije handel en concurrentie. Het lijkt derhalve niet ondenkbaar dat een verdere harmonisatie van verpakkingen, bijsluiters, merknamen en dergelijke door de EU zal worden afgedwongen, waardoor een verdere harmonisatie van prijzen niet achterwege kan blijven. Alleen functionele verschillen (bijvoorbeeld pilvorm of als injecteerbare vloeistof) zullen dan blijven bestaan.

Prijsverschillen tussen verschillende landen zijn nu in sommige gevallen zeer groot (zie tabel 4.3). Deze prijsverschillen kunnen uitnodigen tot 'shopgedrag' van patiënten of eventueel verzekeraars (Kanavos, 1999). Met name het Verenigd Koninkrijk valt op met relatief hoge prijzen voor de verschillende medicijnen.

**Tabel 4.3: Gemiddelde prijs merkmedicijnen in drie Europese landen (Euro's per pakje, prijsniveau 1997)**

Medicijn (dosis)	Frankrijk	Spanje	Verenigd Koninkrijk
Losec (20 mg)	24,09	16,47	38,39
Capoten (25 mg)	6,79	10,07	17,44
Prozac (20mg)	8,97	16,17	19,04
Zantac (300 mg)	15,54	7,38	32,08

Bron: Kanavos, 1999

Een afgeleid probleem hierbij is het voorschrijfgedrag van artsen en afgeefgedrag van apothekers. Bijvoorbeeld in Nederland wordt getracht huisartsen en apothekers te stimuleren om generieke middelen voor te schrijven, die gemiddeld genomen goedkoper zijn dan merkproducten. Uiteraard wordt een dergelijk beleid doorkruist wanneer patiënten over de grens wel deze merkproducten (die zij wellicht liever hebben) krijgen op basis van een bepaald recept, die dan door de verzekeraar moeten worden vergoed op basis van het Nederlandse vergoedingssysteem. Harmonisatie in voorschrijfgedrag en afgeefgedrag kan hierbij uitkomst bieden (Kanavos, 1999). Voor de Nederlandse situatie is van belang op te merken dat de werking van het geneesmiddelenvergoedingensysteem (gvs) grensoverschrijding voor duurdere geneesmiddelen minder aantrekkelijk maakt, omdat zij tegen de binnenlandse tarieven worden vergoed.

#### **Incentivestructuur en benutten van incentives**

Indien inderdaad als gevolg van meer concurrentie en toetreding de aanbodschaarste die het Nederlandse stelsel tot dusver kenmerkt wordt ondermijnd, zullen de 'restanten' van het stelsel voldoende moeten zijn om niet enkel adequate zorgverlening te kunnen waarborgen, maar ook voldoende prikkels voor kostenbeheersing en toegankelijkheid. Daarbij moet vanuit economisch perspectief met name zorg worden gedragen dat de resterende incentives in het Nederlandse systeem aan deze doelen meewerken. Dit moet de Nederlandse overheid er toe nopen om, indien men verwacht dat de Europese invloeden op het Nederlandse gezondheidszorg stelsel inderdaad in kracht en omvang zullen opnemen, de inrichting van het Nederlandse stelsel reeds zoveel mogelijk 'Europa-compatible' moet worden gemaakt.



Dit houdt in feite een stelsel­discussie in, waarbij naast de Nederlandse doel­stellingen en politieke krachten, ook de factor ‘Europa’ een grote rol moet spelen. Zoals Kanavos (1999) schrijft:

*“Health policy has traditionally been a national responsibility under the principle of subsidiarity. The fact that goods and services are reimbursed in one country but rationed in another is likely to stimulate debate about whether there should be a standard package of care offered across the European Union and, if so, what it should include. By suggesting that health care should be freely available across borders without restriction, the rulings clash with the principle of subsidiarity.*

*While important barriers remain, the court rulings have changed the ground rules considerably. In the short term there are practical implications for patients and healthcare systems. In the long term the rulings could be the first steps towards much closer European healthcare integration. More than ever, those concerned with developing health policy or commissioning or providing care need to be aware of the European dimension to their work.”*

Bijvoorbeeld nu er een extra capaciteit zou kunnen ontstaan door de uitwerking van mededingingswetgeving lijkt het onwenselijk om de zorgcoördinatie en organisatie over te hevelen naar regionale zorgkantoren zonder dat deze verantwoordelijkheid hebben in financieel opzicht of financieel risico lopen. Bij het ontbreken van aanbodschaarste zal de zorgtoedeling bij voorkeur bij een instantie moeten rusten die *wel* financiële verantwoordelijkheid kent voor de zorgconsumptie en dus een belang heeft bij tempering van de zorgconsumptie. De Europese dimensie van nationale stelsels kan niet langer buiten beschouwing blijven. Wellicht moet daarbij ook worden toegewerkt naar Europese aanspraken op verzekering - een Europees basispakket als het ware (Hermans, 1999; Kanavos, 1999).

#### **4.5 Conclusies en aanbevelingen**

In dit hoofdstuk zijn voor aanbieders, verzekeraars en patiënten consequenties van en knelpunten voor een verdere totstandkoming van een interne Europese markt voor gezondheidszorg aan de orde gekomen. Het is duidelijk dat de verdergaande vervaging van de grenzen en een tendens naar meer mededinging op bepaalde knelpunten stuiten, waarvan

sommige grote gevolgen kunnen hebben voor het Nederlandse gezondheidszorgstelsel.

Voor patiënten bestaan er stimulerende factoren maar ook sterk remmende factoren voor wat betreft grensoverschrijding. Voor zover het voor bepaalde partijen (verzekeraars, overheid, patiëntenverenigingen) wenselijk is om grensoverschrijding te stimuleren, dient met name te worden gewerkt aan meer voorlichting, onder andere met betrekking tot behandeling, nazorg en financiering van zorg over de grens. Ook mag duidelijk zijn dat bepaalde remmende factoren (onbekendheid met de taal en afstand tot buitenlands zorgvoorzieningen) niet eenvoudig oplosbaar zijn. Derhalve lijkt het aannemelijk, mede gezien de constateringen in hoofdstuk 3, dat grensoverschrijdend zorgverkeer ook in de toekomst beperkt van omvang blijft en met name zal optreden in grensregio's. Voor zover bepaalde partijen grensoverschrijding zouden willen ontmoedigen, lijkt het wenselijk bepaalde stimulansen voor grensoverschrijding weg te nemen, zoals de relatief lange wachttijden in het Nederlandse gezondheidszorgstelsel en verschillen in de gangbare medische praktijk rond bepaalde aandoeningen.

Voor verzekeraars is een beter inzicht in wat wel en wat geen doelmatige en wenselijke grensoverschrijdende zorg is, onontbeerlijk voor verdere bepaling van te stimuleren grensoverschrijdende zorg. Daarbij zijn inzicht in de kosten (van specifieke aanbieders van zorg), meer inzicht in de uiteindelijke betaling van deze zorg en inzicht in de zorgcultuur in aangrenzende zorgsystemen noodzakelijk. Zeker voor verzekeraars met relatief veel verzekerden in de grensregio's verdient dit prioriteit. Deels wordt op dit moment door bepaalde verzekeraars hier al aan gewerkt.

Voor ziekenfondsen kunnen de hierboven besproken knelpunten en mogelijke ontwikkelingen grote consequenties hebben. Allereerst zullen zij wellicht ook buiten de landsgrenzen aanbieders van zorg contracteren, om daarmee grensoverschrijdend zorgverkeer in ieder geval te sturen richting *preferred providers*. Uiteindelijk dienen afspraken over behandelpatronen, leveringsvoorwaarden en dergelijke, onder andere middels selectief contracteerbeleid over de grens, meer dan nu gestalte te krijgen. Op die wijze kunnen verzekeraars toch enige grip houden op patiënten die zich over de grens laten behandelen en de kosten die daarmee samenhangen. Hiertoe moeten de ziekenfondsen selectief in het buitenland contracteren, op een dusdanige wijze dat er voldoende

buitenlandse zorgaanbieders worden gecontracteerd waardoor patiënten bij die aanbieders in het buitenland hun zorg kunnen consumeren. (Gezien de geringe hoeveelheden patiënten die over de grens zorg willen consumeren hoeven de aantallen gecontracteerde aanbieders over de grens ook niet buitensporig hoog te zijn.)

Door een dergelijke contractering over de grens wordt de zorgplicht van het ziekenfonds verenigd met schadelastbeperking door middel van selectief contracteren. Dit selectief contracteren zal, wanneer het Nederlandse aanbod van zorg verder diversificeert, ook binnen de eigen grenzen meer gestalte moeten krijgen. Dit mede om niet op grond van discriminatie (wel alle Nederlandse zorgaanbieders contracteren, maar vele buitenlandse zorgaanbieders een contract weigeren) alsnog vrijwel alle buitenlandse zorg te moeten vergoeden. Ook zal de praktijk moeten leren of de transactiekosten van contracteren opwegen tegen de daarmee beoogde efficiencywinst. Dit laatste geldt zeker voor ziekenfondsen met een relatief gering aantal verzekerden in grensregio's.

Voor aanbieders van zorg kan de invloed van Europa ook grote consequenties hebben. Immers, het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg wordt gekenmerkt door aanbodrantsoenering. Dit laatste werkt door beperkingen rond prijzen, hoeveelheden en budgetten belemmerend op de concurrentie tussen aanbieders van zorg. Alhoewel die belemmering binnen de (wettelijke) Nederlandse kaders wellicht niet onoverkomelijk is, geldt dit waarschijnlijk minder binnen de (wettelijke) Europese kaders. Indien wordt verondersteld dat bijvoorbeeld Nederlandse ziekenhuizen concurrenten zijn van buitenlandse aanbieders van zorg, leiden de binnenlandse beperkingen wellicht tot een slechte concurrentiepositie van Nederlandse ziekenhuizen. Hiermee kunnen wetten als WZV en WTG vanuit mededingingsoogpunt als belemmerend worden aangemerkt vanuit een Europees perspectief en eventueel op termijn onhoudbaar blijken.

De wellicht toenemende vrijheid van ondernemende ziekenhuizen en de toenemende concurrentie zal ook kunnen resulteren in een nu al te constateren toename in de variatie van het aanbod. Ziekenhuizen en andere zorgaanbieders zullen willen inspelen op de bestaande en wellicht toenemende variatie in de zorgvraag en de betalingsbereidheid van

patiënten voor bepaalde zorgvormen. Voor de overheid lijkt het van belang de nu al toenemende variatie in zorgaanbod (privéklinieken, wellicht snelle hulp voor werknemers en luxere verpleegvormen) in goede banen te leiden en te bewerkstelligen dat grote lijnen infrastructuur en solidariteit blijven gewaarborgd. Een van de mogelijkheden daarbij is een helder gedefinieerd basispakket, dat wordt aangeboden door concurrerende verzekeraars en concurrerende aanbieders van zorg. Daarbuiten kan dan extra zorg worden aangeboden dat voor rekening van de patiënt zelf komt (al dan niet via aanvullende verzekeringen). Het recente SER (1999) rapport over vergrijzing geeft ook signalen in deze richting.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

In deze achtergrondstudie is getracht meer inzicht te verschaffen in de gevolgen van de voortschrijdende Europese eenwording voor het Nederlandse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen, vanuit een economisch perspectief.

Allereerst moet worden opgemerkt dat een eenduidig Europees beleid op het terrein van gezondheidszorg ontbreekt en dat de verschillende lidstaten alle hun eigen invulling hebben gegeven aan de wens hun burgers met een gezondheidszorgstelsel te voorzien. Deze verschillen zullen in het kader van de vervaging van de landsgrenzen, maar met name in het licht van vrije mededinging en vrij verkeer van goederen en diensten, tot problemen kunnen leiden, aangezien de ordeningsprincipes in de gezondheidszorgstelsels verschillen van land tot land.

In deze studie zijn naast de huidige en te verwachten omvang van grensoverschrijdend zorgverkeer met name 'Europa-gevoelige' elementen van het Nederlandse stelsel naar voren gebracht, zonder dat daarbij is getracht uitputtend te zijn. Belangrijk hierbij is ook te bedenken dat de Europese verdragen nog in vrij bedekte termen over gezondheidszorg spreken. Tevens worden de uitspraken van het Europese hof met betrekking tot gezondheidszorg, bijvoorbeeld rond de zaken Decker en Kohll, door de experts nog niet eenduidig worden uitgelegd. Hierdoor is een precieze inschatting van de impact van Europese regels en de snelheid waarmee deze regels effectief zullen worden in de gezondheidszorg op dit moment niet mogelijk. Wel lijkt het voor de hand liggend dat breedgedragen principes binnen de Europese eenwording, namelijk een grote interne markt met vrije mededinging en vrij verkeer van goederen en diensten en verdere harmonisatie op terreinen als sociale zekerheid, een kader vormen waarbinnen ook de regelgeving voor de gezondheidszorg zal worden geformuleerd. In dat licht bezien zijn de conclusies van deze achtergrondstudie dan ook getrokken.

Tenslotte wordt nog opgemerkt dat de resultaten zoals hier gepresenteerd gelden voor de Nederlandse bevolking en situatie. Andere Europeanen kunnen anders reageren op verruimende mogelijkheden voor grensoverschrijding. Zo stelt

Mossialos (1997) dat een relatief groot gedeelte van Noord-Italianen:

*“... seem particularly dissatisfied with care at home and who have particularly and possibly unjustifiably high expectations of what is available elsewhere.”*

Allereerst zullen hieronder de antwoorden op de kernvragen a tot en met d worden verwoord, zoals deze in hoofdstuk 1 aan de orde zijn geweest.

**Wat is op dit moment de stand van zaken met betrekking tot grensoverschrijdend verkeer en hoe ontwikkelt zich dat?**

Uit de gegevens zoals die in hoofdstuk 3 zijn behandeld, komt naar voren dat zorgconsumptie buiten de eigen grenzen en zorgconsumptie door buitenlandse patiënten binnen Nederland op dit moment een zeer klein deel uitmaakt van de totale zorgconsumptie in Nederland.

Voor wat betreft de instroom van buitenlanders Nederland in blijkt voor 1996, 1997 en 1998 de totale instroom nog geen 0,33% van het totaal aantal opnamen in Nederland te bedragen. Verder zijn meer dan de helft van de instromers afkomstig uit Duitsland en België, waarbij deze instromers zich met name laten opnemen in de grensregio's. Zuid-Limburg is, mede gezien de aanwezigheid van een academisch ziekenhuis en het feit dat het zowel aan België als aan Duitsland grenst, een veelbezochte regio.

Geen van de regio's wordt echter erg zwaar belast. Op Zuid-Limburg na bedragen de instromende aantallen (veel) minder dan 1% van de binnenlandse opnamen. Ook voor specifieke specialismen zijn er geen aanwijzingen dat deze overbelast zouden worden door de instroom.

Bij de besproken experimenten komt nogmaals naar voren dat de vraag naar zorg over de grens beperkt is. Ook lijkt het niet groeiend en uit het Nzi-rapport komt verder naar voren dat ook op langere termijn slechts een bescheiden omvang te verwachten valt. Zelfs bij betere procedures en meer bekendheid bij patiënten van deze mogelijkheden valt niet te verwachten dat grensoverschrijding een grote vlucht neemt. De regio Zeeuws-Vlaanderen lijkt in dat opzicht een uitschieter te noemen, omdat daar de binnenlandse zorgvoorzieningen de zorgvraag niet volledig kunnen dekken.

Het valt echter niet uit te sluiten dat het aantal specifieke buitenlandse zorgarrangementen (zoals de besproken 'luchtbrug naar Zwitserland') verder zal toenemen. Hier zullen met name meer welgestelden van kunnen profiteren, gezien de naar verwachting hogere kosten dan een Nederlandse behandeling.

**Wat zijn de voornaamste redenen om zorg over de grens te consumeren voor patiënten en wat zijn remmende factoren?**

Wat betreft de redenen waarom iemand zich over de grens laat behandelen, kan naast uitkomsten van experimenten enkel indirect aan de hand van de data worden vastgesteld wat hierbij motieven zijn en de onderliggende stimulerende en remmende factoren.

Zoals reeds in hoofdstuk 4 naar voren gebracht zijn er verschillende zaken die grensoverschrijding positief en negatief kunnen beïnvloeden. In de onderstaande tabel staan de voornaamste factoren nogmaals weergegeven.

Stimulerende factoren	Remmende factoren
Kortere wachttijden in buitenland (en urgentie aandoening)	Afstand te groot
Betere zorg (perceptie patiënt)	Onbekendheid met buitenland(se zorg)
Dichterbij	Financiële onzekerheid
Goedkoper	Minder goede zorg (perceptie patiënt)
Bekendheid met (zorg in) buitenland	Terughoudendheid verwijzers

Het lijkt dat een voorname, en beleidsmatig enigszins te beïnvloeden positieve factor voor de omvang van grensoverschrijding de lange wachttijden in de Nederlandse gezondheidszorg zijn. Verdere zaken als kortere reisafstand en bekendheid met het buitenlandse gezondheidszorgsysteem hebben ook een positieve invloed, maar zijn zeer moeilijk te beïnvloeden. Deze aspecten, samen met remmende factoren als een langere reisafstand en dergelijke zullen naar verwachting grensoverschrijding voorlopig beperken tot een grensregiogebonden fenomeen.

**Welke mate van mobiliteit kennen patiënten met  
betrekking tot zorgconsumptie binnen Nederland?**

Uit de gegevens zoals gepresenteerd in hoofdstuk 3 kan men concluderen dat de mobiliteit binnen Nederland weliswaar groter is dan de grensoverschrijdende mobiliteit, maar dat ook hier afstand een grote rol speelt. Men beperkt de regio-overschrijdende zorg veelal tot aangrenzende regio's waarbij niet valt uit te sluiten dat daarbij dichterbij de woonplaats gelegen ziekenhuizen buiten de eigen regio worden bezocht. Verder lijkt men voor bepaalde gespecialiseerde hulp wel iets verder te willen reizen. Het grootste gedeelte van de zorg wordt binnen de eigen regio geconsumeerd. Hierbij moet worden bedacht dat restricties zoals die gelden wanneer men over de grens zorg consumeert, voor intranationale mobiliteit niet van kracht zijn. Er is geen additionele financiële onzekerheid, er is geen probleem van taal, zorgcultuur etc.

**Wat zijn de consequenties voor verzekeraars en  
aanbieders van verdergaande eenwording van Europa  
ook met betrekking tot gezondheidszorg?**

Voor ziekenfondsen is het van groot belang om te beseffen dat grensoverschrijding moeilijker valt tegen te gaan door (te dreigen met) het onthouden van vergoeding. Indien voor bepaalde verzekeraars daarbij de omvang van grensoverschrijding substantieel dreigt te worden lijkt een selectieve contractering over de grens wenselijk. Daarmee kan worden gestuurd naar welke buitenlandse aanbieders de verzekerden gaan. Ook kunnen met die aanbieders heldere afspraken worden gemaakt over behandeling en betaling. Daarnaast lijkt het goed meer inzicht te verwerven in de relatieve kwaliteit van bepaalde specialismen en behandelpatronen en de relatieve kosten die daarmee gepaard gaan. Op die wijze kunnen buitenlandse zorgvormen worden geselecteerd waarvan het gebruik wellicht zelfs gestimuleerd kan worden bij patiënten, om zodoende het gebruik ervan te verhogen. Ook de betalingen aan buitenlandse aanbieders en de mogelijkheden om de gemaakte kosten goed te kunnen controleren zijn hierbij van belang. Tevens kan worden gezien in hoeverre een goede relatie met bepaalde (bijvoorbeeld snelle) aanbieders van zorg in het buitenland kan leiden tot een concurrentie voordeel, omdat patiënten indien ze willen, via deze buitenlandse aanbieders, geprefereerde (bijvoorbeeld snelle) zorg kunnen ontvangen.



De toename van de mogelijkheden om over de grens zorg te consumeren en ook de mogelijk toenemende variatie in het binnenlandse aanbod zal de functie van selectieve contractering en onderhandelingen over kwaliteit en kosten met aanbieders in de toekomst wellicht belangrijker maken. Daarbij moet ook worden vastgesteld dat in het licht van concurrentie tussen Nederlandse en buitenlandse zorgaanbieders meer uniforme en transparante contracteringsprincipes moeten worden geformuleerd.

Voor aanbieders van zorg kan de toekomst zowel bedreigingen als kansen met zich meebrengen. Immers, nieuwe toetreders (bijvoorbeeld vanuit het buitenland) zijn niet uitgesloten en ook het wegtrekken van patiënten naar het buitenland kan voor bepaalde aanbieders consequenties hebben. Anderzijds moet ook worden geconstateerd dat de Nederlandse regelgeving voor ziekenhuizen (zoals WZV en WTG) beperkend werkt op hun concurrentiepositie, zeker binnen Europa. Het is derhalve niet uitgesloten dat deze aanbodbeperkende regelgeving in een voortschrijdend Europa meer en meer wordt losgelaten of moet worden losgelaten. Daarmee vervallen oude restricties en neemt het ondernemerschap van ziekenhuizen grotere vormen aan.

#### **Wat zijn de gevolgen voor de organisatie van het Nederlandse stelsel van zorgvoorzieningen?**

De gevolgen van grensoverschrijding lijken gering. Immers, de omvang is beperkt en lijkt dit voorlopig nog te blijven. Tevens is het met name een grensregiogebonden fenomeen. Echter, vrije mededinging en vrij verkeer kunnen de onderliggende ordeningsprincipes van Nederlandse gezondheidszorgstelsel aantasten. Daarbij zijn met name zaken rond aanbodbeperking en rantsoenering wellicht Europa-gevoelig. In onderstaande aanbevelingen worden deze zaken verder toegelicht.

#### **Aanbevelingen**

De ophef over grensoverschrijding voor zorgconsumptie lijkt, gezien de hier gepresenteerde data, niet geheel terecht. Alhoewel de ruimere mogelijkheid om over de grens zorg te consumeren een afwijking is ten opzichte van de vertrouwde regeling van toestemming vooraf van de verzekeraar en het voor bepaalde verzekeraars additionele kosten met zich mee kan brengen, is het voor het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in zijn totaliteit slechts een marginaal verschijnsel. In dat opzicht lijkt er nog weinig veranderd ten

opzichte van de situatie voor de arresten Decker en Kohll. Toen concludeerden Leidl en Rhodes (1997) al:

*“... cross-border care is not a central issue in the European health care systems. Its level is still low, many constraining factors play a role and its current impact remains restricted.”*

Uiteraard is het evenwel aanbevelenswaardig om verdere samenwerking in grensregio's te stimuleren daar waar dit tot voordeel kan strekken in zorginhoudelijke of kostenbesparende zin. Hierbij geldt dat waarschijnlijk de meest belanghebbende partij, zij het verzekeraars, overheid of patiënten deze verdere samenwerking zouden moeten stimuleren. In eerste instantie lijken verzekeraars met name aangewezen om verder inzicht te verkrijgen in de kosten van zorg over de grens. Voor hen lijkt meer transparantie in kostenstructuren, geldstromen, tarieven en zorginhoud dringend gewenst. De komst van de Euro kan in sommige van deze gebieden behulpzaam zijn. Zoals ook Kanavos (1999) aangeeft:

*“A common currency will highlight the disparity in levels of healthcare costs and expenditure across the member states.”*

Ook de mogelijkheid tot selectief contracteren over de grens dient verder inhoud te krijgen, waarbij de relatie met het binnenlandse contracteerbeleid in het licht van non-discriminatie van buitenlandse aanbieders niet uit het oog verloren moet worden.

Verdere Europese afspraken en regelgeving met betrekking tot gezondheidszorg zijn dringend gewenst. Harmonisatie in prijzen, verwijzingspatronen, verzekeringsdekking et cetera zijn wenselijk, maar aangezien deze zaken vaak volledig verweven zijn met de verdere inkleding van de nationale gezondheidszorgstelsels en deze onderling zeer sterk kunnen verschillen, zal dit naar verwachting niet op korte termijn gestalte kunnen krijgen.

Zoals hierboven herhaaldelijk aangegeven zouden de economische ordeningsprincipes binnen het Nederlandse zorgstelsel als zodanig bij een toenemende invloed van de Europese gedachten rond vrije mededinging en een vrij verkeer van goederen en diensten onder vuur kunnen komen te liggen. De implicaties daarvan kunnen ver strekken en zullen naar verwachting met name ingrijpen op rantsoenering

van aanbod. Ziekenhuisbudgettering en andere restricties op de omvang van het aanbod kunnen in een Europees kader worden beschouwd als strijdig met het beginsel van vrije mededinging. Toetreding van buitenlandse aanbieders en zorgvormen lijkt ook moeilijk tegen te gaan. Verder kunnen tariefafspraken komen te vervallen en kan er meer ruimte ontstaan voor vrije prijsvorming (gekoppeld aan een grotere variatie van het aanbod wellicht). Dit alles druist in tegen de huidige koers van aanbodbeperving en rantsoenering.

Van groot belang is het om, indien deze verwachtingen als reëel worden aangemerkt, zorg te dragen voor een situatie waarin het ordeningsprincipe van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel niet meer rust op de pijler van aanbodbeperving. Immers, deze pijler kan wankelen wanneer Europa zich verder ontwikkelt in de huidige richting. In dat opzicht moet wellicht de conclusie van deze achtergrondstudie met name zijn dat het ontstaan van een Europese interne markt gevolgen heeft en verder kan hebben voor de inrichting en de economische ordeningsprincipes van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel. Daarbij kunnen twee uiterste opinies worden aangehangen.

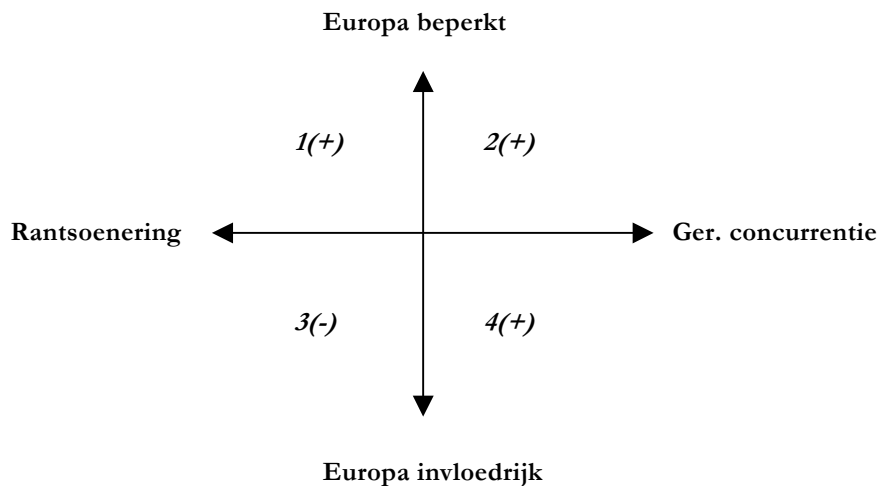
Ten eerste kan men het standpunt innemen dat alle Europese dreiging slechts bij dreiging blijft en er genoeg mogelijkheden overblijven om de Nederlandse gezondheidszorg los van Europese invloeden in te kleden. Dit kan bijvoorbeeld wanneer de vrijheid van nationale overheden om hun sociale zekerheidsstelsel in te richten naar eigen wens ruim wordt geïnterpreteerd. Dan heeft men in feite de vrije keuze bij de inrichting van dat zorgstelsel en kan het Nederlandse stelsel, zoals het nu is of in andere vorm, verder bestaan naast vele andere gezondheidszorgstelsels in Europa.

Ten tweede kan men verwachten dat Europa en de Europese regelgeving rond mededinging en het vrije verkeer van goederen en diensten wel degelijk van groot belang zal blijken te zijn (zo het niet al van groot belang is) op het Nederlandse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. In dat geval doet men er goed aan om reeds vroegtijdig na te denken over maatregelen om het Nederlandse gezondheidszorgsysteem 'Europa-compatible' te maken. Daarbij is de vrijheid die nationale overheden hebben bij het inrichten van het nationale stelsel van gezondheidszorg uiteraard beperkter. Belangrijk gegeven hierbij is dat de aanbodrantsoenering waarschijnlijk niet houdbaar zal blijken. Met name niet gegeven het feit dat

ziekenfondsen en ziekenhuizen als ondernemingen kunnen worden aangemerkt.

Wanneer de Europese principes van vrij verkeer en vrije mededinging inderdaad in toenemende mate van belang worden, is het van groot belang om toe te werken naar een meer 'Europa-compatible' inrichtingsvorm van ons zorgstelsel. Opvallend is te noemen dat een dergelijke inrichtingsvorm reeds veelbesproken is in de Nederlandse context. Namelijk het stelsel van gereguleerde concurrentie. Dit marktorderingsprincipe stoelt immers niet op aanbodsbeperking maar verzekeraarsbudgettering vanuit een centrale kas, waarbij deze verzekeraars onderling concurreren. Deze verzekeraars staan tegenover de (binnen- en buitenlandse!) aanbieders van zorg en zijn vrij om deze al dan niet te contracteren, waarbij een objectief contracteerbeleid dan overigens wel gewenst is. Deze aanbieders van zorg zijn ook in onderlinge concurrentie, en kunnen op basis van prijs en kwaliteit zich van anderen onderscheiden. Het voert uiteraard te ver om hier alle voor en nadelen van het systeem van gereguleerde concurrentie uitputtend te bespreken, maar duidelijk mag wel zijn dat bij een beweging in die richting nog immer aanpassingen nodig zijn. Ook zullen de verschillende partijen (verzekeraars, aanbieders, maar ook patiënten) verder moeten groeien in een nieuwe rol binnen een dergelijk stelsel. Veel minder worden zij dan geleid door de overheid en veel meer verantwoordelijkheid (inhoudelijk en financieel) rust bij henzelf. Recent werd door oud-minister Bert de Vries nog eens benadrukt (inzake geneesmiddelenbeleid), dat wanneer gereguleerde concurrentie niet goed van de grond komt dat dan moet worden teruggegrepen op een *National Health System*.

De spanning tussen de twee uiterste mogelijkheden met betrekking tot de invloed van Europa en de mogelijke oplossingsrichting wordt hieronder grafisch weergegeven.



*Figuur: Spanningsveld van Europa en stelsel discussie*

In bovenstaand figuur moeten wij de Nederlandse gezondheidszorg nog grotendeels in kwadrant 1 plaatsen (alhoewel het Nederlandse stelsel zich deels al bevindt tussen rantsoenering en gereguleerde concurrentie). Rantsoenering van aanbod maakt immers nog steeds een zeer belangrijk onderdeel uit van ons huidige stelsel. Zolang de invloeden van Europa beperkt blijven, is er vrijheid in de keuze van stelsel. De beweging van kwadrant 1 naar 2, naar meer onderlinge concurrentie en derhalve andere, voorwaardenscheppende regelgeving, is dan een optie maar geen noodzaak. Het toewerken naar ziekenfondsbudgettering, meer particuliere klinieken, private ziekenhuizen en ondernemende zorgverzekeraars en minder strikt publieke voorzieningen is in bovenstaand figuur voor het gemak aangeduid als gereguleerde concurrentie. De keuze voor een dergelijk stelsel is bij beperkte Europese invloeden een nationale beslissing en beide varianten zijn in die situatie dan ook mogelijk (getuige de beide plussen).

Indien echter wordt verwacht dat Europa wel degelijk een grotere invloed zal krijgen op de inrichting van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, bevinden we ons in het onderste gedeelte van de figuur. Daar is een keuze voor een stelsel geënt op aanbodbeperking (kwadrant 3) samen met min of meer ondernemende ziekenhuizen en zorgverzekeraars zoals nu in Nederland het geval, duidelijk in conflict met de

Europese principes van vrije mededinging en het vrije verkeer van goederen en diensten. Dit zal derhalve leiden tot problemen in termen van juridische maar ook economische houdbaarheid. Een (noodzakelijke) oplossing is dan om richting het vierde kwadrant te bewegen, gereguleerde concurrentie, een stelsel dat beter houdbaar lijkt binnen het grotere geheel van de Europese markt.

Naar het zich nu laat aanzien zou een beweging van kwadrant 1 naar 4, zoals in feite reeds lang de bedoeling is binnen het Nederlandse stelsel, een goede manier kunnen zijn om het Nederlandse gezondheidszorgstelsel, met haar principes van vrije toegankelijkheid en goede kwaliteit, een nieuw millennium en een sterk Europa binnen te leiden.

# Bijlagen





## Bijlage 1

### Nederlandse opnamen naar specialisme, 1998

Specialisme	Aantal opnamen	Procentueel
Inwendige geneeskunde, algemeen	314.929	13,58
Cardiologie	204.244	8,81
Longziekten	84.169	3,63
Reumatologie	9.159	0,40
Allergologie	790	0,03
Gastro-enterologie	23.869	1,03
Anesthesiologie	43.731	1,89
Heelkunde, algemeen	345.817	14,92
Urologie	92.814	4,00
Orthopedie	172.747	7,45
Neurochirurgie	23.694	1,02
Plastische chirurgie	51.361	2,22
Verloskunde en gynaecologie	319.082	13,76
Kindergeneeskunde, algemeen	125.886	5,43
Zenuw- en zielsziekten	653	0,03
Psychiatrie	23.466	1,01
Neurologie	99.806	4,30
Dermatologie, algemeen	12.072	0,52
Keel-, neus-, oorheelkunde	184.077	7,94
Oogheelkunde	107.889	4,65
Revalidatie	445	0,02
Radiologie	7	0,00
Radiodiagnostiek	1.086	0,05
Radiotherapie	2.271	0,10
Cardio-pulmonale chirurgie, sec	9.807	0,42
Klinische geriatrie	5.368	0,23
Klinische genetica	3	0,00
Nucleaire geneeskunde	2.111	0,09

Mondziekten en kaakchirurgie, alg.	15.432	0,67
Dento-maxillaire orthopedie	36	0,00
Neonatologie	3.384	0,15
Vaatchirurgie	2.889	0,12
Endocrinologie	1.471	0,06
Hematologie	11.976	0,52
Hepatologie	165	0,01
Immunologie	413	0,02
Kinderchirurgie	3.285	0,14
Nefrologie	3.633	0,16
Oncologie	8.470	0,37
Thorax chirurgie	1.626	0,07
Overige specialismen	4.087	0,18
Specialisme onbekend	356	0,02

## Bijlage 2

### Literatuur

Algemeen Dagblad. Operatie luchtbrug naar Zwitserland. AD, 4 oktober 1999.

Ballon, E. en D. Pieters. Het Europese Kartelrecht en de ziekenfondsen. Antwerpen: Maklu, 1997.

Belcher, P.J. Overview of the role of the European Union in Health Care. Zoetermeer: Achtergrondstudie voor de Raad voor de Volksgezondheid, 1999.

Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen. De Nederlandse Gezondheidszorg. Utrecht: Het Spectrum, zesde herziene druk, 1996.

Borghuis-Lub, T.L. en R.M. Laprée. Gezondheidszorg geordend. Een kwartet scenario's. Medisch Contact 1995, 50, p. 207-210.

Brouwer, W.B.F., F.T. Schut en F.F.H. Rutten. Bedrijvenpoli's in het licht van Rawls en Pareto. Economisch Statistische Berichten 1996, 81, p. 973-975.

Brouwer, W.B.F., F.T. Schut en F.F.H. Rutten. Naschrift. Economisch Statistische Berichten 1997, 82, p. 153-154.

Brouwer, W.B.F. en H.E.G.M. Hermans. Private clinics for employees as a Dutch solution for waiting lists: economic and legal arguments. Health Policy 1999, 47, p. 1-17.

Calnan, M., et al. Cross-border use of health care: A survey of frontier workers knowledge, attitudes and use. European Journal of Public Health 1997, 7 (3-Supplement), p. 26-32.

Cath, I.G.F. Vuurwerk of veenbrand? Decker en Kohll spoken door Europa (1). Medisch Contact 1999a, 54, p. 466-467.

Cath, I.G.F. Blijft het tobben of ontstaat er iets moois? Decker en Kohll spoken door Europa (2). Medisch Contact 1999b, 54, p. 468-471.

Dijk, J.K. van. De grote omslag in zorg en arbeid; kansen en bedreigingen. Sympos 1997.

Doorslaer, E.K.A. van, *et al.* Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics* 1997, 16, p. 93-112.

Doorslaer, E.K.A. van en F.T. Schut. Vraag naar gezondheidszorg. In: RM Lapré, FFH Rutten en FT Schut (red.), *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Elsinga, E. Van Dekker tot Borst: Tien jaar overheidsbeleid in de zorgsector. In: E. Elsinga en YW van Kemenade (red). *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijzigingen in de Nederlandse gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

European Parliament, Directorate General for Research. *Health Care Systems in the EU: a comparative study*. Working Paper, Public Health and Consumer Protection Series 11-1998.

France, G. Cross-border flows of Italian patients within the European Union: An international trade approach. *European Journal of Public Health* 1997, 7 (3-Supplement), p. 18-25.

Grunwald, C.A. en R.L.C. Smit. Grensoverschrijdende zorg. *Zorg op maat in de Euregio Maas-Rijn; evaluatie van een experiment*. Utrecht: Nederlands Ziekenhuis instituut, 1999.

Hermans, H.E.G.M. Patients' rights in the European Union: cross-border care as an example of the right to health care. *European Journal of Public Health* 1997, 7 (3-Supplement), p. 11-17.

Hermans, H.E.G.M. en W.B.F. Brouwer. Bedrijvenpoli's leiden tot tweedeling in de zorg: mythe of realiteit? *Nederlands Juristenblad* 1998a, 73, p. 1095-1101.

Hermans, H.E.G.M. en W.B.F. Brouwer. Naschrift. *Nederlands Juristenblad* 1998b, 73, p. 1823-1824.

Hermans, H.E.G.M., F.T. Schut en A.H.E. Koolman. *Zorg in het buitenland: gevolgen voor patiënten en zorgverzekeraars*. *Staatscourant*, 9 oktober 1998, p. 5.

Hermans, H.E.G.M. en A. den Exter. Cross-border alliances in health care: international co-operation between health insurers and providers in the Euregio Meuse-Rhine. *Croatian Medical Journal* 1999, 40, p. 266-272.

Hermans, H.E.G.M. De Europese eenwording: trends en perspectieven. *HMF* 1999, 3 (oktober), p. 16-18.

Hermans, H.E.G.M. Legal implications of cross-border health care in the European Union. *Journal of Health Services Research and Policy* 1999, 4, p. 61-62.

Hermesse, J., H. Lewalle en W. Palm. Patient mobility within the European Union. *European Journal of Public Health* 1997, 7 (3-Supplement), p. 4-10.

Hermesse, J. Opening up the national borders to patients. The economic consequences. In: *Rapportage van conferentie Healthcare without frontiers within the European Union*. Luxemburg, 18 november 1998.

Hitiris, T. Health care expenditure and integration in the countries of the EU. *Applied economics* 1997, p. 1-6.

Kanavos, P. Cross border health care in Europe. European court rulings have made governments worried. *British Medical Journal* 1999, 318, p. 1157-1158.

Kanavos, P. en E. Mossialos. Outstanding regulatory aspects in the European pharmaceutical market. *Pharmaco-economics* 1999, 15, p. 519-533.

Kemenade, Y.W. van en M.W. de Lint. Internationale vergelijking van vijf gezondheidszorgsystemen. In: T.E.D. van de Grinten, E. Elsinga en J.G. Breit (red.) *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.

Kemenade, Y.W. van en M. de Groot. Euregionale samenwerking. *Medisch Contact* 1999, 54, p. 461-464.

Leidl, R. en G. Rhodes. Cross-border health care in the European Union. An introduction. *European Journal of Public Health* 1997, 7 (3-Supplement), p. 1-3.

Lottman, P.E.M. en G.J. van der Wilt. Eindrapportage Project grensoverschrijdende zorg in de EU-regio Rijn/Waal. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1999.

Mossialos, E., Citizens views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Economics* 1997, 6, p. 109-116.

OECD. The reform of health care: a comparative analysis of seven *OECD* countries. Health Policy Studies Nr. 2. Organisations for Economic Co-operation and Development. Parijs: OECD, 1992.

Oosterling-Schiereck, H.E. en R. Dillmann. Niemand wordt beter van bedrijvenpoli's. *Economisch Statistische Berichten* 1997, 82, p. 152-153.

Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg. Verzekeraars op de zorgmarkt. Advies aan de minister van VWS. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg, 1997.

Rice, T. The economics of health reconsidered. Chicago: Health Administration Press, 1998.

Rhodes, G., *et al.* Comparing EU hospital efficiency using diagnosis related groups. *European Journal of Public Health* 1997, 7 (3-Supplement), 42-50.

Rutten, F.F.H. en E.K.A. van Doorslaer, Internationale vergelijking van gezondheidszorg. In: RM Lapre, FFH Rutten en FT Schut (red.), *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Saltman, R.B. en J. Figueras. European Health Reform. Analysis of current strategies. Kopenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 72, 1998.

Schut F.T. Health care reform in the Netherlands: balancing corporatism, etatism and market mechanisms. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1995, 20, p. 615-652.

Schut, F.T. en H.F. van der Velden. Zeker van Zorg II (1941-2000). In: J. van Gerwin en MHD van Leeuwen (red.) *Studies over zekerheidsarrangementen*. Amsterdam: NEHA/Verbond van verzekeraars, 1998.

Seeverens, H.J.J. Bedrijvenpoli's en rechtvaardigheid. Economisch Statistische Berichten 1997, 82, p. 151-152.

Sociaal Economische Raad. Rapport Commissie Sociaal-Economisch Deskundigen. Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing. Den Haag: Sociaal Economische Raad, 1999.

Stanberry, B. The legal and ethical aspects of telemedicine. Product liability and jurisdictional problems. Journal of Telemedicine and Telecare 1998, 4(3), p. 132-139.

Starmans, B., R. Leidl, G. Rhodes. A comparative study on the cross-border hospital care in the Euregio Meuse-Rhine. European Journal of Public Health 1997, 7 (3-Supplement), p. 33-41.

Swinkels, H. Wachten op medische behandeling: wachtlijsten. Maandbericht gezondheidstatistiek, CBS, oktober 1996.

Ven, W.P.M.M. van de. De rol van ziektekostenverzekering. In: RM Lapré, FFH Rutten en FT Schut (red.), Algemene economie van de gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.

Westert, G.P. en P.P. Groenewegen. Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter? Health Policy 1999, 47, p. 169-182.

Zorgverzekeraars Internationaal. Zaken Smits en Peerebooms. Nederlandse regering: contractenstelsel niet strijdig met Europees recht, Zorgverzekeraars Internationaal 1999, 5 (september 1999), p. 6-7.

Zorgverzekeraars Journaal. Zorgverzekeraars vrezen massale nietigheid tariefafspraken. Zorgverzekeraars Journaal, 1 juli 1999 (nr. 26).

