

## **GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG**

Vooronderzoek naar de haalbaarheid van een experiment in een grensgebied  
betreffende de verruiming van mogelijkheden voor grensoverschrijdend zorgverkeer  
Uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van de Ziekenfondsraad

C.C. Ros  
J. van der Zee



NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030-2319946

Met dank aan de geïnterviewde zorgverzekeraars in Nederland, België en Duitsland en aan Harald Abrahamse, Marie Boschman, Diana Delnoij, Jeroen Harmsen, Belinda Kramer, Martijn Ridder, Cordula Wagner voor hun bijdrage aan de materiaalverzameling.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Ros, C.C.

Vooronderzoek project grensoverschrijdende zorg :  
vooronderzoek naar de haalbaarheid van een experiment in  
een grensgebied betreffende de verruiming van mogelijkheden  
voor grensoverschrijdend zorgverkeer / C.C.

Ros, J. van der Zee. - Utrecht : NIVEL

Uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van de  
Ziekenfondsraad.

ISBN 90-6905-290-3

Trefw.: grensoverschrijdende gezondheidszorg.

## Ten geleide

Met het totstandkomen van de interne Europese markt en het wegvallen van bureaucratische belemmeringen bij het economisch grensverkeer, wordt het in toenemende mate als ouderwets en knellend ervaren dat in de gezondheidszorg en sociale zekerheid administratieve, nationale grenzen nog steeds aanzienlijke barrières vormen. Zeker, waar het vrije verkeer van goederen en diensten en personen weinig in de weg wordt gelegd en het geen enkel probleem is om in het ene land te wonen en in het andere te werken, doet de tamelijk starre regelgeving op het gebied van gezondheid en sociale zekerheid achterhaald aan.

Niettemin is het begrijpelijk dat nationale overheden huiverig zijn om belemmeringen in hun zorgvuldig opgebouwde systemen op te heffen. Opheffen van belemmeringen kan het effect van een 'aardverschuiving' hebben, omdat planning, financiering, toegankelijkheid en de omvang van het verstrekkingenpakket nauw met elkaar verweven zijn.

Aan het Nivel is gevraagd om te inventariseren welke plannen voor grensoverschrijdende zorg op dit moment bij zorgverzekeraars in de grensregio's leven en welke de beleidsmatige consequenties van een verruiming van de huidige regelgeving zouden zijn.

Deze inventarisatie (een vooronderzoek) zou moeten uitmonden in een **advies** over een mogelijk op te zetten **experiment**, waarin de effecten van een verruimde regelgeving zouden moeten worden vastgesteld.

Op basis van dit experiment zou dan uiteindelijk tot definitieve verruiming van de regelgeving kunnen worden besloten.

Op grond van de bestudeerde literatuur en de met zorgverzekeraars in Nederland, Duitsland en België gehouden vraaggesprekken kwamen twee onderwerpen voor een experiment in aanmerking:

1) ruimere toepassing van de regel dat zorg, indien medisch noodzakelijk, in het buurland geconsumeerd kan worden als deze in het eigen land niet of niet binnen redelijke termijn kan worden verstrekt

2) openstelling van zorg in het buurland voor gezinnen van grensbewoners

Beide opties zijn langs een aantal criteria<sup>1</sup> gelegd op basis waarvan we tot de aanbeveling komen om met name de **eerste optie** in een experiment om te zetten.

Argumenten hiervoor worden in hoofdstuk 3 en vooral in hoofdstuk 4 gegeven.

De **Euregio Maas-Rijn** is onzes inziens de meest geschikte regio voor een experiment, omdat er tussen de zorgverzekeraars aan weerszijde van de grens al intensieve en zelfs geformaliseerde relaties zijn, zodat in onderling overleg wederzijds gebruik van voorzieningen kan worden gerealiseerd.

C.C. Ros

J. van der Zee

Utrecht, februari 1996

---

1 a. Nationale zorginfrastructuur niet verstoren (VWS)  
b. Beheersbaar, registreerbaar, extrapoleerbaar (ZFR)  
c. Gelijkheid, draagvlak, motivering (behoorlijk bestuur)  
d. Meetbaar (voormeting/nameting) controlegroep (wetenschap)



# INHOUD

1.	INLEIDING	1
1.1	Aanleiding onderzoek	1
1.2	Opdracht NIVEL	1
1.3	Vraagstelling onderzoek	2
1.4	Methode onderzoek	2
1.5	Opbouw van het rapport	6
2.	HUIDIGE SITUATIE GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG	7
2.1	Wet- en regelgeving gezondheidszorg	7
2.1.1	Europese wetgeving	7
2.1.2	Nationale wetgeving	9
2.1.3	Ziektekosten verzekering grensarbeiders	9
2.2	Gezondheidszorgsysteem Nederland, België, Duitsland	15
2.3	Ervaren belemmeringen grensoverschrijdend zorgverkeer	21
3.	BESCHRIJVING VAN EUREGIO'S	25
3.1	Huidige en gewenste grensoverschrijding	26
3.2	Scheldemond	28
3.3	Benelux-Middengebied	29
3.4	Maas-Rijn	30
3.5	Maas-Rijn noord	32
3.6	Rijn-Waal	32
3.7	Rijn-Ems-IJssel	33
3.8	Dollard-Ems	34
3.9	Conclusie	40
4.	EXPERIMENT	41
4.1	Algemene voorwaarden	41
4.2	Mogelijke experimenten	43
4.2.1	Welke zorg voor welke groep verzekerden	43
4.2.2	In welk gebied	44
4.3	Voorwaarden en experimenten	45
4.4	Aanbevelingen	49
4.5	Stappenplan bij experiment	53
	LITERATUUR	55
	BIJLAGEN	63



## **1. INLEIDING**

### **1.1 Aanleiding onderzoek**

Tegen de achtergrond van de eenwording van Europa vindt een vervaging van de landsgrenzen plaats. Ook in de gezondheidszorg oriënteren zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich op de mogelijkheden die de open grenzen hen bieden. Vooral in de Euregio's (internationale bestuurlijke samenwerkingsverbanden) blijken tal van activiteiten ontplooid te worden, gericht op het totstandbrengen van een grensoverschrijdende samenwerking in de gezondheidszorg. De Nederlandse autoriteiten die bij deze activiteiten betrokken zijn, hebben er bij de Minister van VWS op aangedrongen de belemmeringen voor grensoverschrijdend zorgverkeer die nu nog bestaan weg te nemen. De minister staat hier niet afwijzend tegenover<sup>1</sup>, maar benadrukt dat toenevende grensoverschrijding door een verruimde wet- en regelgeving de zorginfrastructuur niet mag verstoren. Bovendien moeten de financiële aspecten niet uit het oog verloren worden. Zij heeft toegezegd een experiment op het gebied van grensoverschrijdende zorg te willen steunen. In dit experiment moet onderzocht worden wat de gevolgen zijn van een verruimde wet- en regelgeving op dit gebied. Voor de Ziekenfondsraad is de taak weggelegd om overleg te voeren over de concrete invulling en uitwerking van het te houden experiment, op zowel zorginhoudelijk als financieel vlak (Ziekenfondsraad, 16/11/95).

### **1.2 Opdracht NIVEL**

Aan het experiment dat opgezet moet worden, is door de Ziekenfondsraad een aantal eisen gesteld. De experimentele situatie moet beheersbaar zijn en niet onomkeerbaar. Wanneer er ongewenste effecten optreden, moeten die tijdens of na afloop van het experiment weer teruggedraaid kunnen worden. Ook de meetbaarheid is van belang; het experiment moet gegevens opleveren met betrekking tot de relevante aspecten, die te meten en te registreren zijn. Een laatste eis voor het experiment is dat het extrapolbaar is, zodat de uitkomst ook waarde heeft voor andere grensgebieden.

Om te bereiken dat het experiment aan de hiervoor genoemde eisen voldoet, laat de Ziekenfondsraad eerst een vooronderzoek uitvoeren. De Raad heeft hiervoor het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) verzocht een technische vooronderzoek te verrichten ten behoeve van het op te zetten experiment. Op deze manier moet duidelijk worden welke beleidsmatige consequenties kleven aan een verruiming van huidige consumptiemogelijkheden in het buitenland voor Nederlandse ingezetenen in de grensregio's.

---

<sup>1</sup> Bij het beantwoorden van de vragen van het Lid der Tweede Kamer van de Staten Generaal Bijleveld-Schouten (CDA) over de tandartsverzekering voor grensarbeiders blijkt dat de minister in beginsel positief tegenover verruiming van de wetgeving staat.

### 1.3 Vraagstelling onderzoek

Op grond van bovenstaande beschouwingen kunnen de volgende vraagstellingen worden geformuleerd:

- 1) Voor welke voorzieningen in het huidige Ziekenfonds- en AWBZ-pakket voor Nederlandse ingezetenen van het Nederlands-Duitse en Nederlands-Belgische grensgebieden bestaat grensoverschrijdende consumptie?  
Met welke voorzieningen zijn er problemen met de aanwezigheid, toegankelijkheid en bereikbaarheid, terwijl aan de andere zijde van de grens deze problemen niet bestaan?  
Voor welke specifieke doelgroepen geldt dit?
- 2) Wat zijn de consequenties voor het zorggebruik en -aanbod wanneer aanbieders en gebruikers uit het buitenland een beroep doen op wederkerigheid?  
Wat zijn de directe kosten en uitvoeringskosten van een verruiming van de toegankelijkheid van bovengenoemde voorzieningen in de buurlanden voor ingezetenen van het Nederlandse deel van de grensgebieden en andersom?
- 3) Hoe kan een experiment met verruiming van grensoverschrijding concreet worden opgezet voor welke voorzieningen in welk grensgebied en voor welke groep Nederlandse ingezetenen?

### 1.4 Methode onderzoek

Het vooronderzoek ten behoeve van het experiment dat uiteindelijk wordt opgezet, heeft als volgt vorm gekregen. Bij de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag waar een beeld van de huidige grensoverschrijding gegeven dient te worden en geïnventariseerd welke behoeften er hieraan bestaan, mag verwacht worden dat grensoverschrijding niet overal in dezelfde mate voorkomt. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de indeling van het grensgebied in Euregio's. Dit zijn internationale bestuurlijke samenwerkingsverbanden die het gehele gebied langs en over de grens van Nederland beslaan. Binnen de Euregio's kan op meerdere gebieden samenwerking tussen Nederland en het buitenland plaatsvinden, bijvoorbeeld met betrekking tot de infrastructuur en de gezondheidszorg.

Nederland is van noord naar zuid opgedeeld in de volgende Euregio's (zie afbeelding 1).

1. Scheldemond; Zeeland en West-Vlaanderen
2. Benelux Middengebied; Noord-Brabant en arrondissementen Turnhout, Mechelen, Antwerpen, Leuven
3. Maas-Rijn; Zuid-Limburg en zuidelijk Nordrhein (Westfalen), provincie Luik, Belgische provincie Limburg
4. Maas-Rijn Noord; Noord-Limburg en noordelijk deel Nordrhein
5. Rijn-Waal; Achterhoek, Gelderland rondom Arnhem en Nijmegen en gebied Kleve, Goch, Duisburg
6. IJssel-Ems-Rijn; deel Overijssel, Twente en Achterhoek en Münster (Westfalen)
7. Dollard-Eems; Groningen, Drenthe en een stukje Nedersaksen





Afbeelding 1 Overzicht van Euregio's

Euregio's zijn samenwerkingsverbanden, waarvan gemeenten, provincies en steden lid kunnen zijn. De grenzen van de Euregio's blijken in Nederland vaak overeen te komen met de Coropgrenzen, een indeling die door het CBS voor statistische doeleinden (Centraal Bureau voor Statistiek) gehanteerd wordt. Dit is niet het geval bij de regio's Rijn-Waal, Maas-Rijn noord en Maas-Rijn. Bij deze euregio's komen de grenzen overeen met gemeentegrenzen maar vallen zij niet met de COROP-grenzen samen. In Duitsland worden voor de euregio's de grenzen van de Kreisen en Kreisfreie Städter gehanteerd en in België die van de arrondissementen. Voor dit onderzoek worden deze

grenzen ook gehanteerd.<sup>2</sup>

De vragen die in de voorgaande paragraaf geformuleerd zijn, zijn moeilijk te beantwoorden met behulp van gepubliceerde rapporten. Om in korte tijd toch zoveel mogelijk informatie te krijgen is gekozen voor het houden van gestructureerde open interviews met de zorgverzekeraars die actief zijn in de verschillende grensgebieden. Verondersteld wordt dat deze zorgverzekeraars in hun dagelijkse praktijk te maken met grensoverschrijdende zorg, doordat zij toestemming verlenen aan hun verzekerden voor behandelingen in het buitenland, eventueel zorg inkopen in het buitenland en de zorg financieren. Zij zijn op de hoogte van het zorgaanbod in de regio en dienen te weten wat de behoefte van hun verzekerden is. Anno 1996 zijn in Nederland 26 zorgverzekeraars, die als uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering werkzaam zijn. Hiernaast bestaat een groot aantal particuliere ziektekostenverzekeraars. Sinds enkele jaren zijn ziekenfondsen niet meer gebonden aan bepaalde werkgebieden, maar mogen zij ziekenfondspatiënten in heel Nederland verzekeren. In de praktijk blijkt dat veel ziekenfondsen, al dan niet na fusies met andere ziekenfondsen of particuliere verzekeraars, nog steeds voornamelijk opereren in hun oorspronkelijke werkgebied. Deze werkgebieden komen niet precies overeen met de euregio's, maar per regio is vaak wel de belangrijkste verzekeraar aan te wijzen. Sommige verzekeraars zijn in meerdere euregio's actief.

In dit onderzoek is de volgende indeling van verzekeraars per euregio gehanteerd.

1. Scheldemond; OZ-zorgverzekeraar
2. Benelux Middengebied; VGZ en CZ-groep en OZ-zorgverzekeraar
3. Maas-Rijn; VGZ en CZ-groep
4. Maas-Rijn Noord; VGZ en CZ-groep
5. Rijn-Waal; RZR, VGZ en CZ-groep
6. IJssel-Ems-Rijn; Het Groene Land en Oost-Nederland
7. Dollard-Eems; RZG Zorgverzekeraar

De vraaggesprekken zijn gehouden met woordvoerders van de betreffende zorgverzekeraar. Dit betrof meestal personen belast met zorginkoop of leden van de Raad van Bestuur.

In aanvulling op de interviews aan Nederlandse zijde van de grens is een tweetal interviews gehouden met een woordvoerder van de Landelijke Bond voor Christelijke Mutualiteiten in België en een woordvoerder van de Algemeine Ortskrankenkasse Rheinland in Duitsland.

Een overzicht van de geïnterviewde personen is opgenomen in bijlage 1.

De interviews met de zorgverzekeraars zijn gehouden aan de hand van een vragenlijst waarin aandacht besteed werd aan de volgende aspecten van grensoverschrijdende zorg. Als eerste is ingegaan op de huidige situatie van grensoverschrijding in de euregio ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag. In dit deel werden vragen gesteld over de manier waarop de zorgverzekeraar zelf als organisatie tegenover

---

<sup>2</sup> Overigens blijkt niet altijd duidelijkheid te bestaan over de precieze grens van de euregio. Gemeenten zijn in de regel direct lid van één euregio, maar sommige gemeenten worden ook bij meerdere euregio's gerekend. Zij zijn dubbel lid doordat ze als gemeente aangesloten zijn bij deze Euregio en als onderdeel van een provincie bij een ander.

grensoverschrijding staat, de eventuele samenwerking met andere verzekeraars en de contacten met zorgaanbieders en als laatste het gedrag van patiënten, uit Nederland en uit het buitenland. Een tweede aandachtspunt in het interview was de behoefte die er binnen de euregio bestaat aan grensoverschrijdende zorg. Ook hier werden weer de verschillende invalshoeken van verzekeraar, andere verzekeraars en aanbieders in de regio en patiënten vanuit binnen- en buitenland gehanteerd.

Het derde onderdeel van de vragenlijst betrof de knelpunten die bestaan voor grensoverschrijding. In dit deel werden de huidige situatie en de gewenste situatie met elkaar vergeleken en kwamen voorwaarden naar voren voor het realiseren van de gewenste situatie.

In het laatste deel van het interview werd tenslotte ingegaan op de opzet van een experiment in een euregio. De verzekeraars is gevraagd naar de invulling van een dergelijk experiment, de voorwaarden die zij hiervoor noodzakelijk achten en de consequenties van het experiment. In de interviews met zorgverzekeraars uit Duitsland en België stond vooral de wederkerigheid centraal. Wanneer Nederlanders in staat gesteld worden meer gebruik te maken van gezondheidszorg over de grens, betekent dit dan dat buitenlanders meer van de Nederlandse zorg gebruik zullen maken?

De vragenlijsten die in de interviews gebruikt zijn, zijn opgenomen in Bijlage 2.

Naast deze interviews zijn al eerder uitgevoerde onderzoeken naar grensoverschrijdende gezondheidszorg bestudeerd. Over een drietal euregio's zijn recent onderzoeken gepubliceerd, die voor dit vooronderzoek van groot belang zijn. In de euregio Scheldemond heeft het IVA (Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek) in samenwerking met De Vlerick School voor Management Gent in 1994 het "Haalbaarheidsonderzoek samenwerkingsnetwerk ziekenhuizen uitgevoerd" (Van Tits, 1994).

In september 1994 is ook het rapport "Zorg dichtbij ook over de grens" van de Bijzondere Euregionale Commissie

Grensoverschrijdende zorg in de euregio Maas-Rijn verschenen. Voor deze euregio is bovendien in het kader van het zogenaamde Interregionaal Project Gezondheidszorg (IPG) een aantal rapporten gepubliceerd die betrekking hebben specifieke gebieden, bijvoorbeeld thuiszorg, kwaliteit van zorg, opleidingen en samenwerking tussen ziekenhuizen. Deze IPG-onderzoeken worden gefinancierd door het INTERREG-fonds van de Europese Unie dat in het algemeen acties ondersteunt die bijdragen aan het bevorderen van grensoverschrijdende samenwerking.

In 1995 is door het NZi (Nationaal Ziekenhuisinstituut) in de euregio Rijn-Waal onderzoek gedaan naar Duits-Nederlandse samenwerking in de gezondheidszorg.

De onderzoeken die in deze drie gebieden uitgevoerd zijn, geven elk een goed beeld van de huidige grensoverschrijding in de betreffende euregio. Ook problemen met betrekking tot grensoverschrijding en de mogelijkheden en consequenties voor de toekomst worden belicht.

In de andere euregio's blijkt wel belangstelling te bestaan voor euregionale samenwerking en oriënteren belanghebbenden zich op de mogelijkheden, maar is met betrekking tot gezondheidszorg nog weinig onderzoek gedaan.

In aanvulling op de onderzoeken in de drie euregio's is veel achtergrondinformatie omtrent grensoverschrijdende gezondheidszorg verzameld en bestudeerd. Met name de verschillen in gezondheidszorgsystemen en wetgeving zijn geanalyseerd. Hiervoor is onder andere gebruik gemaakt van een onderzoek dat het NIVEL in 1994 uitvoerde in opdracht van zorgverzekeraar VGZ naar de mogelijkheden voor deze verzekeraar zich op de buitenlandse markt te begeven (Delnoij en Ros, 1995).

Verder is gebruik gemaakt van adviesnota's van de Ziekenfondsraad en publikaties van het ministerie van VWS. Tenslotte zijn verslagen van lezingen en symposia die gehouden zijn op het gebied van grensoverschrijding van belang geweest.

## **1.5 Opbouw van het rapport**

Het rapport is als volgt opgebouwd. In het tweede hoofdstuk wordt een aantal aspecten belicht die relevant zijn in verband met grensoverschrijdend zorgverkeer. De gezondheidszorgsystemen in Nederland, Duitsland en België worden beschreven en met elkaar vergeleken. Daarnaast wordt de wetgeving met betrekking tot grensoverschrijding in dit gedeelte beschreven. Tevens wordt beschreven welke knelpunten in de huidige situatie in de interviews naar voren gebracht werden. In hoofdstuk 3 wordt op basis van de interviews en de bestudeerde onderzoeken per euregio een beschrijving gegeven van het zorgaanbod en de huidige grensoverschrijdende gezondheidszorg. Hier wordt ook ingegaan op de toekomstverwachting van de verschillende verzekeraars en de behoefte die bestaat aan een verruimde wet- en regelgeving op bepaalde gebieden.

In het laatste deel van het rapport worden algemene en specifieke eisen aan een experiment genoemd en de mogelijkheden voor een experiment nader uitgewerkt.

## **2. HUIDIGE SITUATIE GRENSOVERSCHRIJDENDE ZORG**

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van het kader waarbinnen grensoverschrijdend zorgverkeer in Europa plaatsvindt. Eerst wordt in paragraaf 2.1 een korte beschrijving gegeven van de organisatie van de Europese gezondheidszorg. In het Verdrag van de Europese Economische Gemeenschap (1957) werd weliswaar gestreefd naar economische integratie en samenwerking van de lidstaten, maar het sociaal beleid - en daarmee ook voor een deel de gezondheidszorg - van de verschillende landen bleef altijd nationaal bepaald.<sup>3</sup> Ook in het Verdrag van Maastricht (1993) bleven door de invoering van het subsidiariteitsbeginsel de sociale stelsels een nationale aangelegenheid. In paragraaf 2.2 worden de gezondheidszorg-systemen en ziektekostenstelsels van Nederland, België en Duitsland beschreven en met elkaar vergeleken. Met name de verschillen tussen de stelsels die voor grensoverschrijdende zorg van belang zijn, komen naar voren.

In paragraaf 2.3 worden vervolgens een aantal knelpunten genoemd die zich momenteel voordoen bij grensoverschrijdend zorgverkeer.

### **2.1 Wet- en regelgeving gezondheidszorg**

#### **2.2.1 Europese wetgeving**

Voor verzekerden die een medische behandeling in een andere EG lidstaat willen ondergaan, bestaan er verschillende mogelijkheden. Als hun ziektekostenverzekering in een private werkingssfeer valt zoals de particuliere- en aanvullende ziektekostenverzekering gelden de EEG-schadeverzekerings richtlijnen (Roscam Abbing, 1993). Deze verzekeraars vallen onder artikelen 59 van het EEG-Verdrag en verder onder schadeverzekeringen en mededingingsregelingen (art. 85 en 86 EG-Verdrag). Particuliere verzekeraars mogen hun pakketten over de grens aanbieden en contracten aangaan met aanbieders over de grens. Particuliere patiënten mogen voor gezondheidszorg naar het buitenland wanneer dat in hun polis omschreven is.

Wanneer de verzekering onderdeel uitmaakt van een wettelijk stelsel van sociale zekerheid gelden speciale EEG-Verordeningen om de verschillende stelsels te coördineren.<sup>4</sup> Hoewel er beperkte nadruk ligt binnen de Europese Unie op een 'grenzeloze toekomst' van de gezondheidszorg, beïnvloeden diverse Europese regels wel voor een deel het grensoverschrijdende zorgverkeer. Voorbeelden hiervan zijn: het verbod op discriminatie naar nationaliteit en het vrije verkeer van personen, goederen en diensten.

---

<sup>3</sup> Men verwachtte destijds dat de sociale systemen van de landen spontaan naar elkaar toe zouden groeien, maar toen dat uitbleef werd het niet wenselijk geacht een actief harmonisatiebeleid te voeren (Justaert in Alden-Biezen, 1995).

<sup>4</sup> In Europees verband wordt de opdracht tot eenwording op het gebied van de sociale zekerheid in geen enkele overeenkomst gegeven. Op grond van verschillende verdragsartikelen, EEG artikel 117, het Verdrag van Maastricht artikel 129 en 129A en het Groenboek Europees Sociaal Beleid wordt wel harmonisatie van de stelsels aangemoedigd.

De coördinatie van de regelingen betreffende gezondheidszorg is geregeld in Vo. 1408/71 en de Uitvoeringsverordening 574/72. Deze verordeningen zijn een nadere uitwerking van artikel 51 van het Verdrag op het terrein van vrij verkeer van werknemers. Dit coördinatie-artikel 51 over de sociale zekerheidsstelsels moet voorkomen dat werknemers en zelfstandigen nadelen ondervinden in hun sociale rechten.

Een ziekenfondsverzekerde in een lidstaat van de Europese Unie kan in drie gevallen gebruik maken van zorgvoorzieningen in een ander land binnen Europa, waarbij restitutie van de kosten door de verzekeraar van de betreffende persoon plaatsvindt.

- In geval van **nood**, bijvoorbeeld voor personen die tijdens een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat direct medische hulp nodig hebben en hiervoor niet terug kunnen naar het land van premiebetaling (artikel 22 lid 1 onder a, 1408/71). Het formulier dat hierbij aan de zorgverzekeraar moet worden overlegd is het E 111 formulier.
- Voor **grensarbeiders** geldt een bijzondere regeling. Onder grensarbeiders vallen die personen die werkzaam zijn in het ene land voor een werkgever in dat land, maar minstens eenmaal per week terugkeren naar hun woonplaats in het andere land. Op grond van artikel 20 van verordening 1408/71 heeft een grensarbeider recht op geneeskundige verzorging aan beide kanten van de grens, dus zowel in het woonland als in het land waar hij verzekerd is. Voor het verlenen van de verstrekkingen is men afhankelijk van de procedure zoals die door het land waar de grensarbeider woont, is opgemaakt. Hiervoor dient het E106 formulier te worden overlegd. Op deze manier wil men nodeloos langdurige werkonderbrekingen verhinderen. Het recht op keuze stelt de grensarbeider overigens wel in staat, te zoeken naar het pakket dat voor hem het meest aantrekkelijk is (Schoukens, 1992).<sup>5</sup>
- In geval '**passende zorg**', niet in het eigen land of niet op tijd geleverd kan worden, maar wel behoort tot het verzekeringspakket van de verzekerde en over de grens in het andere land wel geleverd kan worden (artikel 22 lid 1 onder c van Vo nr 1408/71-/EEG).<sup>6</sup> De verzekerde dient eerst toestemming te vragen aan de zorgverzekeraar om behandeling in een andere lidstaat te ondergaan. De zorgverzekeraar mag echter niet weigeren wanneer de zorg voldoet aan de bovengenoemde eisen. Het bijbehorende formulier is E112.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Justaert, voorzitter van de Christelijke mutualiteit van België merkte op in zijn toespraak op een seminar inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg (Alden Biezen, 1995) dat in dit verband grensarbeiders onderling veel van elkaar kunnen verschillen. Hij onderscheidt de 'klassieke grensarbeider' die dagelijks de grens overschrijdt om enkele kilometers over de grens te werken en de 'moderne grensarbeider' die bewust kiest voor een carrière in het (verre) buitenland en daarvoor vaak op reis is buiten zijn woonland. In het eerste geval vindt het sociale en economische leven plaats in eenzelfde gebied dat door een willekeurige landsgrens doorsneden wordt. Voor de tweede groep is een duidelijke grens tussen sociaal en economisch leefgebied te trekken.

<sup>6</sup> Deze situatie deed zich recent voor bij zorgverzekeraar AZIVO die weigerde een patiënt voor een hartoperatie naar Londen te sturen. De verzekeraar gaf geen toestemming omdat de operatie niet vanuit de Centrale Kas vergoed zou worden. De rechter besloot dat in dit geval de wachtermijn van meer dan drie maanden betekende dat de operatie 'passend' in het buitenland ondergaan kon worden.

<sup>7</sup> In geval van nood kan dit formulier achteraf verstrekt worden. Normaal wordt dit formulier gebruikt bij een geplande ingreep c.q. behandeling op afspraak in een ander EG-land, indien de medisch adviseur van het ziekenfonds het vooraf verstrekt. Dit geschiedt op medische gronden of humanitair-medische gronden (wachtlijsten of lange reisafstand in eigen land). Het formulier geldt als garantieverklaring voor de zorgaanbieder in het buitenland.

### **2.1.2 Nationale wetgeving**

De lidstaten zijn in beginsel vrij hun stelsel van sociale zekerheid zelf in te richten. Als gevolg hiervan bestaat een grote verscheidenheid in de inrichting van de sociale zekerheidsstelsels. Elk van de landen kent een eigen nationale wet- en regelgeving op dit gebied, dus ook met betrekking tot grensoverschrijdende zorgconsumptie. Hieronder volgt een beschrijving van de wetten die per land van invloed zijn op grensoverschrijdende zorg.

#### **Nederland**

Een ziekenfonds in Nederland kan wat betreft de nationale wetgeving toestemming verlenen voor hulp in het buitenland op basis van ziekenfondswet (artikel 9 lid 4 ZfW) en de AWBZ (artikel 10 lid 2 AWBZ). Hierin is geregeld dat Nederlandse verzekerden geneeskundige zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener mogen ontvangen, indien dat voor geneeskundige verzorging nodig is. Via de regeling 'Hulp in het buitenland Ziekenfondsverzekering', geldt dit ook voor niet-gecontracteerde zorg in het buitenland. Voor beide situaties geldt wel dat het medisch noodzakelijke zorg moet zijn en de wel-gecontracteerde hulp geen redelijk uitzicht op verbetering of herstel biedt, terwijl de zorg elders dat objectief gezien wel biedt.<sup>8</sup> Hiernaast moet de behandeling tot het Nederlandse verstrekkingenpakket behoren.

#### **Duitsland**

De Duitse Krankenkassen vergoeden net als Nederlandse ziekenfondsen alleen behandelingen in het buitenland die medisch noodzakelijk zijn. Dit is gebaseerd op het Krankenversicherungs-recht, par. 3 SGB IV (Grünwald, 1995).

De Krankenkassen hoeven slechts die verstrekkingen toe te staan die binnen het staatsgebied volgens Duitse regels aangeboden worden. Een uitzondering bestaat in die gevallen waarin een behandeling in het buitenland noodzakelijk is (par.18 lid 1 SGB V). Dit is het geval als de medisch erkende behandeling in het binnenland niet beschikbaar is en/of de behandeling door capaciteitstekort in het eigen land niet op tijd geboden kan worden. De toestemming voor de behandeling hangt af van de beoordeling van het ziekenfonds.

#### **België**

Voor de Belgische Mutualiteiten geldt hetzelfde als voor de uitvoeringsorganen in de andere twee landen. Zij zijn slechts bevoegd voorzieningen te vergoeden die volgens de nationale wetgeving verstrekt dienen te worden, en in België zelf niet verkrijgbaar zijn. Voor verzekerden die in een grenszone van 15 kilometer breed in België wonen, wordt overigens een soepelere regeling gehanteerd. Voorzover zij aan de gestelde voorwaarden beantwoorden krijgen zij op louter administratieve gronden een E 112 afgeleverd voor een behandeling op maximaal 25 kilometer van de grens.

### **2.1.3 Ziektekosten verzekering grensarbeiders**

Volgens art. 19 van vo 1408/71 hebben migrerende arbeiders die op grond van een andere dan de bevoegde lidstaat wonen, als ze aan de in de wettelijke regeling van de bevoegde staat gestelde voorwaarden voor het recht op verstrekkingen voldoen, in de woonstaat recht op verstrekkingen op kosten van het bevoegde verzekeringsorgaan.

---

<sup>8</sup> 'Medisch noodzakelijk' betekent in de Europese wetgeving overigens dat de zorgverzekeraar niet mag weigeren de patiënt toestemming te verlenen.

Voor gezinsleden geldt hetzelfde principe: deze personen hebben onder dezelfde voorwaarden recht op prestaties, tenzij zij krachtens de wettelijke regeling van het land van hun woonplaats recht op deze prestatie hebben.

Volgens artikel 20 hebben grensarbeiders ook recht op verstrekkingen in het buitenland en Nederland, maar voor hun gezinsleden geldt dat ze eerst toestemming moeten hebben van het ziekenfonds van het woonland. Onder grensarbeiders vallen die personen die werkzaam zijn in het ene land voor een werkgever in dat land, maar minstens eenmaal per week terugkeren naar hun woonplaats in het andere land.

Volgens artikel 21 hebben "gewone" migrerende werknemers (geen grensarbeiders) of zelfstandigen en hun gezinsleden behalve in hun woonland ook bij verblijf op het grondgebied van de bevoegde staat recht op verstrekkingen. Deze prestaties worden toegekend volgens de wetgeving van de bevoegde staat alsof ze er woonden, ook indien zij voor het begin van hun verblijf al voor hetzelfde geval van ziekte of moederschap prestaties hebben genoten.

De kosten van verstrekkingen die door het bevoegde orgaan verleend worden, worden door het orgaan van de woonplaats aan het bevoegde orgaan vergoed naar werkelijke bedragen.

Zoals uit de bovenstaande wetgeving blijkt, gelden voor grensarbeiders bijzondere regels inzake grensoverschrijding. In het navolgende wordt de grensarbeidersregeling verder uitgelegd op basis van het akkoord tussen de Nederlandse minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Belgische minister van Sociale Voorzorg van 24 december 1980 inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging en de informatiebrochure CZ en CM, 1995.

Er bestaan in principe twee verschillende groepen grensarbeiders.

1. Werkend in Nederland, wonend in buitenland
2. Werkend in buitenland, wonend in Nederland

#### *1. Werkend in Nederland, wonend in buitenland*

Het totaal aantal grensarbeiders dat in Nederland werkte en in het buitenland woonde was in 1994 15.132. Hiervan wonen er 13.667 in België en 1.465 in Duitsland (jaarverslag van de Ziekenfondsraad, 1995).

Nederland is in dit geval het bevoegde land, hier betaalt de arbeider zijn premies. Het buitenland is in deze situatie het woonland.

Bij een inkomen hoger dan de loongrens, kan de grensarbeider zich verzekeren door bij een particuliere verzekeraar een buitenlandverzekering af te sluiten.<sup>9</sup>

Bij een inkomen lager dan de loongrens, moet de grensarbeider - wil hij zijn recht op geneeskundige verstrekkingen geldig kunnen maken - zich bij een Nederlands ziekenfonds aanmelden. Hiernaast is hij aangesloten bij een buitenlands ziekenfonds. Het Nederlandse ziekenfonds stuurt hierop een E106-formulier naar het buitenlandse ziekenfonds.

De verzekerde betaalt voor zichzelf en eventueel zijn echtgenoot de nominale ziekenfondspremie (tussen f27,10 en f 31,10) aan het Nederlandse ziekenfonds, voor

---

<sup>9</sup> Een probleem bij deze groep kan zijn dat gezinsleden geen toestemming kunnen krijgen aanspraak te maken op AWBZ-voorzieningen omdat zij niet woonachtig of werkzaam zijn in Nederland.



andere gezinsleden is geen extra premie vereist. Voor zichzelf betaalt hij AWBZ-premie aan het Nederlandse ziekenfonds<sup>10</sup>. Hiernaast betaalt de verzekerde vanzelfsprekend zijn inkomensafhankelijke ziekenfondspremie.

*Recht op verzorging in Nederland (bevoegde land)*

De grensarbeider heeft recht op geneeskundige verzorging in Nederland. De gezinsleden moeten vooraf toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van het buitenlandse ziekenfonds (E-112) om zich in Nederland te laten verzorgen.

Ontvangt de grensarbeider zorg in Nederland, dan wordt dit uiteindelijk door het buitenland terugbetaald aan het Nederlandse ziekenfonds via de Centrale Kas.

*Recht op verzorging in buitenland (woonland)*

De grensarbeider en zijn gezinsleden hebben recht op geneeskundige verzorging in het woonland in eerste instantie ten laste van het ziekenfonds in het betreffende buitenland, maar uiteindelijk op kosten van Nederland. Voor hulp die de verzekerde in het buitenland zelf moet betalen, ontvangt hij geen vergoeding van het Nederlandse ziekenfonds. Een uitzondering hierop zijn de eigen bijdragen voor medische hulp die in Nederland onder de AWBZ valt; deze kunnen wel in Nederland gedeclareerd worden. Dit geldt alleen voor de grensarbeider en niet voor de meeverzekerde gezinsleden.

Per buitenland bestaan verschillende regels over de wijze van terugbetaling van de kosten gemaakt door ingezetenen die elders hun zorg ontvangen. Voor België geldt het volgende:

Aan in België wonende grensarbeiders en hun gezinsleden verleende verstrekkingen worden door het bevoegde Nederlandse orgaan vergoed op basis van een vast bedrag gebaseerd op de landelijke gemiddelde jaarlijkse kosten per hoofd (art. 10 1 b) voorschriften ziekenfondsverzekering grensarbeiders België). In 1993 was dit in totaal f238.776.000.

*2. Werkend in buitenland, wonend in Nederland*

In 1994 kregen 20.540 verzekerden verzorging ten laste van het buitenland. Hiervan werkten er 4.691 in België en 15.849 in Duitsland (jaarverslag van de Ziekenfondsraad, 1995). Het buitenland is in dit geval het bevoegde land, hier betaalt de arbeider zijn premies. Nederland is in deze situatie het woonland.

De grensarbeider moet zich inschrijven bij een buitenlands ziekenfonds. In Duitsland en België gelden hiervoor verschillende regels. In België bijvoorbeeld moet door de Belgische werkgever dan een 02N/A formulier ingevuld worden en de verzekerde moet een E104-formulier<sup>11</sup> van een Nederlandse verzekeraar overhandigen aan de Belgische Mutualiteit. De grensarbeider hoeft geen premie aan de Mutualiteit te betalen, wel wordt op het inkomen ziekenfondspremie ingehouden.

De grensarbeider moet zich inschrijven bij een Nederlands ziekenfonds (ook wanneer hij voorheen particulier verzekerd was). De verzekerde betaalt geen nominale premie ziekenfonds en AWBZ aan het ziekenfonds, omdat in België al premie wordt betaald.

---

<sup>10</sup> De nominale AWBZ-premie is per 1-1-96 afgeschaft.

<sup>11</sup> Dit formulier bevestigt dat de verzekerde AWBZ en volgens de ZFW verzekerd is geweest tot op het moment dat hij in België is gaan werken.

#### *Recht op verzorging in Nederland (woonland)*

De grensarbeider en zijn gezinsleden hebben in Nederland recht op geneeskundige verzorging zoals alle ziekenfondsverzekerden.

Ontvangt de grensarbeider zorg in Nederland, dan betaalt het Nederlandse ziekenfonds in eerste instantie, maar ontvangt dit later terug van het buitenland via de Centrale Kas.

Voor België gaat deze terugbetaling als volgt. Aan in Nederland wonende grensarbeiders en hun gezinsleden verleende Ziekenfonds- en AWBZ-voorzieningen worden door het bevoegde Belgische orgaan vergoed, op basis van een vast bedrag, gebaseerd op landelijk gemiddelde jaarlijkse kosten per hoofd (art. 10 1 a, voorschriften ziekenfondsverzekering Grensarbeiders België).

Een aantal verstrekkingen vergoedt het Belgische orgaan naar werkelijke kosten. Dit betreft:

- opnemings- en verder verblijf in een ziekenhuis na één jaar
- opnemings- en verder verblijf in een verpleeginrichting
- opnemings- en verder verblijf in een inrichting bestemd voor behandeling en verpleging van zwakzinnigen
- verzorging auditief gehandicapten
- behandeling in of vanwege regionale instelling voor visueel gehandicapten
- plaatsing in dagverblijf voor gehandicapten
- opnemings- en verder verblijf in gezinsvervangend tehuis
- verstrekkingen verleend in 'Het Dorp'
- tandheelkundige hulp ingevolge de AWBZ voor zover daarvoor toestemming van het orgaan van de woonplaats vereist is
- vergoeding van kosten wegens verblijf in een tehuis
- hulp door een regionale instelling voor beschermd wonen.

#### *Recht op verzorging in buitenland (bevoegd land)*

De grensarbeider heeft naast recht op geneeskundige verstrekkingen in Nederland, recht op verstrekkingen in het buitenland. Deze worden in eerste instantie betaald door het ziekenfonds in het buitenland (bijvoorbeeld de Belgische mutualiteit), maar uiteindelijk door de Nederlandse overheid. Eens per jaar wordt door Nederland het bevoegde orgaan in België terugbetaald. Voor de in België verleende hulp die op eigen rekening komt, bestaat geen vergoeding. Een uitzondering hierop zijn de eigen bijdragen voor medische hulp die in Nederland onder de AWBZ valt, deze kan de grensarbeider bij het ziekenfonds in België declareren.

Gezinsleden van grensarbeiders die dus gewoon in Nederland wonen, kunnen alleen aanspraak maken op geneeskundige hulp in het buitenland wanneer het Nederlandse ziekenfonds hiervoor toestemming verleent (via een E112-formulier).

De volgende tabel geeft een overzicht van de gegevens die bekend zijn met betrekking tot de aantallen grensarbeiders. Bij de ziekenfondsraad hanteert men een gezinssterkfactor van 2,0601.

Tabel 2.1 Overzicht van grensarbeiders in de regio Maas-Rijn

Bron	Ziekenfondsraad (heel Nederland)		AOK Rheinland		CM-Limburg	
	arbeiders	gezin	arbeiders	gezin	arbeiders	gezin
Wonend ----> werkend						
NL -> D	15849	32650	-	-	-	-
NL -> B	4691	9664	-	-	1044	-
D -> NL	1465	3000	6000	9000	-	-
D -> B	-	-	2000	3000	-	-
B -> NL	13667	28155	-	-	11017	-
B -> D		-				

Deze tabel geeft een onvolledig overzicht van het aantal grensarbeiders en hun gezinsleden. Op landelijk niveau is wel het totaal aantal bekend (20540). Dit is echter niet naar regio uitgesplitst (wèl naar verzekeraar). Aangezien niet alle verzekeraars over cijfers beschikken dan wel niet binnen het tijdsbestek van dit onderzoek hieraan konden komen, zijn in deze tabel geen cijfers van Nederlandse zijde voor de Euregio Maas-Rijn vermeld.

## 2.2 Wetgeving grensoverschrijdende zorg

### *Overzicht wetgeving grensoverschrijdende zorg*

**Ziekenfondswet (art. 9 lid 4):** Het ziekenfonds kan de verzekerde toestemming verlenen zich voor het geldend maken van zijn recht op een verstrekking te wenden tot een persoon of inrichting buiten Nederland. Het ziekenfonds moet dan wel vaststellen dat dit voor de medische behandeling van de verzekerde noodzakelijk is, de behandeling tot het verstrekkingenpakket van de Nederlandse sociale verzekering behoort en de zorg in Nederland niet voor handen is.

**AWBZ (art. 10, lid 2):** Zelfde strekking, geldend voor AWBZ-verstrekingen.

**Krankenversicherung (par. 3 SGB IV):** Volgens het Territorialitätsprinzip hoeft de Krankenkasse alleen verstrekkingen toe te staan die binnen het staatsgebied volgens Duitse regels aangeboden worden en waarvan op dezelfde manier gebruik van gemaakt wordt.

**Krankenversicherung (par. 18 lid 1 SGB V):** Een behandeling in het buitenland die noodzakelijk is moet wel vergoed worden. Dit is het geval als de betreffende medisch erkende behandeling in het binnenland niet beschikbaar is of door capaciteitstekort niet op tijd beschikbaar is.

**EEG nr. 1408/71 (art.19):** Werknemers en zelfstandigen die op het grondgebied van een andere dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de woonstaat recht op verstrekkingen op kosten van het bevoegde verzekeringsorgaan (alsof zij in het woonland werkzaam en verzekerd waren).

**EEG nr. 1408/71 (art.20):** Een grensarbeider heeft zowel in woonland als werkland recht op zorg. Gezinsleden komen voor toepassing van deze regel slechts in aanmerking wanneer het een noodsituatie betreft of wanneer ze toestemming hebben van het ziekenfonds in hun woonland.

**EEG nr. 1408/71 (art. 21):** Werknemers en hun gezinsleden die niet wonen in het bevoegde land en geen grensarbeiders zijn, hebben zowel in hun woonland als in het land waar de werknemer verzekerd is, recht op zorg.

**EEG nr 1408/71 (art. 22, lid 1 onder a):** De werknemer of zelfstandige die aan de wettelijke regeling van de bevoegde staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, heeft recht op deze prestaties wanneer zijn toestand het nodig maakt dat onmiddellijke prestaties worden verleend gedurende het verblijf op het grondgebied van een ander Lidstaat.

**EEG nr 1408/71 (art. 22, lid 1 onder c):** Het ziekenfonds kan de verzekerde toestemming geven een behandeling in het buitenland te ondergaan, indien dit gaat om een voor de gezondheidstoestand van de betrokkenen passende behandeling. Toestemming mag niet geweigerd worden wanneer de behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van het woonland voorziet en de behandeling niet gegeven kan worden binnen de termijn die gewoonlijk nodig is voor de behandeling in binnenland.

**Zeeuwsch-Vlaanderenregeling:** Voor bepaalde specialistische behandelingen die in de regio zelf niet voorhanden zijn, kunnen verzekerden een beroep doen op voorzieningen in Gent en Brugge (België).

## 2.2 Gezondheidszorgsysteem Nederland, België, Duitsland

De drie landen verschillen wat betreft de financiering en organisatie van hun zorgstelsel van elkaar. Ook bestaat er verschil in reguleringsmechanismen en overheidstoezicht. Op deze verschillen wordt in deze paragraaf systematisch ingegaan.

Alvorens de verschillen te beschrijven wordt eerst kort een aantal overeenkomsten tussen de landen genoemd (Bijzondere Euregionale Commissie, 1994). De zorgstelsels kennen alle het principe dat de kosten van de zorg in belangrijke mate door een ziektekostenverzekeraar (sociaal of particulier) worden betaald. Een andere overeenkomst is dat voor het grootste deel van de bevolking een verplichte verzekering geldt. De goede en slechte risico's voor deze sociale verzekering worden verplicht verevend en risicoselectie op nationaal, regionaal of categoriaal niveau wordt uitgesloten. Op het verplichte stelsel is een aanvullende verzekering mogelijk (Van Kemenade, 1993, De Klein en Collaris, 1987).

In het volgende schema wordt in detail samengevat welke overeenkomsten en verschillen er bestaan tussen de gezondheidsstelsels van de drie landen.

Tabel 2.2 Overeenkomsten en verschillen gezondheidsstelsels

	NEDERLAND	DUITSLAND	BELGIE
rechthebbenden	gehele bevolking via AWBZ en categorieën van personen zoals in de ziekenfondswet omschreven, verplicht via deze Wet; werknemers met inkomen onder loongrens (in 1995: f59.700,-) en familieleden, uitkeringsgerechtigden (volgens AOW, Weduwen- en Wezenwet of Ziektewet)	beroepen omschreven in Sozialgesetzbuch fünftes Buch (arbeiders in loondienst (in 1995: DM 70.200 loongrens), werkløzen, boeren, kunstenaars, arbeidersrevalidatie, gehandicapten, studenten, stagiaires, pensioengerechtigden, vrijwillig verzekerden, familieverzekerden).	één regeling voor hele bevolking met uitzondering van zelfstandigen en hun gezin, één regeling voor zelfstandigen voor Weduwen Invaliden, Gepensioneerden en Wezen (=WIGW's) gelden lagere tarieven
ziekenfonds/particulier verzekerden	ziekenfonds: 62% particulier: 37% overig: 1%	krankenkasse:88% particulier: 8 % overig/niet:4%	mutualiteit:99% overig/niet: 1%
verstrekkingen	geneeskundige en verpleegkundige hulp volgens AWBZ en ZfW  aanvullende verzekeringen bij ziekenfonds mogelijk	geneeskundige en verpleegkundige hulp en arbeidsongeschiktheidsuitkering volgens Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzlichen Krankenversicherung  aanvullende verzekeringen bij de Allgemeine Ortskrankenkasse zijn verboden, wel bij particuliere verzekeraar mogelijk	geneeskundige- en verpleegkundige en arbeidsongeschiktheidsgeld, volgens de Ziekte en Invaliditeitsverzekering (in Nomenclatuur is vastgelegd welke verstrekkingen voor welke tarieven in aanmerking komen)  aanvullende verzekeringen bij Mutualiteit mogelijk

	NEDERLAND	DUITSLAND	BELGIE
premieheffing	de AWBZ-premie betreft een inkomensafhankelijke premie evenals het inkomensgerelateerd deel voor het Ziekenfonds (centraal vastgesteld), nominaal deel door verzekeraars vastgesteld werkgever/werknemer dragen inkomensgerelateerde deel af aan Centrale Kas volgens ZfW, nominaal deel aan de verzekeraar	verzekeraars stellen premies vast werkgever/werknemer dragen premie af aan verzekeraar	rijksoverheid stelt premies vast de premie-afdracht gebeurt centraal, deels door belastingen Rijksinstituut voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering verdeelt het geld over de Landsbonden der Mutualiteiten
financiering ziekenhuizen	prospectieve globale functionele budgettering gebaseerd op adhaerentie, productie en capaciteitscomponent  afspraken met lokale verzekeraars goedkeuring van tariefstelling door COTG	prospectieve budgettering tot 1992 op basis van verwachte bezettingsgraad, na 1992 vast uitgavenplafond + jaarlijks proportionele stijging van de loonsom afspraken met lokale verzekeraars	prospectieve budgettering naar aanleiding van referentiegroep gebaseerd op grootte, ouderdom en specialismen
verpleegdagtarief	investeringskosten inbegrepen	investeringskosten niet inbegrepen, worden door deelstaten gedragen kosten van medische verrichtingen wel inbegrepen (all-in)	investeringskosten niet inbegrepen, worden door overheid gedragen kosten van medische verstrekkingen zijn niet inbegrepen
planning	volgens Wet ziekenhuisvoorzieningen worden op rijksniveau kaders vastgelegd, mbt indeling planingsgebied op behoeftenormen scheiding planning (overheid) en financiering (verzekeraars)	deelstaten stellen plan op aan de hand van de behoefte en bedden capaciteit en financiert ziekenhuisinfrastructuur verzekeraars financieren productiegebonden kosten	rijksoverheid plant en financiert de ziekenhuisinfrastructuur verzekeraars financieren productiegebonden kosten
toekomstige ontwikkelingen ziekenhuistarieven	vaststellen productprijzen en nationaal vastgestelde maximumtarieven verzekeraar krijgt ook in geval van ziekenhuiszorg contracteervrijheid en gaat risico lopen over het totale budget	vanaf 1996 Bundespflege-satzverordnung, hetgeen inhoudt: . tarieven vastgesteld voor bepaalde verrichtingen/-behandelingen (=Sonderentgelte) . tarieven voor patiëntgroepen (=Fallpauschalen) . resterend basistarief en afdelingstarief	

### *Verstrekkingenpakket*

Tussen het verstrekkingenpakket dat door de zorgverzekeraars verplicht aangeboden wordt, bestaan verschillen tussen Nederland, België en Duitsland. Gaat het in Nederland uitsluitend om het verzekeren van ziektekosten, in België en Duitsland bestaat een koppeling met sociale uitkeringen in geval van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Onderdeel van het verplichte verstrekkingenpakket in deze landen is ziektegeld, uitkering bij zwangerschap en uitkering bij overlijden. De uitvoerders van de sociale ziektekostenverzekering lopen dus ook risico over inkomensderving.

In Nederland kan een onderscheid gemaakt worden tussen verstrekkingen die onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen en de verstrekkingen die onder de Ziekenfondswet vallen (ZfW). Volgens de eerste wet worden zorgsoorten als verblijf in psychiatrische inrichtingen, tehuizen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten, verpleeghuizen, geestelijke gezondheidszorg, thuisverpleging en gezinsverzorging bekostigd. In het kader van de stelselwijziging zijn medicijnen en hulpmiddelen alsmede revalidatie vanuit het ziekenfonds en de particuliere verzekering overgeheveld naar de AWBZ.<sup>12</sup> Onder de Ziekenfondswet vallen voornamelijk acute zorgverstrekkingen, zoals huisarts, specialist, ziekenhuisopname, fysiotherapeut en tandarts. Recentelijk (per 1-1-1995) zijn uit dit pakket de tandheelkundige verstrekkingen aanzienlijk beperkt. Veel verzekerden hebben voor deze zorg een aanvullende verzekering afgesloten (FOZ 1996, 1995).

Verder valt op dat het verstrekkingenpakket in Duitsland meer preventieve verstrekkingen kent dan het Nederlandse en Belgische pakket. Kuuroorden maken bijvoorbeeld ook deel uit van het verplichte pakket (Grünwald, 1995, FOZ 1996, 1995).

In Duitsland valt verpleeghulp normaal niet onder de ziektekostenverzekering (Hutten en Kerkstra, 1995). Het wordt alleen vergoed wanneer de verpleging gezien kan worden als een volledige substitutie voor ziekenhuishulp. Er worden drie soorten zorg onderscheiden; de speciale zorg, de basiszorg en de thuisverpleging. Lange termijn verpleging valt tegenwoordig onder de recent ingevoerde Pflegeversicherung.<sup>13</sup>

### *Zorgaanbieders*

Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen zorgaanbieders die basiszorg geven en zij die specialistische zorg verlenen. De basiszorg wordt in Nederland uitsluitend door de huisarts gegeven. Voor specialistische hulp, geboden door specialisten die verbonden zijn aan een ziekenhuis, is in Nederland een verwijzing door de huisarts noodzakelijk. In Duitsland en België kunnen patiënten voor basishulp rechtstreeks naar een specialist. Deze is vrijgevestigd met een praktijk aan huis of werkzaam in een ziekenhuis. De huisarts fungeert in zo'n systeem niet als poortwachter.

Het aantal artsen werkzaam per 1000 inwoners verschilt in de drie landen. In 1991 waren er in Nederland 2,5, in Duitsland 3,2 en in België 3,6 (Starmans en Leidl, 1994). De intramurale zorg wordt gegeven in ziekenhuizen en verpleeginstellingen. In Nederland zijn bijna alle ziekenhuizen (88%) op particulier initiatief ontstaan. In Duitsland is dit slechts 30% (Grünwald, 1995). In België bevindt 60% van het aantal ziekenhuisbedden zich in een particulier ziekenhuis. Deze ziekenhuizen zijn eigendom van het ziekenfonds of van samenwerkende artsen en hebben meestal een religieuze grondslag (Kramer, 1994). Vergelijkingen tussen intramurale voorzieningen in Neder-

---

<sup>12</sup> De medicijnen zijn overigens per 1-1-96 weer ondergebracht onder de ziekenfondswet.

<sup>13</sup> Sinds april 1995 wordt de thuisverpleging vergoed. Vanaf juli 1996 valt onder deze verzekering langdurige intramurale verpleging.

land, Duitsland en België zijn moeilijk doordat in Nederland relatief meer verpleeghuisbedden beschikbaar zijn. Tegenwoordig wordt in statistische tellingen dan ook een onderscheid aangebracht tussen acute bedden en zorgbedden. In Duitsland en België bestaan minder speciale intramurale voorzieningen voor verpleging van ouderen, zwakzinnigen of gehandicapten. De functies van deze inrichtingen moeten vervuld worden door andere gezondheidszorgvoorzieningen, zoals ziekenhuizen en psychiatrische inrichtingen. Een overzicht van de 'zorggegevens' wordt per euregio in hoofdstuk 3 gegeven.

### **Financiering**

De voorzieningen worden in België, Duitsland en Nederland op verschillende manieren gefinancierd. Tabel 2.3 laat duidelijk de verschillen tussen de landen zien wat betreft het aandeel van financieringsbronnen.

Opvallend is het grote percentage dat de particuliere verzekeringen opbrengen in Nederland. In België liggen juist de overheidssubsidies erg hoog. Dit komt vooral door de zorg voor gehandicapten, ouderenzorg en thuiszorg. In andere landen wordt deze hulp geheel of gedeeltelijk uit verzekeringspremies betaald. De eigen bijdrage van verzekerden ligt in België het hoogst, door het systeem van remgelden.

Tabel 2.3 Aandeel financieringsbronnen in kosten gezondheidszorg in 1990

	Nederland	Duitsland	België
Sociale verzekering	64,0%	66,2%	44,6%
Particuliere verzekering	16,0%	7,7%	5,0%
Overheidssubsidies	10,0%	12,0%	32,6%
Directe eigen bijdragen	10,0%	13,0%	17,8%
Werkgevers voor zorg verbonden aan werk		1,1%	

Bron: OECD 1993 en Starmans en Leidl, 1994<sup>14</sup>

Het percentage van de verplicht ziekenfondsverzekerden verschilt per land. Volgens gegevens uit 1993 is in Nederland 62% van de bevolking verplicht verzekerd (Zorgverzekeraars Nederland, 1995), in Duitsland 88% (Van Kemenade, 1993) en in België nagenoeg 100% (Van Kemenade, 1993). Een verklaring voor het lage percentage verplicht verzekerden in Nederland is de inkomensgrens die in Nederland van toepassing is. Werknemers met een inkomen onder deze grens moeten zich verplicht verzekeren bij een ziekenfonds. Met een inkomen boven de loongrens moeten werknemers zich bij een particuliere maatschappij verzekeren. Zij mogen zich niet zoals in België en Duitsland wel mogelijk is vrijwillig bij een ziekenfonds verzekeren.

### *Uitvoeringsorganen*

De uitvoeringsorganen van de sociale ziektekostenverzekering in de drie landen verschillen van elkaar.

In Nederland hebben de meeste ziekenfondsen een regionaal karakter, hoewel de mogelijkheid bestaat op nationaal gebied te werken. Er zijn in Nederland in 1995 ongeveer 50 zorgverzekeraars aangesloten bij de branche organisatie Zorgverzekeraars Nederland. Hieronder zijn ongeveer 20 ziekenfondsen (Geneeskundig adresboek,

<sup>14</sup> Deze gegevens zijn uit 1990. Er dient rekening gehouden te worden met enige fluctuatie per jaar.



1995 en Zorgverzekeraars Nederland, 1995).<sup>15</sup>

In Duitsland bestaan verschillende soorten ziekenfondsen. Over het algemeen worden deze zogenaamde Krankenkassen onderscheiden naar de groepen waarvoor ze bestemd zijn. Daarbij wordt een onderverdeling gemaakt tussen Allgemeine Ortskrankenkassen (plaatselijk en regionaal), Betriebskrankenkassen (ziekenfondsen voor werknemers van grote ondernemingen),

Innungskrankenkassen (ziekenfondsen voor ambachtelijke beroepen), ziekenfondsen voor speciale beroepsgroepen en Ersatzkrankenkassen (voor vrijwillig ziekenfondsverzekerden) (Bundesministerium, 1993).

In België is bijna iedereen verzekerd bij een mutualiteit, niet alleen voor het wettelijk verplichte deel van de ziektekosten, maar ook voor aanvullende verstrekkingen (LCM, 1991). Verzekerden kunnen niet kiezen voor enkele aanvullende verstrekkingen, maar accepteren een totaalpakket. Voor voorzieningen die hierbuiten vallen kunnen ze een extra verzekering afsluiten. Voor deze verzekering kunnen patiënten ook terecht bij een andere mutualiteit of een particuliere verzekering.<sup>16</sup>

#### *premieheffing*

De ziekenfondsen ontvangen hun inkomsten uit de premiebetalingen door hun leden. In Nederland bestaat een wettelijke verplichte inkomensafhankelijke premie en een vaste nominale premie. Deze vaste premie wordt door de ziekenfondsen zelf bepaald en rechtstreeks betaald door de verzekerde. De inkomensafhankelijke premie stelt de overheid vast (ca 8% in 1995) en wordt via de Centrale Kas aan de ziekenfondsen uitbetaald. Het vaststellen van de premie wordt in Duitsland aan de ziekenfondsen zelf overgelaten (gemiddeld 10%). Wettelijk is alleen vastgelegd dat de bijdrage van de verzekerde een percentage van het inkomen moet zijn en dat het te heffen premiepercentage kostendekkend moet zijn. De hoogte van de premie in België wordt vastgesteld door de overheid (ca 7%) en is volledig inkomensafhankelijk.

De inkomensafhankelijke premies worden in alle landen voor een deel door de werknemers en voor een deel door werkgevers betaald.

#### *Eigen betalingen*

In alle drie de zorgsystemen bestaan voor bepaalde voorzieningen eigen bijdragen door patiënten (zie tabel 2.5). Deze eigen bijdragen kunnen in Duitsland aanvullend worden verzekerd bij particuliere verzekeringsmaatschappijen en in Nederland bij de meeste ziekenfondsen. In België is het verboden aanvullende verzekeringen voor eigen bijdragen te bieden, wanneer deze 'remgelden' in het leven zijn geroepen om gebruik van zorgvoorzieningen te beperken.

---

<sup>15</sup> De laatste jaren heeft een ware fusiegolf plaatsgevonden tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars in anticipatie op reorganisatieplannen van de gezondheidszorg. Zorgverzekeraars hebben in hun huidige vorm vaak een afdeling voor particulier verzekerden en een afdeling voor ziekenfondsverzekerden.

<sup>16</sup> In de praktijk blijkt echter dat verzekerden vaak bij één mutualiteit alle verzekeringen afsluiten. Mutualiteiten zijn meer dan alleen uitvoerders van de ziektekosten- en invaliditeitsverzekering. De mutualiteiten waren oorspronkelijk bewegingen op religieuze of politieke overtuiging, waar men zich vrijwillig bij aan kon sluiten (LCM, 1991).

Tabel 2.5 Eigen bijdragen voor ziekenfondsverzekerden in verschillende landen

	NEDERLAND	DUITSLAND	BELGIE
huisarts	verzekerden betalen geen eigen bijdrage, directe vergoeding door ziekenfonds	verzekerden betalen geen eigen bijdrage, directe vergoeding via Kassenärztliche Vereinigung	verzekerden betalen verstrekking, worden terugbetaald op basis van overeenkomst gesloten tussen verzekering en artsen (75% of 85% van tarief)
ziekenhuis	volledige vergoeding, duur vergoeding onbeperkt, na 1 jaar overgenomen door de AWBZ	eigen bijdrage van DM 9 gedurende ten hoogste 14 dagen, daarna voor onbeperkte duur volledig vergoed	BFr 235 per dag + BFr 25 voor medicijnen
medische hulpmiddelen	hulpmiddelen worden vergoed volgens de AWBZ voor veel verstrekkingen is sprake van een eigen bijdrage	voor brillen is de eigen bijdrage DM 20 van montuur volledige vergoeding vindt plaats voor gehoorapparaten, prothesen en andere hulpmiddelen	verzekerden krijgen 60% van de kosten voor hulpmiddelen vergoed via hun mutualiteit, 40% is eigen bijdrage
medicijnen	geneesmiddelen worden vergoed conform Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem	per geneesmiddel bestaan verschillende tarieven eigen bijdrage van DM 3, DM 5 of DM 7	maximale eigen bijdrage van BFr 500, de eigen bijdrage varieert van 0% tot 50%

#### *Betaling van zorg*

Een ander verschil tussen de zorgsystemen is de manier waarop verstrekkingen vergoed worden. In Nederland geldt voor de verplicht verzekerden een natura-systeem. Dit houdt in dat de verzekerde recht heeft op medische hulp of medische verstrekkingen in natura. De ziekenfondsen sluiten contracten met hulpverleners, artsenverenigingen of ziekenhuizen en de betaling geschiedt buiten de patiënt om. Particulier verzekerden hebben te maken met een restitutiesysteem. Zij moeten eerst zelf de kosten betalen en krijgen achteraf van de zorgverzekeraar de kosten vergoed. In Duitsland geldt dit restitutiesysteem alleen voor de vrijwillig ziekenfonds verzekerden en in België voor alle verzekerden. Door een restitutiesysteem is er minder contact tussen hulpverlener en mutualiteit. Patiënten zoeken zelf een hulpverlener, betalen in eerste instantie de kosten zelf en vorderen deze (gedeeltelijk) terug van de mutualiteit of Krankenkasse waarbij ze aangesloten zijn.

#### *Ziekenhuisfinanciering*

Het ziekenhuisbudget is gebaseerd op parameters als kapitaallasten, locatie, energiekosten (23%) omvang van de adherente bevolking van het ziekenhuis (10%), capaciteit (27%) en de produktie (40%) (Van Tits, 1994). De produktie afspraken dienen goedgekeurd te worden door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Hierop wordt vervolgens de verpleegdagprijs gebaseerd. Is de feitelijke produktie achteraf lager dan afgesproken, dan heeft het ziekenhuis toch recht op het volle budget. In de toekomst kan het budget dan aangepast worden. Als de feitelijke produktie hoger uitvalt, dan dient het verschil in de volgende jaren via budget kortingen te worden terugverdient. Bij het vaststellen van het ziekenhuisbudget wordt er bij de 'adherente

bevolking' geen rekening gehouden met eventuele instroom vanuit het buitenland. Dat wil zeggen dat de inkomsten die het ziekenhuis heeft door opname van buitenlandse patiënten ook buiten het budget van het ziekenhuis vallen. Voor ziekenhuizen brengt het opnemen van buitenlandse patiënten dus geen financieel voordeel met zich mee.

In Nederland is de hoogte van de verpleegdagprijs van algemene ziekenhuizen gebaseerd op een integrale kostprijsberekening, inclusief afschrijvingen op gebouwen en apparatuur en inclusief rente afschrijvingen en kosten van de verpleging en verzorging. Voor bepaalde operaties bestaan neventarieven. De inkomens van artsen in het ziekenhuis en het inkomen van het ziekenhuis zelf zijn meestal ontkoppeld; in dit geval is medische verzorging niet in het budget, en niet in het verpleegdagtarief inbegrepen. In sommige (academische) ziekenhuizen wordt wel een all-in prijs gehanteerd (Grünwald, 1995).

In Duitsland zijn de investeringskosten niet in het budget inbegrepen. Deze kosten worden door de deelstaten gedragen, hetgeen betekent dat alleen de exploitatiekosten door de verzekeraars gefinancierd worden. In het Duitse verpleegdagtarief zijn verder de kosten van de medische verrichtingen inbegrepen <sup>17</sup> (Grünwald, 1995).

In België wordt de ligdagprijs gescheiden in de delen A, B en C (Van Tits, 1994). Deel A omvat afschrijvingen en investeringslasten, kaskredietlasten en ander financiële lasten. Deel B bevat kosten voor de gemeenschappelijke diensten zoals onderhoud en verwarming (B1), de werkingskosten voor de klinische diensten zoals salarissen van verpleegkundigen (B2), de werkingskosten voor sommige medisch-technische diensten (B3), ziekenhuishygiëne (B4) en uitvoeringskosten apotheek (B5). Deel C bestaat uit de aanloopkosten in geval van nieuwbouw, toeslag op éénpersoonskamers en een bedrag dat overeenstemt met een geraamd overschot aan ontvangsten voor een bepaald dienstjaar.

De verpleegdagprijs is de verhouding tussen het budget en een quotum van verpleegdagen. Voor de algemene ziekenhuizen wordt het quotum van verpleegdagen dat per dienstjaar aan een ziekenhuis wordt toegekend bepaald op basis van het aantal bestaande en erkende bedden op 1 januari van het betrokken dienstjaar enerzijds en van specifieke bezettingsgraden voor de overeenstemmende diensten. Voor alle verpleegdagen die ten opzichte van het toegewezen quotum niet worden gerealiseerd wordt geen enkel bedrag toegekend voor het onderdeel B1 en B2. Voor alle dagen gerealiseerd boven het toegewezen quotum wordt voor de onderdelen B1 en B2 een bedrag verleend van 30% van de verpleegdagprijs (Ziekenhuiswet, art. 60; KB 17 oktober 1991).

### **2.3 Ervaren belemmeringen grensoverschrijdend zorgverkeer**

Eén onderdeel in de interviews die met de zorgverzekeraars in de grensgebieden gehouden zijn, vormden de knelpunten die zij ervaren met betrekking tot grensoverschrijdende zorg.

---

<sup>17</sup> Ongeveer 21% van de personele kosten bestaan uit zorg rechtstreeks verleend door artsen (Grünwald, 1995).

### *Wet- en regelgeving voorzieningen in buitenland*

Wanneer verzekeraars belemmeringen ervaren om verzekerden toestemming te verlenen voor het ontvangen van zorg in het buitenland, komt dat meestal omdat de wetgeving hen beperkt. Voor alle verzekeraars geldt dat zij verplicht zijn zich te houden aan de eisen die in de Ziekenfondswet en de AWBZ beschreven zijn. Hierin zijn de voorwaarden voor zorgverlening in het buitenland tamelijk strict omschreven. Nu blijkt dat in de praktijk mogelijkheden bestaan de wet- en regelgeving wat ruimer toe te passen<sup>18</sup>, zodat bepaalde problemen voorkomen kunnen worden, maar vaak kost het oplossen van deze individuele gevallen onnodig veel tijd en energie.<sup>19</sup> In de interviews pleitten de meeste zorgverzekeraars dan ook voor meer vrijheid. Zij zien wel dat een consequentie van het loslaten van bepaalde regels met betrekking tot het overschrijden van landsgrenzen is, dat het gebied waarin de zorgverlening zich afspeelt steeds groter wordt en als gevolg daarvan moeilijker te beheersen. Momenteel maken verzekeraars afspraken met zorgaanbieders op regionaal niveau over de doelmatigheid. Zijn de grenzen volledig open, dan moet goede samenwerking plaatsvinden met ziekenhuizen en mutualiteiten aan de andere kant van de grens.<sup>20</sup>

Een ander nadelig gevolg van verruiming is dat het 'medisch toerisme' zou kunnen opwekken. Patiënten kunnen kiezen voor behandelingen en voorzieningen in landen waar het niveau van de gezondheidszorg beter is, zodat de beschikbare financiële middelen van minder goed voorziene landen besteed worden in het buitenland. Investerings in de gezondheidszorg in het eigen land worden hierdoor beperkt en op lange termijn kan de infrastructuur worden bedreigd.

### *Wet- en regelgeving verstrekkingenpakket*

Soms ervaren zorgverzekeraars problemen bij het verlenen van toestemming aan patiënten door de strikte omschrijving van het soort voorzieningen en behandelingen in de wetgeving. Ziekenfondsen mogen alleen die hulp vergoeden die in het verplichte pakket zit en bovendien niet in Nederland geleverd kan worden. Daar waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich inzetten om goedkopere substitutie-voorzieningen te vinden, verbiedt de wetgeving hen deze zorg te vergoeden.<sup>21</sup>

### *Financiering gezondheidszorg*

Een belangrijk knelpunt in de grensoverschrijdende zorgverlening vormt de financiering van de zorg in de verschillende landen. Er wordt door de verzekeraars op aangedrongen om haast te maken met het veranderen van de tariefberekening. Deze moet

---

<sup>18</sup> In één van de interviews werd in dit verband gewezen op de mogelijkheden die het E112-formulier biedt.

<sup>19</sup> Mr. A.G. Bloemheuvel van het Ministerie van VWS beschrijft in dit verband in zijn toespraak op het seminar inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg (Alden Biezen, mei 1995) de wetgeving betreffende grensarbeiders. Hij zet hier Europese en Nationale wetgeving naast elkaar en concludeert dat gezinsleden van grensarbeiders aanspraak mogen maken op gezondheidszorg in het buitenland op basis van een ruime toepassing van Verordening 1408/71.

<sup>20</sup> Niet alle zorgverzekeraars hebben hier overigens behoefte aan. Een van de zorgverzekeraars geeft bijvoorbeeld aan dat het werkgebied bij uitbreiding naar het buitenland dusdanig groot wordt, dat een goede kennis van het aanbod moeilijk te realiseren is.

<sup>21</sup> Dit geldt niet alleen voor zorg in het buitenland. Een voorbeeld van zorgsubstitutie die in Nederland niet toegestaan wordt, kwam in het interview met zorgverzekeraar Oost-Nederland naar voren. Het 'Zotel', een hotel waar patiënten die geen echte ziekenhuisverpleging meer nodig hebben, tegen veel lagere prijzen kunnen verblijven, voor ze naar hun eigen huis terug kunnen worden door de ziekenfondsen niet vergoed. Een ander voorbeeld is de 'ligtaxi', een goedkopere variant van het ambulancevervoer.

veranderd worden, omdat anders de prijzen van zorgproducten niet met elkaar te vergelijken zijn. In plaats van budgetprijzen of verpleegprijzen, zouden reële kostprijzen berekend moeten worden (=output-pricing).

Voor ziekenhuisverpleging geldt overigens niet alleen het verschil dat in de tarieven bestaat tussen de landen onderling, ook het verschil dat tussen de financiering door particuliere verzekeraars en ziekenfondsen bestaat leidt tot problemen.<sup>22</sup> Voor particuliere verzekeringsmaatschappijen is de betaling van verpleegtarieven een definitieve afdoening. Voor ziekenfondsen geldt de betaling als een soort voorschot op de afrekening. De definitieve afrekening loopt via het budget. Met dit budget worden ook de functies beschikbaarheid en continuïteit van het ziekenhuis gefinancierd. Voor een particuliere verzekeraar kan het dus interessant zijn behandelingen in het buitenland in ruime mate toe te staan, wanneer deze tarieven voordeliger zijn. Voor ziekenfondsen is dit bijna altijd ongunstig omdat het extra kosten met zich meebrengt.

#### *Wet- en regelgeving met betrekking tot budgetverantwoordelijkheid*

Ziekenfondsen lopen momenteel financieel risico doordat ze een normatief vastgesteld budget krijgen toegekend voor financiering van de Zfw-verstrekingen. Daarnaast krijgen ziekenfondsen een beheerskostenbudget waarop geen nacalculatie plaatsvindt. De Ziekenfondsraad verdeelt het totaal beschikbare verstrekingenbudget over de individuele ziekenfondsen op basis van normatieve kenmerken van de verzekerden. De ziekenfondsen financieren de uitgaven aan de verstrekingen met het verstrekingenbudget en de additionele opbrengsten uit een door het ziekenfonds zelf vast te stellen nominale premie (VWS, 1995).

Momenteel wordt het financiële resultaat van een individueel ziekenfonds verevend door onderlinge verrekeningen tussen ziekenfondsen en door afrekening via de algemene kas. Hiermee worden de tekortkomingen van het budgetsysteem ondervangen, maar op deze wijze worden ook de prikkels tot doelmatig en kostenbewust handelen uitgeschakeld. Het kabinet is er voorstander van de zorgverzekeraars de komende jaren steeds meer financieel risico te laten dragen. Bij toedeling van het Zfw-budget over 1995 bedraagt het vereveningspercentage 90 en het nacalculatiepercentage 75. Dit betekent dat een ziekenfonds slechts over 2,5% van zijn verstrekingenbudget financieel risico loopt. Het kabinetsbeleid is er op gericht om de eerstgenoemde percentages tot nul te reduceren (VWS, 1995). Hierbij wordt wel rekening gehouden met de mate waarin de kosten voor ziekenfondsen te beïnvloeden zijn. Bij ziekenhuisverpleging bijvoorbeeld wordt een deel van de kosten door planningsbesluiten van de overheid bepaald. Voorlopig blijft dan ook een hoge nacalculatie gelden voor het vaste kosten gedeelte van de ziekenhuisverpleging. Over het variabele deel en de overige verstrekingen kunnen de ziekenfondsen wel afspraken maken met de aanbieders. Over die delen lopen ze wel risico (VWS, 1995). Ziekenfondsen zullen in de toekomst gedwongen worden meer om zich heen te kijken, om zorg tegen een voordelige prijs te kunnen contracteren. Het is niet ondenkbaar dat daarbij ook de blik op het buitenland gericht wordt.

#### *Wet- en regelgeving met betrekking tot capaciteitsplanning*

De verzekeraars uitten in de interviews kritiek op de wet- en regelgeving met betrek-

---

<sup>22</sup> Mr. Th.M.H. Paulus, lid van de Raad van Bestuur van CZ-groep pleit in zijn toespraak op een seminar inzake grensoverschrijding dat haast gemaakt moet worden met het berekenen van kostprijstarieven (Alden Biezen, 1995). Hij constateert dat het financieringssysteem binnen Nederland een onredelijk verschil in benadering veroorzaakt.

king tot de planning van de capaciteit. Ook al zijn de verzekeraars in de toekomst geheel zelf verantwoordelijk voor de financiering van de capaciteit, voor de planning ervan zijn ze afhankelijk van het advies van het College van Ziekenhuisvoorzieningen. Verschillende ziekenfondsen geven in de interviews aan dat ze bereid zijn zelf meer verantwoordelijkheid over deze planning te dragen. De planning van voorzieningen zou volgens hen in de toekomst op euregionaal niveau moeten plaatsvinden om een evenwichtige spreiding te garanderen.

#### *Wet- en regelgeving met betrekking tot grensarbeiders*

Zoals in paragraaf 2.1 al ter sprake kwam is de Europese wetgeving duidelijk voor wat betreft de rechten van grensarbeiders op voorzieningen en behandelingen in het land van wonen en in het land van werken. Zij hebben op basis van artikel 20 Verordening 1408/71 recht op geneeskundige verstrekkingen aan weerszijden van de grens, dus zowel in het woonland als in het werkland. De verstrekkingen worden in eerste instantie betaald door het ziekenfonds in het land waar de gezondheidszorg ontvangen wordt. Voor België vindt jaarlijks een verrekening plaats tussen de Ziekenfondsraad en het RIZIV (rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) naar de betreffende ziekenfondsen en mutualiteiten zodat kosten voor Nederlandse ingezetenen gedragen worden door de Nederlandse overheid en andersom. Ook voor andere lidstaten geldt dat jaarlijks een afrekening plaatsvindt van de zorg die in Nederland ontvangen is.

Voor grensbewoners die niet in het buitenland werken worden geen verschillende normen of richtlijnen gehanteerd dan die van toepassing zijn op de hele Nederlandse bevolking. Zij zijn onderworpen aan het territorialiteitsprincipe dat inhoudt dat zij slechts een beroep kunnen doen op geneeskundige verstrekkingen in hun eigen land en in enkele uitzonderingen in het buitenland. Deze uitzonderingen zijn beschreven in hoofdstuk 2 en betreffen de situaties waarin een verzekerde een E-111 formulier (in geval van nood) of een E-112 formulier (vooraf toestemming door ziekenfonds) heeft. Het feit dat grensarbeiders wel naar het buitenland mogen en andere grensbewoners niet, kan leiden tot ongelukkige situaties.

De gezinsleden van grensarbeiders komen namelijk alleen voor verstrekkingen in het land waar de werkgever is gevestigd in aanmerking wanneer er sprake is van een spoedgeval, als er een overeenkomst is tussen de landen of wanneer het ziekenfonds toestemming verleend heeft. Voor hun dagelijkse zorg zijn familieleden van grensarbeiders dus aangewezen op de gezondheidszorgvoorzieningen in het woonland (Hermans, 1994).<sup>23</sup> In een situatie dat een aanzienlijk aantal ingezetenen de nationaliteit van het buurland heeft en vlak over de grens in het andere land woont (Duitsers in het Vaalserkwartier, Nederlanders in Lanaken) geldt deze laatste opmerking in het bijzonder.

---

<sup>23</sup> In de overwegingen inzake een experiment wordt verder ingegaan op de groep van gezinsleden van grensarbeiders.

### 3. BESCHRIJVING VAN EUREGIO'S

Op basis van de interviews en de recent gepubliceerde rapporten betreffende de euregio's Scheldemond (IVA-rapport van Van Tits, 1994), Maas-Rijn ("Zorg dichtbij ook over de grens" van de Bijzondere Euregionale Commissie, 1994 en rapporten in kader van Interreg I, 1995) en Rijn-Waal (NZi-rapport van Grünwald, 1995) wordt in dit hoofdstuk een beschrijving gegeven van de grensoverschrijding in de euregio's.

Deze beschrijving geeft een antwoord op de eerste vraagstelling van dit onderzoek, namelijk bij welke voorzieningen er problemen zijn met de toegang in het eigen land terwijl die er in het andere land niet of minder zijn. Dit is van belang om tot een verantwoorde keuze van een gebied te komen, waar een experiment uitgevoerd kan worden. Tevens worden de euregio's in geografische kaartjes wat betreft demografische gegevens en gegevens over zorgvoorzieningen met elkaar vergeleken.

In tabel 3.1 wordt eerst een overzicht gegeven van de demografische kenmerken van de euregio's.

Tabel 3.1

Demografische gegevens	Nederland	Duitsland	België
<b>Scheldemond</b>			
Bevolking absoluut	363977	-	1380944
Bevolking per km <sup>2</sup>	202.2	-	460.3
% 65-plussers	15.9	-	15.8
Sterfte-promillage	9.5	-	10.3
<b>Beneluxmiddengebied</b>			
Bevolking absoluut	2357690	-	2067754
Bevolking per km <sup>2</sup>	439.0	-	504.3
% 65-plussers	11.2	-	15.5
Sterfte-promillage	7.6	-	9.8
<b>Maas-Rijn</b>			
Bevolking absoluut	743790	1211905	1781522
Bevolking per km <sup>2</sup>	799.8	346.3	282.8
% 65-plussers	13.5	14.7	14.2
Sterfte-promillage	8.9	10.6	9.8
<b>Maas-Rijn Noord</b>			
Bevolking absoluut	223960	1802817	-
Bevolking per km <sup>2</sup>	329.4	1060.5	-
% 65-plussers	11.3	15.5	-
Sterfte-promillage	7.9	11.2	-
<b>Rijn-Waal</b>			
Bevolking absoluut	646308	1277827	-
Bevolking per km <sup>2</sup>	652.8	532.4	-
% 65-plussers	11.9	15.3	-
Sterfte-promillage	8.1	11.0	-

Vervolg tabel 3.1

Rijn-Ems-IJssel			
Bevolking absoluut	887387	961878	-
Bevolking per km <sup>2</sup>	304.9	200.4	-
% 65-plussers	12.9	13.1	-
Sterfte-promillage	8.9	8.8	-
Dollard-Eems			
Bevolking absoluut	995331	713753	-
Bevolking per km <sup>2</sup>	199.1	117.0	-
% 65-plussers	14.2	13.7	-
Sterfte-promillage	9.5	9.8	-

### 3.1 Huidige en gewenste grensoverschrijding

In de interviews hebben de betreffende zorgverzekeraars een beeld gegeven van de huidige grensoverschrijding in de euregio. De rapporten die hiervoor genoemd zijn, zijn als aanvulling op deze beschrijvingen gebruikt. Voor alle gebieden geldt dat grensoverschrijding plaatsvindt in geval van noodhulp in het buitenland. Aangezien dit niet noodzakelijkerwijs in het grensgebied met Nederland plaatsvindt en bovendien bij de Nederlandse en Europese wetgeving geregeld is, is dit niet beschreven in tabel 3.2 waarin een overzicht gegeven wordt.



Tabel 3.2 Grensoverschrijding in de euregio's

Verzekeraar	Huidige situatie GOZ naar buitenland	Huidige situatie GOZ vanuit buitenland.
Onderling Zorg (OZ) in Zeeland en deel Noord-Brabant (euregio's Scheldemond en Benelux-Middengebied).	Grensoverschrijding op basis van Bijzondere regeling geneeskundige hulp België voor specialistische hulp die niet of onvoldoende in Nederland geboden wordt (ongeveer 1500 patiënten per jaar) naar Gent en Brugge.	Vanuit België bestaat weinig belangstelling voor voorzieningen in Nederland.
CZ-groep (CZ) in deel Noord-Brabant, Limburg en Gelderland (euregio's Benelux-Middengebied, Maas-Rijn, Maas-Rijn noord en Rijn-Waal).	Grensoverschrijding vindt plaats voor specialistische hulp (ongeveer 75 per jaar) naar ziekenhuizen in Luik, Aken en Genk hiernaast wordt door grensarbeiders veel gebruik gemaakt van goz (aantal 15000, incl. familieleden).	Vanuit België en Duitsland bestaat behoefte specialistische zorg in Nederland te ontvangen (hartchirurgie, oncologie, niertransplantatie). Er is een samenwerkingsverband tussen het revalidatie-centrum in Hoensbroek en de Christelijke mutualiteit in België voor dwarslaesie patiënten.
VGZ in deel Limburg en Gelderland (euregio's Benelux-Middengebied, Maas-Rijn, Maas-Rijn noord, Rijn-Waal).	Grensoverschrijding vindt in regio rondom Nijmegen weinig plaats, wel is er contact met en wordt er in incidentele gevallen uitgeweken naar ziekenhuis in Kleve. Voor de regio Zuid-Limburg geldt dat er door grensarbeiders wel veel grensoverschrijding plaatsvindt.	Radboud ziekenhuis in Nijmegen heeft te maken met patiënten vanuit Duitsland voor topzorgbehandelingen zoals open hartchirurgie en radiotherapie en kinderoncologie.
RZR in Gelderland (euregio Rijn-Waal).	Grensoverschrijding vindt weinig plaats, soms wordt uitgeweken naar ziekenhuis in Düsseldorf bijvoorbeeld in geval van wachtlijsten.	Grensoverschrijding vindt weinig plaats, er bestaat wel behoefte aan specialistische hulp Arnhem of Nijmegen (Radboud ziekenhuis).
Oost Nederland (ON) in Twente (euregio Rijn-Waal, Rijn-Ems-IJssel).	Grensoverschrijding vindt weinig plaats, soms wordt uitgeweken naar ziekenhuis in Münster bijvoorbeeld bij MRI-scans of wachtlijsten.	Grensoverschrijding naar revalidatiecentrum 't Roessingh. Met name bij grensbewoners in Duitsland bestaat belangstelling voor zorg net over de grens in Nederland omdat zorg in het eigen land pas ver landinwaarts te verkrijgen is (Münster).
Het Groene Land in Flevoland, Overijssel, Drenthe (euregio Rijn-Ems-IJssel en Eems-Dollard).	Grensoverschrijding vindt weinig plaats.	Grensoverschrijding vindt weinig plaats, het ziekenhuis in Emmen (NL) verhuurt ruimte aan specialisten van het ziekenhuis in Meppen (D).
RZG in Drenthe en Groningen (euregio Eems-Dollard).	Grensoverschrijding vindt weinig plaats.	Grensoverschrijding vindt plaats naar het AZG.

## 3.2 Scheldemond

In de Euregio Scheldemond is veel ervaring opgedaan met grensoverschrijdende zorg. Dit ligt voornamelijk in het feit dat het aantal voorzieningen op specialistisch niveau in Zeeuwsch-Vlaanderen niet toereikend is voor de bevolking. Vanwege de natuurlijke begrenzings van de Oosterschelde en de Schelde zijn voorzieningen elders in de regio moeilijk bereikbaar (Rombouts, 1990). Patiënten kunnen voor bepaalde vastgestelde voorzieningen, die niet of onvoldoende verkrijgbaar zijn in Zeeuwsch-Vlaanderen kunnen patiënten naar België op grond van de zogenaamde Zeeuwsch-Vlaanderenregeling. Zij krijgen via een standaardprocedure toestemming en betalingsgarantie voor de zorg in het UZ Gent en het AZ St. Jan te Brugge in België.<sup>24</sup> Per jaar gaat het om zo'n 1500 eerste aanvragen die toegekend worden aan verzekerden van OZ-zorgverzekering. In totaal, dat wil zeggen ziekenfonds en particulier verzekerden worden er een kleine 2000 patiënten per jaar in een Belgisch specialistisch of algemeen ziekenhuis opgenomen.<sup>25</sup> Een probleem dat zich voor doet bij het gebruik van hulp in een ziekenhuis in België is het intercollegiale verwijsgedrag dat specialisten vertonen. Ook wanneer de patiënt toestemming heeft voor slechts één behandeling, wordt hij vaak doorgestuurd naar verschillende specialisten die elk extra behandelingen uit kunnen voeren. Formeel moet per specialistische behandeling eerst toestemming gevraagd worden bij de zorgverzekeraar. Ook voor huisartsenzorg geldt dat er een uitstroom naar België plaatsvindt; volgens het IVA-onderzoek worden per jaar ongeveer 550 Nederlandse patiënten worden door een Belgische huisarts behandeld worden.<sup>26</sup> Voor patiënten vanuit België bestaat weinig belangstelling voor zorgvoorzieningen in Nederland. De infrastructuur in België is toereikend.

In de euregio Scheldemond doet zich een aantal specifieke problemen voor met betrekking tot grensoverschrijding. Bij concentratie op het buitenland geldt dat naarmate een zorgverzekeraar zich meer gaat richten op het buitenland, de eigen zorginfrastructuur meer onder druk gezet wordt. Wanneer er een leegloop uit Zeeuwsch-Vlaanderen plaatsvindt, is het steeds moeilijker zorgvoorzieningen ter plaatse in stand

---

<sup>24</sup> Deze overeenkomst (officieel: Bijzondere regeling geneeskundige hulp in België) is gesloten tussen de zorgverzekeraar AZWZ, de Ziekenfondsraad, het Ministerie van WVC, de VNZ en de gewestelijke diensten van het RIZIV, de intermutualistische colleges van Oost en West-Vlaanderen, het UZ Gent en het AZ St. Jan Brugge. De regeling trad op 1 maart 1978 in werking.

<sup>25</sup> De uitstroom van topspecialistische hulp is sterk discipline-gebonden. De regeling geldt voor beademing, cardiologie, haemodialyse, mond- en kaakchirurgie, neuro-chirurgie, nucleaire geneeskunde, plastische chirurgie, radio-therapie, reumatologie, behandeling door een longarts en gespecialiseerde urologische of neurologische behandeling van kinderen (OZ, 1994). In het UZ Gent worden Zeeuwsch-Vlaamse patiënten vooral opgenomen voor pediatrie, neurochirurgie, nefrologie, radio-kerntherapie, traumatologie en reumatologie. In het AZ St. Jan vallen de opnames vooral onder specialismen cardiologie, neurochirurgie, hartheelkunde, algemene inwendige ziekten en orthopedische heelkunde (OZ, informatie).

<sup>26</sup> Een voordeel dat patiënten in het IVA-onderzoek noemen van het bezoek aan een Belgische huisarts is de bereikbaarheid; in Nederland moet vaak een afspraak gemaakt worden voor een bezoek dat alleen op vastgestelde tijden kan plaatsvinden, in België is de huisarts meestal meteen te bezoeken. Hiernaast blijken patiënten de zorgverlening in België anders te ervaren. In Nederland zijn huisartsen bijvoorbeeld minder geneigd behandelingen uit te voeren, medicijnen voor te schrijven of persoonlijk patiënten te bezoeken dan in België (zie ook De Jong, 1993). Over het algemeen bestempelen patiënten huisartsen in België als hoffelijker en vriendelijker dan hun Nederlandse collega's. Een nadeel van deze houding zou echter kunnen zijn dat patiënten erg afhankelijk van hun huisarts worden en zelf te weinig eigen verantwoordelijkheid nemen.

te houden, omdat er geen patiënten gebruik van maken. Bovendien veroorzaakt een grote uitstroom naar België een extra druk op de voorzieningen aldaar. Bij het oplossen van problemen op korte termijn moet dus altijd het lange termijn perspectief in het oog gehouden worden.

#### *Samenwerking*

Zorgverzekeraar OZ en de Christelijke Mutualiteiten (CM) van Gent, Brugge, Eeklo en Sint-Niklaas streven naar schaalvoordelen en betere belangenbehartiging van de verzekerden door samenwerking zowel op het vlak van verplichte als vrije ziekteverzekering (Samenwerkingsprotocol, 1995). Er wordt gestreefd naar het gezamenlijk oplossen van problemen bij grensoverschrijdende zorg. De nadruk ligt op kwaliteit, toegankelijkheid, kostprijs en continuïteit van de zorgverlening. Daarnaast zal in een ruimer perspectief samengewerkt worden, o.a. door het opzetten van onderzoeks- en actieprojecten en het opleiden van medewerkers in regelgeving en organisatie van verschillende gezondheidszorgsystemen. Een ander vorm van samenwerking komt tot uitdrukking in het gezamenlijk indienen van een projectvoorstel in het kader van het Interreg II programma. De wens tot samenwerking tussen OZ en CM werd op 28 september 1995 formeel vastgelegd in een samenwerkingsprotocol tussen de beide partijen.

#### *Voorzieningen*

Als gevolg van fuseringen en de vorming van ziekenhuisgroepen verschilt het aantal ziekenhuislocaties in praktijk met het aantal geregistreerde ziekenhuizen. Deze gegevens zijn gebaseerd op gegevens uit het haalbaarheidsonderzoek van Van Tits (Van Tits, 1993) en gegevens van het Nationaal Ziekenhuisinstituut. In de Euregio Scheldemond zijn in totaal 18 algemene ziekenhuizen. Er liggen er 15 in het Belgische deel van de Euregio. Bovendien staat in Gent een Academisch Ziekenhuis. In het Nederlandse deel zijn 3 ziekenhuizen. Het totaal aantal bedden in Nederland is 356. Tevens is een aantal bedden voor psychiatrische patiënten gereserveerd (24) en voor pas-geborenen (23). In Hulst is een buitenpolikliniek.

Een conclusie in het IVA-rapport is dat er voor problemen in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van ziekenhuishulp naar structurele oplossingen gezocht moet worden voor de toekomst. Op korte termijn kunnen problemen wellicht intern opgelost worden, maar voor de lange termijn lijkt samenwerking met Belgische aanbieders de meest aangewezen manier (Van Tits, 1995). Een probleem met betrekking tot de samenwerking is dat er geen sprake kan zijn van een win/win-situatie aan de vraagzijde, omdat voor Belgische patiënten geen bijzondere voorzieningen in Nederland te krijgen zijn. De voordelen moeten dan ook vooral aan aanbodzijde gezocht worden.

### **3.3 Benelux-Middegebied**

Deze regio beslaat in België een groot gebied, officieel lopend van Antwerpen tot Leuven tot aan Hasselt. In Nederland valt de gehele provincie Noord-Brabant onder deze euregio.

De zorgverzekeraars in deze regio (VGZ en CZ) geven aan dat in deze regio geen noemenswaardige grensoverschrijding plaatsvindt.

#### *Voorzieningen*

In dit gebied is zowel het Nederlandse als het Belgische gedeelte ruim bedeed met voorzieningen. In Antwerpen en Leuven zijn (academische) ziekenhuizen die top-specialistische hulp bieden. Verder zijn er voldoende grote woonplaatsen waar ziekenhuizen en voorzieningen zijn. In Nederland geldt dat het hele gebied van Roosendaal, Tilburg, Breda en Eindhoven goed voorzien is, niet alleen met algemene ziekenhuizen, maar ook revalidatiecentra en psychiatrische ziekenhuizen.

#### *Samenwerking*

Uit geen van de interviews (aan Belgische en aan Nederlandse zijde) kwam enige vorm van samenwerking ter sprake tussen aanbieders of zorgverzekeraars. Wel speelt dit voor de betreffende zorgverzekeraars in de euregio Scheldemond en in de euregio Maas-Rijn.

### **3.4 Maas-Rijn**

In deze regio bestaat veel belangstelling voor grensoverschrijding, niet alleen in de gezondheidszorg, maar ook op andere terreinen. Al sinds 1976 is een Euregionale Commissie actief die zich inzet voor de ondersteuning en bevordering van grensoverschrijdende samenwerking van sociale, economische of culturele aard. De Euregio Maas-Rijn is een samenwerkingsverband van de provincie Belgisch Limburg en het zuidelijke deel van de provincie Nederlands Limburg, de provincie Luik, de regio Aken (de stad Aken en de Kreisen Aken, Heinsberg, Düren en Euskirchen) en de Duitstalige gemeenschap in België.

Het bestuur van de euregio gaat in toenemende mate gemeenschappelijk Euregionaal beleid ontwikkelen. Het Interreg-fonds van de Europese Gemeenschap is in dit verband van groot belang voor de financiering van de verschillende samenwerkingsinitiatieven.

#### *Voorzieningen*

Wat betreft gezondheidszorg is de euregio Maas-Rijn een gebied met een goed uitgebouwd voorzieningenaanbod van een vergelijkbaar niveau in de onderscheiden lidstaten. In een kleine straal rondom Maastricht liggen drie academische ziekenhuizen, het Academisch Ziekenhuis Maastricht zelf, het academisch ziekenhuis in Luik en het academisch ziekenhuis in Aken, die elk topspecialistische behandelingen bieden. Ook het St. Jansziekenhuis in Genk biedt specialistische zorg. Vanuit België en Duitsland bestaat vraag naar hulp geboden in het AZM, maar ook naar bepaalde voorzieningen als revalidatiehulp in Hoensbroek, of chronische verpleging in tehuizen in Nederland.<sup>27</sup> Patiënten uit Nederland kunnen bijvoorbeeld gebruik maken van specialistische hulp in de andere academische ziekenhuizen. Incidenteel wordt er door patiënten gebruik gemaakt van het brandwondencentrum in Aken. Officieel mag het ziekenfonds de hulp die hier gegeven wordt niet vergoeden, omdat in Beverwijk (NL) een zelfde soort voorziening is.

---

<sup>27</sup> In Hoensbroek komt 7% van de zorg ten goede aan Vlaamse patiënten en in de revalidatiekliniek in Valkenburg is dit zelfs 30%. Hoewel voor de financiering hiervan goede afspraken met de Mutualeiten zijn gemaakt, leidt het patiëntenverkeer toch soms tot plannings- en uitvoeringsproblemen (Scheres, 1993).

### *Samenwerking*

Op het vlak van onderlinge afstemming en samenwerking zien de betrokken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleids-verantwoordelijken van de gemeenten en provincies grote uitdagingen. De afgelopen jaren is een groot aantal activiteiten ontplooid om de samenwerking op gezondheidszorggebied te verbeteren en te bevorderen, bijvoorbeeld op het gebied van preventie en promotie of opleidingen in de gezondheidszorg (Scheres, 1993). De meeste contacten zijn nog van een oriënterend of beleidsvoorbereidend karakter.

De verzekeraars in de regio Maas-Rijn vinden grensoverschrijdende samenwerking van groot belang, bijvoorbeeld om in de toekomst de planning van voorzieningen in een betrekkelijk klein geografisch gebied beter af te stemmen. De wil tot samenwerking in de toekomst komt tot uitdrukking in de samenwerkingsprotocollen die tussen de CZ-groep en de CM-Limurg op 14 oktober 1994 in Maastricht ondertekend werd en het recent ondertekende samenwerkingsprotocol tussen de CZ-groep Zorgverzekeringen, de Christliche Krankenkassen/Christelijke Mutualiteiten/Mutualités Chrétiennes en de AOK Rheinland (12 januari 1996 in Vaalsbroek).

In de euregio Maas-Rijn hebben de ziekenfondsen uit de drie aangrenzende lidstaten - het Intermutualistisch College voor België, CZ, VGZ en OZ-zorgverzekeraars voor Nederland en BKK-Bundesverband voor Duitsland gezamenlijk een projectvoorstel uitgewerkt met de titel "Grensoverschrijdend project in de Euregio Maas-Rijn met het vooruitzicht van een vrijere toegang tot gezondheidszorg in de grensstreek". Dit voorstel is ingediend in het kader van het tweede Europese actieprogramma voor de grensstreken, Interreg II. Bedoeling van dit project is om complementariteitsprotocollen te kunnen afsluiten ten behoeve van de grensbewoners in dit gebied en het daartoe vereiste draagvlak van verzekeringsinstellingen, instanties en zorgaanbieders tot stand te brengen (Justaert in Alden Biezen, 1995). Onderdeel van dit experiment is het scheppen van een zekere experimenteerruimte waarbinnen nieuwe grensoverschrijdende samenwerkings- en afstemmings-vormen uitgeprobeerd kunnen worden.

Dit experiment kan aansluiten bij een reeds enkele jaren bij de Europese Commissie in behandeling zijnd voorstel om de positie van gezinsleden van grensarbeiders gelijk te trekken met die van de grensarbeiders zelf. De grensarbeiders zijn een doelgroep binnen de grensoverschrijdende zorgproblematiek die bijzondere aandacht verdient. Binnen de regio is sprake van een grote arbeidsmobiliteit. Elke dag trekken er ongeveer 9000 Belgische ziekenfondsverzekerden over de grens om in Nederland te gaan werken. Andersom werken zo'n 900 inwoners van het Nederlandse gebied van de euregio dagelijks in België.

AOK/Rheinland heeft alleen in het grensgebied met Nederland al 6000 grensarbeiders als lid wonen, respectievelijk 9000 verzekerden inclusief gezinsleden. In het grensgebied met België betreft het 2000 grensarbeiders die lid zijn van de AOK-Rheinland, respectievelijk 3000 verzekerden.

Een ander voorbeeld van samenwerking in deze euregio is het gemeentelijk samenwerkingsverband tussen de Duitse stad Herzogenrath en de direct naastgelegen Nederlandse stad Kerkrade, Eurode. Vanuit het Duitse gebied komen de laatste jaren steeds meer aanvragen van ouderen om opgenomen te worden in verzorgings en verpleeghuizen in Kerkrade (Sampermans, 1994). Vanuit de zorgorganisatie SVB/ZV-BM in Kerkrade is een model ontwikkeld om de ouderen in Herzogenrath zorg op maat

te bieden.<sup>28</sup> In dit project wordt nauw samengewerkt met de zorgverzekeraars, de provinciale en gemeentelijke overheid en de andere zorgaanbieders. Ook vindt in deze regio samenwerking tussen de vier Kankerorganisaties uit de verschillende landen plaats, onder de naam 'Dreiländertreffen Foundation'. Hiernaast zijn tal van individuele initiatieven ontwikkeld in de regio met betrekking tot grensoverschrijdende samenwerking, zoals bestrijding van de drugsproblematiek, coördinatie van opleidingen en een euregionaal informatiecentrum.

### 3.5 Maas-Rijn noord

Deze regio valt samen met het noordelijk deel van Limburg, met als grote plaatsen Venlo en Venray. Over de grens strekt de regio zich uit tot aan Duisburg en Düsseldorf.

In deze regio zijn de zorgverzekeraars CZ en VGZ actief. Deze oriënteren zich veel op grensoverschrijdende zorg, maar wat betreft dit gebied lijkt er weinig specifieke activiteit plaats te vinden. De initiatieven concentreren zich meer op de euregio Maas-Rijn en Rijn-Waal.

#### *Voorzieningen*

Het voorzieningenniveau aan beide zijden van de grens is goed. In Venlo zijn voldoende voorzieningen en ook aan Duitse kant (Düsseldorf) is het niveau toereikend. Voor specialistische hulp kunnen Duitse patiënten uitwijken naar het academisch ziekenhuis in Nijmegen in het Nederlandse deel van de euregio Rijn-Waal of in eigen land naar Duisburg.

#### *Samenwerking*

In dit gebied is zorgverzekeraar VGZ actief. Deze verzekeraar participeert in samenwerkingsverbanden in de regio Maas-Rijn en Rijn-Waal. Wat betreft de euregio Maas-Rijn Noord vindt geen aparte samenwerking met aanbieders in Duitsland plaats.

### 3.6 Rijn-Waal

In deze regio heeft het Nationaal Ziekenhuisinstituut in 1995 een inventarisatie uitgevoerd naar grensoverschrijdend zorgverkeer. Dit resulteerde in een uitvoerige beschrijving van het zorgaanbod, de behoefte aan grensoverschrijding en de (on)mogelijkheden ervan. De regio Rijn-Waal loopt van de regio Nijmegen-Arnhem via Emmerich, Kleve en Wesel door tot aan Duisburg.

Er bestaat in deze regio voornamelijk een stroom patiënten vanuit Duitsland naar Nederland, met name voor het ontvangen van specialistische zorg die geboden wordt in het academische ziekenhuis Nijmegen (Het Radboudziekenhuis). Het Radboudziekenhuis biedt topzorgbehandelingen zoals open hartchirurgie en radiotherapie en heeft met name op het gebied van de kinderoncologie een goede expertise. Het ziekenhuis

---

<sup>28</sup> Hierbij wordt de nadruk gelegd op de reactiverings- en revalidatiefunctie, zowel voor lichamelijke ziekten en gebreken als voor beginnende psycho-geriatrische problemen. Het is de bedoeling om annex een aantal aangepaste appartementen voor ouderen een algemene ruimte te realiseren waarin zorg- en behandelingsfuncties aangeboden worden, niet alleen aan de bewoners van appartementen, maar ook aan de ouderen in de naaste omgeving.

wordt voortdurend geconfronteerd met de vraag hoeveel buitenlandse patiënten voor topzorg toe te laten, aangezien er ook een aanzienlijke Nederlandse groep patiënten is. In recent gevoerd overleg tussen de Ziekenfondsraad, de zorgverzekeraar VGZ en het academisch ziekenhuis zijn de mogelijkheden voor het opnemen van buitenlandse patiënten verder uitgewerkt.

Ook zorgverzekeraar CZ is in dit gebied actief met betrekking tot grensoverschrijdende zorg.

#### *Voorzieningen*

In de Euregio Rijn-Waal zijn in totaal 35 ziekenhuizen, academisch en algemeen. 26 liggen in het Duitse deel van de Euregio, 9 in het Nederlandse gebied. Zowel aan Duitse zijde als Nederlandse is een concentratie van de ziekenhuizen in de grote steden, zoals Nijmegen, Arnhem en Duisburg. Een belangrijke voorziening in de regio is het academisch ziekenhuis in Nijmegen. Andere specialistische hulp wordt geboden in een universitair centrum voor longziekten met een capaciteit van 78 bedden (Dekkerswald nabij Nijmegen). In de Duitse deelregio is een Fachklinik voor neurologie, een Fachklinik voor psychosomatiek en migraine en een Unfallklinik.

In de Nederlandse deelregio zijn twee revalidatieklinieken met in totaal 580 bedden, waarvan 360 voor revalidatie en 220 voor reumatologie en orthopedie bestemd. In het Duitse deel zijn geen revalidatiecentra, vandaar dat voor deze voorzieningen ook belangstelling vanuit Duitsland bestaat.

Mogelijkheden voor grensoverschrijdende zorgverlening vanuit het buitenland ten behoeve van Nederlanders liggen in de aanvullende sfeer, zoals kuuroorden of thermaal baden.

#### *Samenwerking*

Binnen de organisatie van zorgverzekeraar VGZ bestaat veel belangstelling voor grensoverschrijdende gezondheidszorg. Op uitvoerend niveau gebeurt nog weinig, maar op strategisch niveau beraadt de organisatie zich al enige tijd op haar toekomstige mogelijkheden in een Europese markt. In 1994 verrichtte VGZ een intern onderzoek rondom dit vraagstuk (Delnoij en Ros, 1995). VGZ is betrokken bij overlegstructuren in Midden- en Zuid-Limburg met andere zorgverzekeraars (OZ verzekeringen en CZ-groep), Belgische mutualiteiten (Christelijke Mutualiteit Hasselt) en Duitse Krankenkassen (AOK in Aken en Techniker Krankenkasse Hamburg/Krefeld). Overleg vindt vooral plaats over de interpretatie van Europese richtlijnen. Concurrentie of samenwerking tussen de ziekenfondsen in de verschillende landen ligt niet zondermeer voor de hand, omdat de verzekeraars zich richten op een verschillende doelgroep (bijvoorbeeld Betriebskrankenkassen op grote bedrijven).

De grensoverschrijdende oriëntatie van verzekeraar CZ kwam al ter sprake in de beschrijving van de euregio Maas-Rijn. Ook in deze regio Rijn-Waal is CZ actief.

### **3.7 Rijn-Ems-IJssel**

Dit gebied beslaat een deel van de Achterhoek, Twente en een deel van Overijssel tot aan de provincie Drenthe. Over de grens loopt het gebied vanaf Gronau tot Münster en Osnabrück. In dit gebied is weinig activiteit op het gebied van grensoverschrijdend zorgverkeer plaats. Wel wordt er op beleidsmatig niveau steeds meer aandacht besteed aan grensoverschrijdende samenwerking ook in de gezondheidszorg getuige

een studieconferentie van de Stedenkring Zwolle-Emsland in september 1995.<sup>29</sup>

#### *Voorzieningen*

Er bestaan geen voorzieningen waarvoor patiënten uit het grensgebied speciaal naar Duitsland willen. De ziekenhuizen aan Nederlandse zijde bieden voldoende voorzieningen (Enschede, Hengelo en Zwolle). De ziekenhuizen in het Duitse deelgebied dicht bij de grens beschikken over minder voorzieningen. In Münster staat een ziekenhuis dat met het Enschedese overeenkomt, maar dat ligt relatief ver weg (45 km van de grens).

De revalidatiezorg in Duitsland is minder goed ontwikkeld dan in Nederland. In Enschede staat het revalidatiecentrum 't Roessingh. Dit centrum werkt samen met het ziekenhuis Medisch spectrum Twente, de Universiteit Twente en de universiteit in Münster. Aan Duitse zijde van de grens bestaat veel belangstelling voor de revalidatiezorg in Nederland. Momenteel reserveert 't Roessingh al enkele bedden voor Duitse patiënten. 't Roessingh is het enige revalidatiecentrum in de regio. Het centrum biedt zorg aan verzorgingshuizen en de ziekenhuizen in de omgeving. Ook landelijk vervult het een belangrijke functie, vanwege de hoge deskundigheid op het gebied van revalidatiezorg en revalidatietechniek. Op dit moment wordt in Zwolle een revalidatiecentrum opgestart. De bedden capaciteit voor Nederlandse patiënten in 't Roessingh kan hierdoor enigszins afgebouwd worden. Wellicht dat dit mogelijkheden biedt voor patiënten vanuit Duitsland.

#### *Samenwerking*

Bij Oost Nederland zorgverzekeraar ligt de prioriteit momenteel niet bij uitbreidingsmogelijkheden van de markt of samenwerking met buitenlandse verzekeraars. In het verleden is wel eens contact geweest met de AOK's in Münster en Bocholt, maar er is momenteel nog weinig sprake van structurele oriëntatie op het buitenland.

Dat er wel belangstelling bestaat voor samenwerking in de toekomst blijkt uit het gezamenlijk projectvoorstel dat deze verzekeraar met zijn Duitse collega's ingediend heeft in het kader van Interreg II. Dit project betreft de Euregionale Specialistische Ambulante Zorg (Iron, 1995).

Tussen zorgaanbieders zelf vindt ook samenwerking plaats getuige het contact dat bestaat tussen de ziekenhuizen in Emmen en Meppen in die zin dat specialisten in Meppen ruimte in het ziekenhuis van Emmen gebruiken. Zoals gezegd vindt ook samenwerking op het gebied van revalidatiezorg plaats.

### **3.8 Dollard-Eems**

De noordelijkste Euregio wordt aan Nederlandse kant gevormd door de provincies Drenthe en Groningen en aan Duitse kant door een smal gebied in Nedersachsen tot aan Oldenburg. Een kenmerk van deze euregio is dat beide zijden van de grens dunbevolkt zijn. Voor het Nederlandse deel is de stad Groningen van groot belang, terwijl dit toch op grote afstand van de grens ligt. Het Duitse gebied heeft weinig grote plaatsen. In deze regio vindt weinig grensoverschrijding met betrekking tot de

---

<sup>29</sup> Op deze studieconferentie "Grenzeloze gezondheidszorg" bleek de behoefte aan een inventarisatie van de voorzieningen in de regio. Hierbij werd zou samengewerkt kunnen worden met de euregio Eems-Dollard om zo een groter gebied te bestrijken.



gezondheidszorg plaats.<sup>30</sup> Wel wordt er binnen de euregionale commissie steeds meer aandacht aan dit terrein besteed.

#### *Voorzieningen*

Vanuit Nederland vindt weinig grensoverschrijding naar Duitsland plaats. In de grensregio in Duitsland bevinden zich geen bijzondere voorzieningen, die niet in Nederland te vinden zijn. Bovendien beschikt de euregio over een academisch ziekenhuis in Groningen, waar patiënten specialistische hulp kunnen ontvangen.

Vanuit Duitsland is belangstelling van Duitsers voor het kuuroord in Nieuwerschans.

#### *Samenwerking*

Er bestaat in deze regio - buiten activiteiten vanuit de euregionale commissie - vanuit de zorgverzekeraars in elk geval geen formele samenwerking.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Uit de gegevens van RZG-zorgverzekeringen blijkt dat er wel ongeveer 500 grensarbeiders ingeschreven staan.

<sup>31</sup> RZG zegt hierover niet afwijzend te staan, maar ziet weinig redenen voor oriëntatie op het buitenland. Vanuit de verzekerden merkt RZG weinig behoefte. In tegendeel: Toen het Academisch Ziekenhuis Groningen in het verleden geconfronteerd werd met een capaciteitstekort voor hartoperaties, probeerde RZG dit op te lossen met behulp van het ziekenhuis in Oldenburg. Patiënten in Nederland reageerden echter terughoudend en bleven liever langer op de wachtlijst voor Nederlandse specialisten in het AZG staan.

Tabel 3.2 Zorggegevens per euregio

ZORG GEGEVENS	Nederland	Duitsland	België
<b>Scheldemond</b>			
Aantal ziekenhuizen	5	-	30
Ziekenhuisbedden per 10.000 inwoners	32.8	-	58.8
Aantal verzorgings-, revalidatietehuizen	9	-	10
Verzorg- en revalidatietehuisbedden per 10.000 inwoners	31.1	-	3.2
Artsen per 10.000 inwoners	4.3	-	13.1
Specialisten per 10.000 inwoners	3.0	-	10.4
<b>Beneluxmiddengebied</b>			
Aantal ziekenhuizen	21	-	42
Ziekenhuisbedden per 10.000 inwoners	33.3	-	55.5
Aantal verzorgings-, revalidatietehuizen	54	-	18
Verzorg- en revalidatietehuisbedden per 10.000 inwoners	30.5	-	5.4
Artsen per 10.000 inwoners	4.2	-	13.2
Specialisten per 10.000 inwoners	3.1	-	11.6
<b>Maas-Rijn</b>			
Aantal ziekenhuizen	7	23	39
Ziekenhuisbedden per 10.000 inwoners	40.7	65.8	49.0
Aantal verzorgings-, revalidatietehuizen	15	5	8
Verzorg- en revalidatietehuisbedden per 10.000 inwoners	38.0	-	4.4
Artsen per 10.000 inwoners	4.3	5.0	13.9
Specialisten per 10.000 inwoners	3.6	14.5	12.2
<b>Maas-Rijn Noord</b>			
Aantal ziekenhuizen	2	37	-
Ziekenhuisbedden per 10.000 inwoners	33.0	74.2	-
Aantal verzorgings-, revalidatietehuizen	3	0	-
Verzorg- en revalidatietehuisbedden per 10.000 inwoners	23.6	0.0	-
Artsen per 10.000 inwoners	4.5	4.5	-
Specialisten per 10.000 inwoners	3.0	18.2	-
<b>Rijn-Waal</b>			
Aantal ziekenhuizen	6	27	-
Ziekenhuisbedden per 10.000 inwoners	46.6	89.3	-
Aantal verzorgings-, revalidatietehuizen	16	1	-
Verzorg- en revalidatietehuisbedden per 10.000 inwoners	30.0	-	-
Artsen per 10.000 inwoners	4.6	3.9	-
Specialisten per 10.000 inwoners	5.7	15.6	-
<b>Rijn-Ems-IJssel</b>			
Aantal ziekenhuizen	7	28	-
Ziekenhuisbedden per 10.000 inwoners	35.2	61.4	-
Aantal verzorgings-, revalidatietehuizen	16	1	-
Verzorg- en revalidatietehuisbedden per 10.000 inwoners	30.0	3.4	-
Artsen per 10.000 inwoners	4.1	4.1	-
Specialisten per 10.000 inwoners	3.2	11.9	-
<b>Dollard Eems</b>			
Aantal ziekenhuizen	10	22	-
Ziekenhuisbedden per 10.000 inwoners	39.1	60.5	-
Aantal verzorgings-, revalidatietehuizen	24	29	-
Verzorg- en revalidatietehuisbedden per 10.000 inwoners	36.9	38.8	-
Artsen per 10.000 inwoners	4.3	2.8	-
Specialisten per 10.000 inwoners	3.7	-	-

Aantal ziekenhuizen  
Nederland: NZI, 1995  
Duitsland: Easystat, 1993  
België: Adressenboek, 1994

Verzorging- en revalidatiebedden  
Nederland: CBS, 1995 en NZI, 1995  
Duitsland: Easystat, 1993  
België: Info, Santé, 1992

Ziekenhuisbedden  
Nederland: NZI, 1995  
Duitsland: Easystat, 1993  
België: Info Santé, 1992

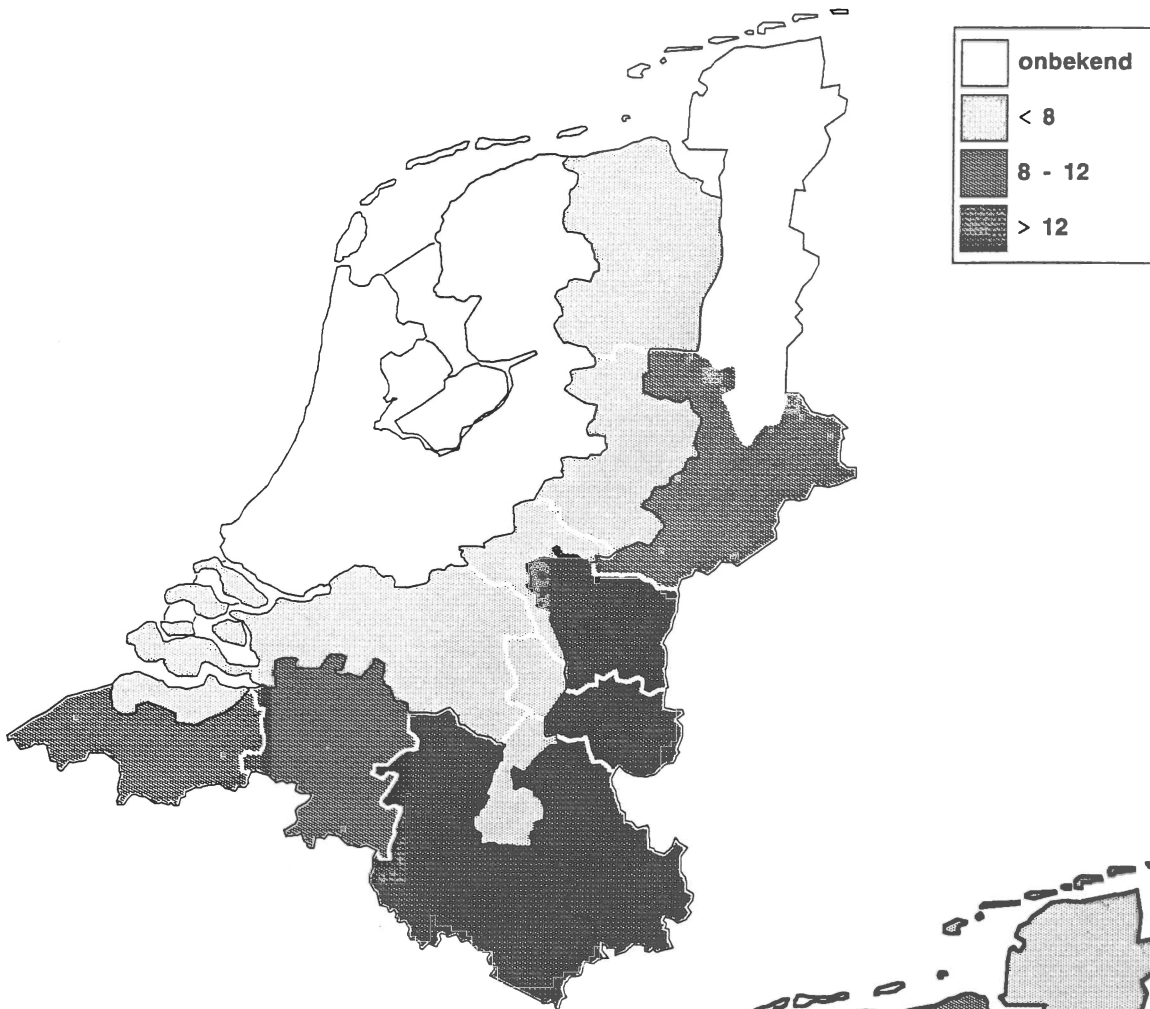
Artsen  
Nederland: Nivel, 1992  
Duitsland: Easystat, 1993  
België: Regionaal Statistisch Zakboek '90

Verzorgings- en revalidatietehuizen  
Nederland: CBS, 1995 en NZI, 1995  
Duitsland: Easystat, 1993  
België: Info Santé, 1992

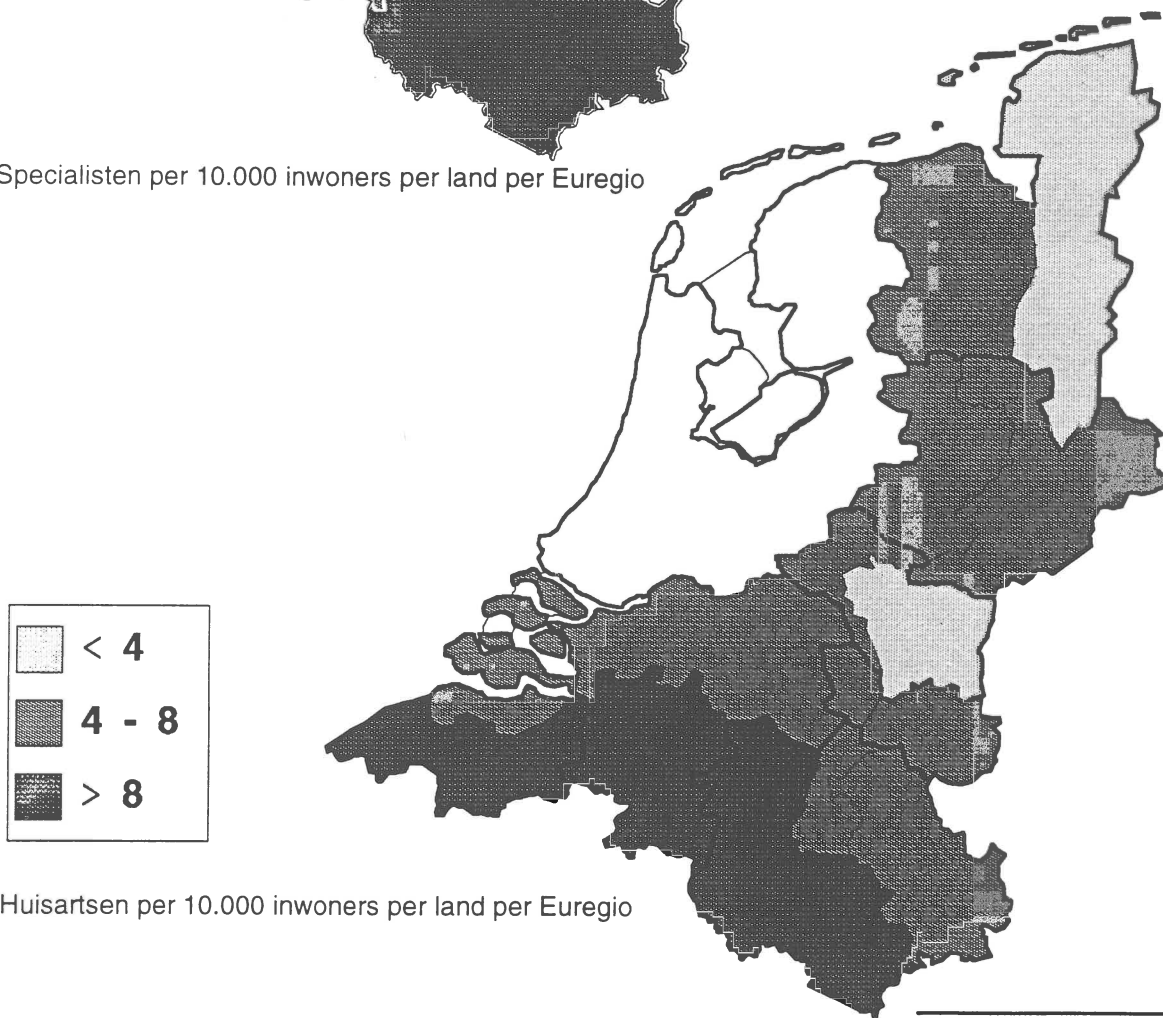
Specialisten  
Nederland: College van Ziekenhuis-voorzieningen, 1995  
Duitsland: Easystat, 1993 (werkzamen)

Ziekenhuizen naar aantal bedden

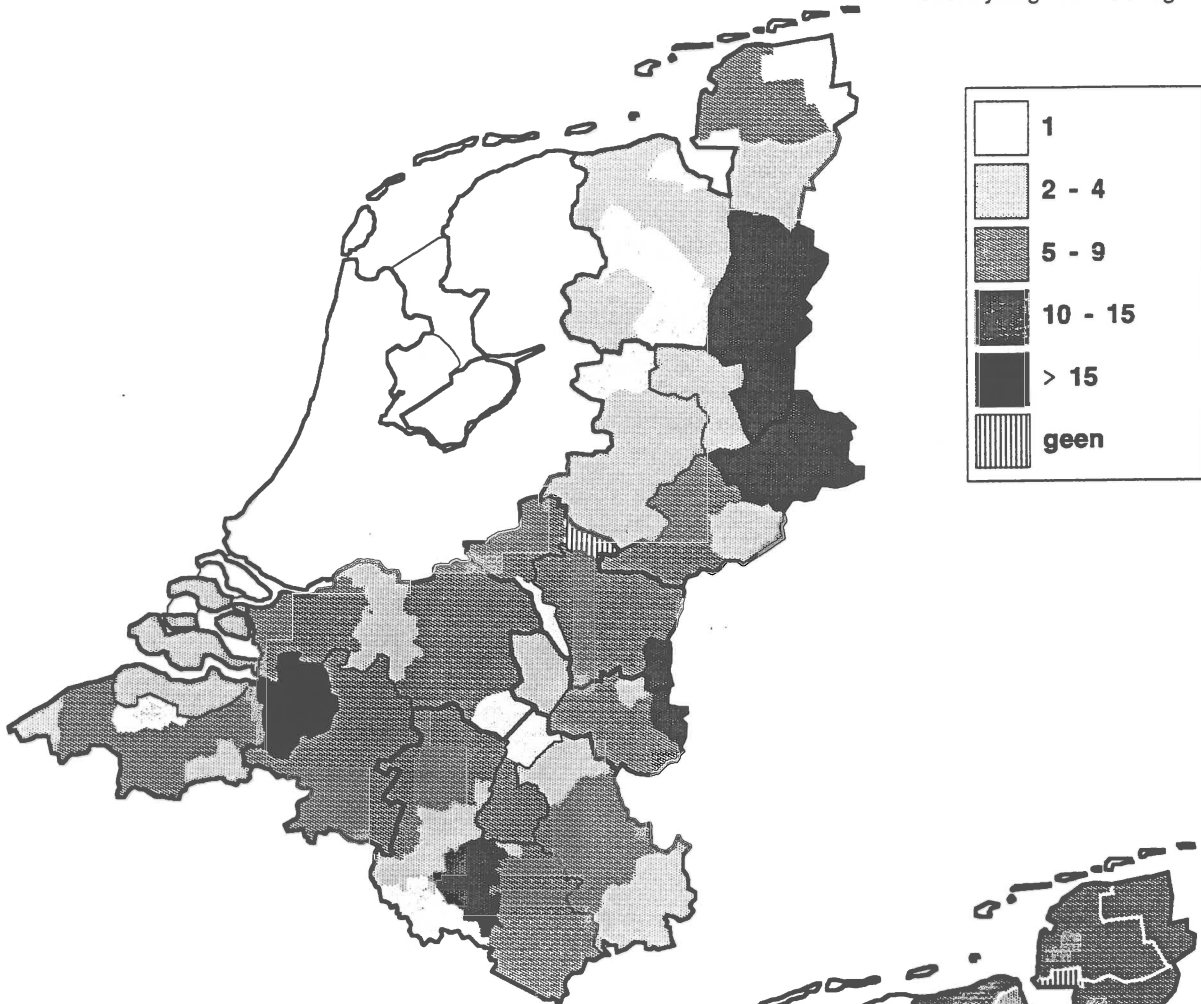




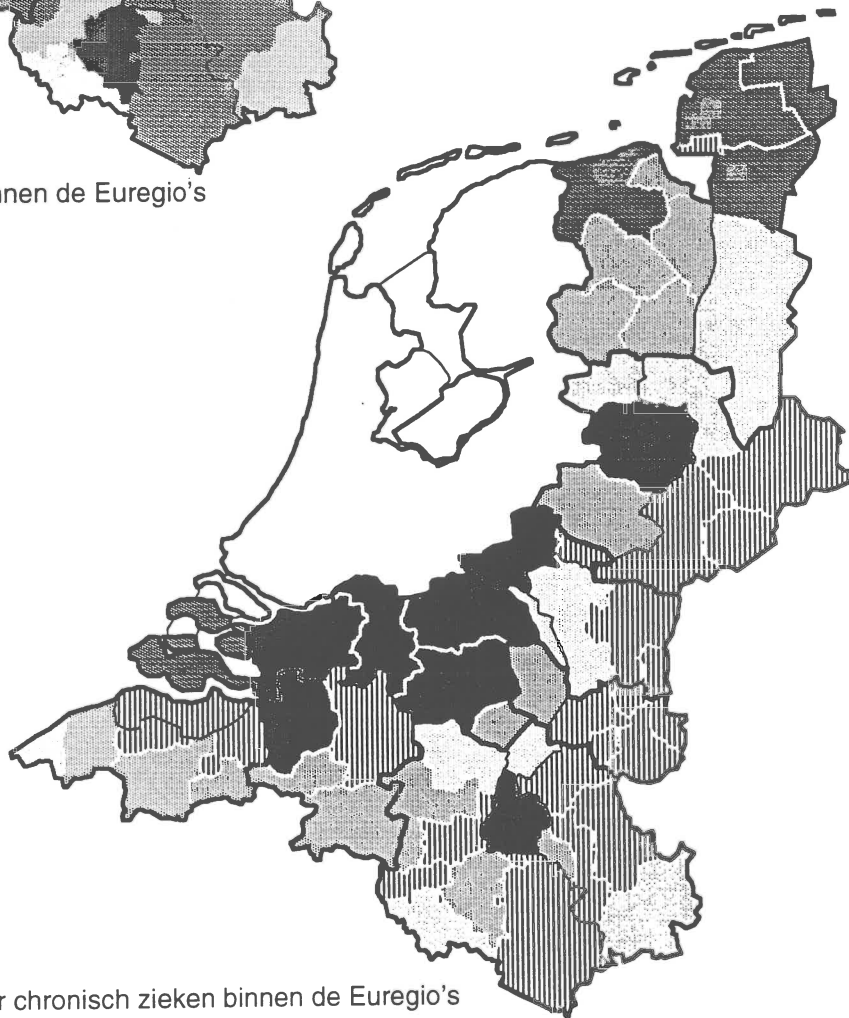
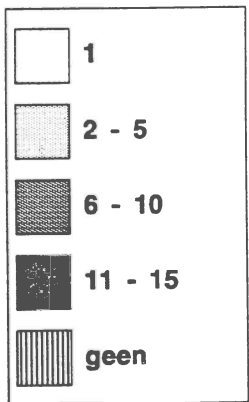
Specialisten per 10.000 inwoners per land per Euregio



Huisartsen per 10.000 inwoners per land per Euregio



Spreiding van ziekenhuizen binnen de Euregio's



Spreiding van instellingen voor chronisch zieken binnen de Euregio's

### 3.9 Conclusie

Het blijkt dat de mate van grensoverschrijding in de verschillende euregio's verschilt. In een aantal gebieden is er weinig sprake van grensoverschrijding. Dit ligt soms in het feit dat er aan beide zijden van de grens een evenwichtig stelsel van hooggekwalficeerde en minder hooggekwalficeerde voorzieningen is, zoals in de regio Midden-Benelux en Maas-Rijn Noord. Een andere verklaring is dat er aan beide zijden van de grens weinig voorzieningen zijn zoals in de regio Dollard-Eems en het gebied daar bovendien een lage bevolkingsdichtheid kent.

Wanneer het aantal voorzieningen in de euregio onevenwichtig verdeeld zijn bestaat meer belangstelling voor grensoverschrijding in de gezondheidszorg. Soms ligt het zwaartepunt van voorzieningen in België, zoals bij Zeeuwsch-Vlaanderen, Gent en Brugge. Hier vindt - op grond van de Zeeuwsch-Vlaanderen regeling veel grensoverschrijding plaats.

In andere euregio's liggen de hooggekwalficeerde voorzieningen in Nederland en is het grensgebied in het buitenland minder sterk bedeed. Dit geldt voor de euregio Rijn-Waal met het Radboudziekenhuis in Nijmegen dichtbij de grens. Het Duitse gebied beschikt wel over voldoende ziekenhuizen in de regio (Kleve, Emmerich), maar voor topspecialistische hulp moeten grensbewoners ver landinwaarts. Bovendien zijn in dit gebied goede voorzieningen op het gebied van chronische zorg en revalidatiezorg, zoals de Maartenskliniek en Dekkerswald.

Het zelfde kan gezegd worden voor de euregio Rijn-IJssel-Ems, waar zich hooggekwalficeerde voorzieningen in Enschede bevinden en vlak over de grens in Duitsland geen bijzondere voorzieningen. Verder landinwaarts in Münster bevinden zich wel voldoende specialistische voorzieningen. In deze euregio is in Nederland veel expertise op het gebied van revalidatiezorg, geboden in 't Roessingh in Enschede.

Een bijzondere euregio is Maas-Rijn. Hier bestaat veel belangstelling voor grensoverschrijdend zorgverkeer. Dit heeft te maken met de geografische ligging van de regio: de Nederlandse provincie Limburg grenst voor drie kwart aan het buitenland en grensoverschrijding vindt op allerlei gebied plaats. Wat betreft de gezondheidszorg kan geconcludeerd worden dat de verschillende landen allen de beschikking hebben over een hooggekwalficeerd voorzieningenniveau. Tussen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars vindt al veel samenwerking plaats. Met name het grote aantal grensarbeiders, die in verschillende landen van de gezondheidszorg gebruik kunnen maken, vereist de aandacht. Grensoverschrijding in het algemeen vindt vooral plaats voor topklinische zorg, zoals oogoperaties en specialistische hartoperaties.

## 4. EXPERIMENT

In de loop van het onderzoek zijn vele voorstellen voor een experiment met een verruiming van de mogelijkheden gezondheidszorg in het buurland te consumeren aan de orde geweest.

Alvorens deze één voor één worden besproken is het goed om enkele algemene principes te formuleren, waaraan een experiment dient te voldoen. Vervolgens kunnen de verschillende voorstellen aan deze principes worden getoetst. Bij de mogelijke experimenten wordt nader aandacht besteed aan problemen betreffende wederkerigheid, precedentwerking en financiële consequenties. Hiermee kan de tweede onderzoeksvraag beantwoord worden.

Hierna wordt de aanbeveling voor een onderzoek gedaan en daarmee een antwoord gegeven op de derde onderzoeksvraag, namelijk waar en hoe het experiment in een grensregio concreet ingevuld dient te worden.

### 4.1 Algemene voorwaarden

Voor het formuleren van een aantal algemene voorwaarden voor een experiment met verruiming van de mogelijkheden voor grensoverschrijdende zorg staan verschillende bronnen ter beschikking:

- 1) algemene voorwaarden die door de minister van VWS aan een experiment zijn gesteld, zoals blijkt uit beantwoording van vragen uit het Nederlandse parlement
- 2) de opdrachtbrief van de Ziekenfondsraad aan het NIVEL (Bijlage 3)
- 3) algemene beginselen van behoorlijk bestuur
- 4) algemene wetenschappelijke uitgangspunten inzake onderzoekbaarheid en evalueerbaarheid

#### Ad 1) Nationale Zorginfrastructuur

Bij het beantwoorden van de vragen van het Lid der Tweede Kamer van de Staten Generaal Bijleveld-Schouten (CDA) over de tandartsverzekering voor grensarbeiders heeft de minister van Volksgezondheid in beginsel positief op een verruiming van de mogelijkheden voor grensoverschrijdende zorg gereageerd onder voorwaarde dat "de nationale zorginfrastructuur niet wordt verstoord" (Tweede Kamer, 1994-1995).

In het antwoord wordt het begrip 'nationale zorginfrastructuur' niet nader uitgewerkt, maar er kan onder verstaan worden dat het om een samenhangend stelsel van voorzieningen gaat en om de regels die de aanspraken op de voorzieningen omschrijven.

Ook wordt de term 'verstoord' niet nader omschreven; wij gaan ervan uit dat de minister voor ogen had dat essentiële elementen van de Nederlandse gezondheidszorg niet blijvend zouden mogen worden aangetast.

De Nederlandse gezondheidszorg heeft als essentiële, kenmerkende beginselen:

- a) aanbodregulering via planning en budgettering; in het aanbod een relatief groot aandeel van voorzieningen voor hulpbehoevende ouderen, chronisch zieken en gehandicapten (AWBZ-voorzieningen)
- b) getrapte toegankelijkheid van specialistische voorzieningen (huisarts als 'poortwachter')
- c) splitsing van risicodragen in de voor alle **ingezetenen** geldige volksverzekering

AWBZ (niet verzekerbare catastrofale risico's), verplichte publieke ziektekostenverzekering voor loontrekkenden onder bepaald inkomensniveau en relatief groot privaat gedeelte

- d) een betrekkelijk geringe overheidsbijdrage; vrijwel volledige premiefinanciering van de gezondheidszorg inclusief investeringen
- e) beperkte eigen bijdragen van (publiek) verzekerden

Samen met het feitelijke aanbod van voorzieningen is dit een omschrijving van de nationale zorginfrastructuur. Niet alle elementen zijn, naar ons voorkomt, even belangrijk of even kwetsbaar. De budgetterings- en planningssystematiek en de poortwachtersfunctie van de huisarts zijn elementen, die bijzondere aandacht verdienen.

Nu lijkt onvermijdelijk dat de zorginfrastructuur beïnvloed wordt door verruiming van grensoverschrijding. De eis van de minister ten aanzien van verstoring van de zorginfrastructuur mag dan ook niet opgevat worden als dat er niets zou mogen veranderen; er mogen echter geen nationale repercussies uit voortvloeien of blijvende schade ontstaan.

#### Ad 2) Opdrachtbrief Ziekenfondsraad

Strikt gesproken is er geen opdrachtbrief voor het onderzoek. Wel is bekend wat de Commissie Verstrekkingen als opdracht van het onderzoek zag:

- het experiment moet beheersbaar en niet onomkeerbaar zijn
- het experiment moet registreerbare en meetbare resultaten omvatten
- de resultaten moeten extrapoleerbaar zijn naar andere (grens)gebieden

De in de opdracht van de Ziekenfondsraad geformuleerde criteria zijn als aanvullend te beschouwen op de algemene voorwaarde die door de minister aan het verruimen van de mogelijkheid tot grensoverschrijdende zorg is gesteld.

#### Ad 3) Behoorlijk Bestuur

Beginselen van Behoorlijk Bestuur zijn vaak toegespitst op de verhouding 'Overheid/Burger'.

Voor algemene, dus niet direct concrete burgers betreffende, beleidsmaatregelen kan men de volgende principes van toepassing verklaren:

- a) het *gelijkheidsbeginsel* (één van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur die bij de beoordeling van generieke beleidsmaatregelen kan worden toegepast); treft de maatregel (in positieve of negatieve zin) alle burgers of alle relevante categorieën burgers evenredig?
- b) het *motiveringsbeginsel*; zeker in situaties waarin de afstand tussen de democratische legitimatie (een besluit van het parlement) en de voorgestelde beleidsmaatregel tamelijk groot is, dient het besluit deugdelijk gemotiveerd te zijn en niet willekeurig. Beginselen als algemene redelijkheid en billijkheid kunnen door gedupeerden worden gehanteerd om maatregelen ongedaan te maken of op henzelf van toepassing te verklaren.

Daarnaast is het van belang om te zien of er voldoende draagvlak voor een maatregel is, zeker als er geen directe legitimatie (een Wet, een democratisch besluit) te vinden is.

#### Ad 4) Wetenschappelijke criteria

Het door de Ziekenfondsraad naar voren gebrachte 'meetbaarheids criterium' wordt



gezien als een eerste wetenschappelijk criterium.

Daarnaast is pas van een experiment in wetenschappelijke zin sprake als de situatie vóór, tijdens en na de verruiming goed in beeld is gebracht. Bovendien - onderzoeken is vergelijken - dient er een contrôlesituatie te bestaan, waarin onder zo goed mogelijk vergelijkbare omstandigheden de experimentele situatie niet wordt ingevoerd. Eigenlijk zou men de interventie op toevalsbasis moeten invoeren dit om selectieve, de generaliseerbaarheid aantastende resultaten te voorkomen. In een dergelijke veldsituatie is dit niet mogelijk.

Met behulp van deze set criteria zullen de verschillende voorstellen en suggesties die uit literatuur en gesprekken kunnen worden afgeleid.

Drie vragen dienen daarbij te worden beantwoord: **Welke zorg**, voor **welke groep** en in **welk gebied** komt voor verruiming van de grensoverschrijdende mogelijkheden in aanmerking.

Paragraaf 4.2 omvat een overzicht van de genoemde en gevonden experimenten, die in paragraaf 4.3. langs de lijst met criteria worden gelegd. In paragraaf 4.4. wordt de conclusie getrokken en staan de aanbevelingen.

## 4.2 Mogelijke experimenten

### 4.2.1 Welke zorg voor welke groep verzekerden

De volgende mogelijkheden doen zich voor:

1. Alle verzekerden/ alle zorg
2. Alle verzekerden/ alle ambulante zorg
3. Alle verzekerden/ specifieke zorg
4. Beperkte groep verzekerden/ alle zorg
5. Beperkte groep verzekerden/ specifieke zorg

Ad 1) Alle verzekerden/ alle zorg

Zo nu en dan - bijvoorbeeld op 12 januari 1996 bij de ondertekening van het Convenant tussen Zorgverzekeraar CZ, de Belgische landsbond voor Christelijke Mutualiteiten en de Duitse AOK Rheinland - wordt, onder het motto 'moet kunnen', de suggestie gedaan dat de bestaande belemmeringen voor grensoverschrijdend zorgverkeer niet meer van deze tijd zijn en wordt bijvoorbeeld voorgesteld om alle publiek verzekerde inwoners van de grensregio's een dubbel lidmaatschap van een Nederlandse, Belgische of Duitse zorgverzekeraar te bieden.

Ad 2) Alle verzekerden/ alle ambulante zorg

Dit voorstel is een gematigde vorm van 1). De gedachte is dat ambulante zorg (huisarts, specialist, tandarts, thuiszorg) wat dichterbij de patiënt geleverd wordt dan klinische zorg. Huisartsen zijn meestal niet bereid om huisbezoeken af te leggen als de patiënt niet in de onmiddellijke omgeving van de praktijk woont en ook de bereidheid aan patiëntenzijde een lange afstand voor een polikliniekbezoek af te leggen wordt niet groot geacht.

Ad 3) Alle verzekerden/ specifieke zorg

In feite gaat het hier om een oprekking van de mogelijkheid om zorg in het buitenland te consumeren als deze ter plaatse niet of niet binnen redelijke tijd of binnen redelijke

afstand te vinden is (E 112).

Voor Zeeuwsch-Vlaanderen zijn hierover duidelijke afspraken gemaakt; dat zou toch ook voor de andere grensregio's moeten kunnen.

De Belgische LCM stelt dat zij de regels soepel hanteert als de verzekerde binnen 15 kilometer van de grens met Nederland woont en de zorg binnen 25 km van de grens wordt verleend.

Men maakt bovendien gewag van een experiment in het Vlaams/ Noordfranse grensgebied, waar over zorg aan AIDS- en HIV positieve patiënten en nierdialysepatiënten grensoverschrijdende afspraken zijn gemaakt tussen Vlaamse en Noordfranse Ziekenfondsen. Er wordt overigens wel geconstateerd dat het experiment leerde dat ook de bijkomende zorg in de afspraken moet worden opgenomen.

Een ander voorbeeld betreft het ambulancevervoer. De grens is hier een blokkade, die volgens velen opgeheven zou moeten worden.

Kenmerkend voor deze categorie is, dat in een specifieke regio tussen de zorgverzekeraars aan weerszijden van de grens afspraken 'op maat' worden gemaakt, waarbij praktische problemen, zoals verschillende tariefgrondslagen praktisch worden opgelost (speciaal tarief). Ervaringen in de grensregio rond Tourcoing/ Moeskroen leren dat men met betrekkelijk bescheiden voorstellen komt, die in dat gebied voor mensen met die problematiek het leven eenvoudiger maken.

#### Ad 4) Specifieke groepen/ alle zorg

Gezinsleden van grensarbeiders en post-actieve grensarbeiders vormen de meest genoemde categorie. Zij zouden evenals de grensarbeiders zelf recht moeten krijgen om zorg aan weerszijden van de grens te consumeren. Deze regel (EG Verordening 1408/71 artikel 21) geldt al voor personen die bijvoorbeeld in een ander EG-land wonen en werken en zou dan nu ook gelden voor mensen voor wie woon en werkplaats gescheiden is. Bovendien wordt gesteld dat grensarbeiders in feite gezinspremies betalen; waarom zouden dan de gezinsleden niet dezelfde aanspraken hebben?<sup>32</sup> Voor grensarbeiders die in Nederland wonen en in Duitsland werken zou dan de situatie die vóór 1983 bestond weer zijn hersteld.

Een tweede categorie personen betreft mensen met de Nationaliteit van het buurland die over de grens wonen en geen grensarbeiders of ex-grensarbeiders zijn, bijvoorbeeld mensen die pas na het beëindigen van hun arbeidzame leven naar het buurland verhuizen.

#### Ad 5) Specifieke groepen/ specifieke zorg

Ook weer een beperkte variant van 4). De gedachte is dat juist ambulante zorg (huisarts/specialist/thuiszorg) het meest gewenst zou zijn en ook het minst zou kosten. Onder deze categorie zou de AWBZ-zorg kunnen vallen; in België woonachtige Nederlanders hebben recht op Nederlandse AWBZ-voorzieningen. Vooral voor oudere grensbewoners kan dit een onaangename verrassing zijn; zij zullen zich dit bij hun verhuizing niet altijd hebben gerealiseerd.

Op de vraag hoe de door ons aangelegde criteria zich tot deze voorstellen verhouden zullen wij in paragraaf 4.3 ingaan.

### 4.2.2 In welk gebied

Bij de afbakening van het gebied waarin een experiment plaats moet vinden spelen

---

<sup>32</sup> tegenover dit argument wordt gesteld dat gezinsleden gewoon zorg in het woonland consumeren en dat de uitzondering in feite de kostverdiener betreft.

verschillende overwegingen. De verruiming van de wetgeving inzake grensoverschrijding kan gelden voor de gehele Nederlandse bevolking die in een grensgebied leeft. Hier kunnen dan de grenzen van de Euregio's voor aangehouden worden.

Er kan ook gekozen worden voor het uitvoeren van een experiment in één of een klein aantal grensgebieden van Nederland. In praktijk blijkt dat in sommige regio's minder behoefte aan grensoverschrijding bestaat dan in andere regio's. Dit komt bijvoorbeeld omdat de voorzieningen aan de eigen zijde toereikend zijn, zoals in de regio's Rijn-Ems-IJssel, Rijn-Waal, Maas-Rijn Noord of Midden-Benelux. In sommige gevallen is grensoverschrijding in geval van schaarste geen optie omdat aan de andere zijde van de grens ook geen voorzieningen zijn (regio Dollard Eems). In de regio Scheldemond lijkt het zelfs onwenselijk de grensoverschrijding uit te breiden, omdat dit ernstige gevolgen voor de zorginfrastructuur met zich meebrengt. In de regio Maas-Rijn tenslotte is momenteel al veel activiteit op het gebied van grensoverschrijding.

### 4.3 Voorwaarden en experimenten

In het volgende schema worden de experimenten zoals ze hierboven beschreven zijn, getoetst aan de criteria die in 4.1 ter sprake gekomen zijn.

#### Alle verzekerden in de grensregio's

Voorwaarden Experiment	alle zorg		ambulante zorg		Specifieke zorg	
	dubbellid- maatschap	tandarts/ paramedici	huisarts	nierdialyse, HIV-zorg	ambulance- vervoer	
eventueel voorbeeld						
Voorwaarden VWS						
- geen aantasting nationale zorginfrastructuur	-	-	-	+	+	
Voorwaarden ZfR						
- beheersbaar	-	-	-	+	+	
- registreerbaar	-	-	-	-	+	
- extrapoleerbaar	-	-	-	-	-	
Behoorlijk Bestuur						
- gelijkheid	+	+	+	+	+	
- draagvlak	-	-	-	+	+	
- motivering	-	-	-	+	+	
Wetensch Onderz.						
- meetbaar	-	-	-	+	+	
- voor/tijdens/na	+	+	+	+	+	
- controle	-	-	-	-	-	
	NEGATIEF	NEGATIEF	NEGATIEF	POSITIEF	POSITIEF	

Voor alle experimenten geldt dat een negatief oordeel gegeven is over de extrapolerebaarheid, dit omdat het experiment in het hele grensgebied plaatsvindt. Het is dus niet te extrapoleren naar andere gebieden (zie voorwaarde Ziekenfondsraad).

### Specifieke groep

Voorwaarden Experiment	Grensarbeiders-gezinnen			Ex-grensarbeiders		
	alle zorg	huisarts	AWBZ nierdialyse, HIV-zorg (E112)	alle zorg	huisarts	AWBZ nierdialyse, HIV-zorg
zorg						
Voorwaarden VWS						
- geen aantasting nationale zorginfrastructuur	+/-	-	+	+/-	-	+
Voorwaarden ZfR						
- beheersbaar	+/-	-	+	+	-	+
- registreerbaar	+/-	+	+	+	+	+
- extrapolerebaar	-	+	+	+	+	+
Behoorlijk Bestuur						
- gelijkheid	-	-	-	-	-	+
- draagvlak	+	-	+	+/-	-	+
- motivering	+	-	+	-	-	+
Wetensch Onderz.						
- meetbaar	+	+	+	+	+	+
- voor/tijdens/na	+	+	+	+	+	+
- controle	+/-	+/-	+/-	+	+	+
	POSITIEF	NEGATIEF	POSITIEF	POSITIEF?	NEGATIEF	POSITIEF

### Gebied

Voorwaarden Experiment	alle euregio's		één euregio			
			Scheldemond	toereikend vz. niveau	Dollard-Eems	Rijn-Maas
voorbeeld						
Voorwaarden VWS						
- geen aantasting nationale zorginfrastructuur	-		+	+	+	+
Voorwaarden ZfR						
- beheersbaar	-		-	-	+	+
- registreerbaar	-		-	+	+	+
- extrapolerebaar	+		-	+	-	+
Behoorlijk Bestuur						
- gelijkheid	+		-	+	-	-
- draagvlak	-		-	+/-	-	+
- motivering	+		-	-	-	+
Wetensch Onderz.						
- meetbaar	+		+	+	+	+
- voor/tijdens/na	+		+	+	+	+
- controle	-		+	+	+	+
	NEGATIEF		NEGATIEF	POSTIEF	NEGATIEF	POSTIEF

Uit de voorgaande tabellen kan het volgende geconcludeerd worden.

**\* ten aanzien van de groep verzekerden**

Indien **alle verzekerden in de grensgebieden** voor het openstellen van grensoverschrijdende zorg in aanmerking komen, doen zich vooral problemen voor met betrekking tot de voorwaarden die zich richten op beheersbaarheid en ontwrichting van de zorginfrastructuur. Vandaar dat dit soort argumenten in de tabellen hierboven negatief beoordeeld worden.

Dit bezwaar lijkt bij een beperkte groep (bijvoorbeeld gezinsleden van grensarbeiders) minder relevant. Uit onderzoek van de Christelijke Mutualiteit in opdracht van de Europese Commissie in 1991 naar patiëntenstromen blijkt dat de financiële gevolgen van de huidige grensoverschrijding klein zijn. Het gaat om minder dan 0,4% van de totale gezondheidszorguitgaven per inwoner (voor België) en minder dan 0,2% voor Nederland.<sup>33</sup> Ook uit andere gegevens blijkt dat grensoverschrijding momenteel in kleine aantallen voorkomt (zie grensarbeidersregeling in hoofdstuk 2).<sup>34</sup> Wanneer de betrokken groep patiënten groter wordt en structureel voor dure behandelingen de grens overgaat brengt dit hoge kosten met zich mee. Om de medische consumptie over de grens financieel beheersbaar te houden, stelt Paulus in zijn toespraak (Alden-Biezen, 1995) voor, kan een algemene regel ingevoerd worden dat de kostenvergoeding voor hulp in het buitenland niet hoger zal zijn dan die in het thuisland. Toch wordt een experiment dat slechts betrekking heeft op de groep gezinsleden van grensarbeiders niet altijd positief beoordeeld. Een zwaarwegend argument tegen het uitbreiden van de grensarbeidersregeling alleen voor de gezinsleden is namelijk dat op deze manier deze groep een bevoorrechte positie krijgt ten opzichte van de rest van de bevolking en met name ten opzichte van grensbewoners die niet in het buitenland werken of gezinsleden hebben die dat doen.

**\* ten aanzien van de zorgvoorzieningen**

Het negatieve oordeel over de mogelijke experiment met het openstellen van het **hele zorgpakket** voor de grensbevolking hangt samen met de beheersbaarheid. Met name de financiële consequenties zijn moeilijk te overzien. Bovendien gaat dit experiment in tegen de eerste voorwaarde gesteld door de minister, namelijk dat de zorginfrastructuur niet mag worden aangetast. Hiernaast heeft een experiment weinig draagvlak en zijn verzekeraars waarschijnlijk niet bereid de consequenties te dragen.

Wanneer het experiment slechts één vorm van zorg betreft kan ook niet altijd een positief oordeel gegeven worden. Een bijzondere vorm van ambulante zorg is bijvoorbeeld de **huisartsenhulp**. Openstelling van eerstelijnszorg voor gezinsleden van grensarbeiders wordt door Bloemheuvel bepleit op een symposium over grensoverschrijdende zorg in 1995. Juist voor deze zorg zouden belemmerende grenzen weggehaald moeten worden. Aan deze invulling van het experiment kleven ook bezwaren. In Nederland vervult de huisarts een poortwachtersfunctie bij de getrapte toegankelijkheid van specialistische zorg. Dit is niet het geval in België en Duitsland. In het Nederlandse gezondheids- zorgbeleid wordt grote waarde gehecht aan de poort-

<sup>33</sup> Justaert haalt dit onderzoek aan in zijn referaat op het seminarie te Alden-Biezen.

<sup>34</sup> In een onderzoek uitgevoerd in het AZ Maastricht en het St.Jansziekenhuis in Genk naar grensoverschrijdende ziekenhuisopnames zijn er in 1992 slechts 124 grensoverschrijders opgenomen. Op het totale aantal patiënten is dat 0,71%. In het St.Jans werden in dat jaar 54 grensoverschrijders opgenomen (0,08% van het totale aantal opnames).

wachters- functie van de huisarts (Commissie Biesheuvel, 1995). Een aantasting van de poortwachtersfunctie van de huisarts, hoe regionaal perifeer dit ook moge zijn, loopt het gevaar van forse politieke repercussies. Daar staat tegenover dat voor in Nederland woonachtige grensarbeiders met de *Duitse* nationaliteit, de mogelijkheid om een beroep op een Duitse huisarts te doen als erg aantrekkelijk zal worden ervaren. Een compromis is om voor de huisarts de mogelijkheid van een **keuze** open te stellen; voor een bepaalde periode (1 jaar?) legt men zich vast op de keuze voor een Duitse of Nederlandse huisarts.

Bij het openstellen van specialistische hulp wordt gedacht aan de voorzieningen waar momenteel een **E112-formulier** voor afgegeven moet worden. De individuele gevallen waar dit voor geldt moeten steeds apart bekeken worden. Vanuit de zorgverzekeraars klinken geluiden dat dit onevenredig veel tijd en energie kost en soms leidt tot klant-onvriendelijke situaties. Zij pleiten er voor in een aantal gevallen deze formulieren makkelijker af te mogen geven. Dit kan bijvoorbeeld van toepassing zijn op voorzieningen als het brandwondencentrum in Aken, nierdialyse, AIDS-behandeling. Zij geven aan dat dit echt maatwerk betreft en zij dit zelf in overleg moeten invullen. Een voordeel is dat dit een beperkt aantal voorzieningen betreft en zo beheersbaar is. Bovendien is er een groot draagvlak bij de verzekeraars zelf. Experimenten die specialistische zorg betreffen lijken het meest geschikt om uit te voeren.

#### \* ten aanzien van de regio

In België liggen de zaken, althans bij de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (Justaert in Alden-Biezen, 1995), eenvoudig. Men is bereid de voorwaarden voor het gebruik van gezondheidsvoorzieningen aan gene zijde van de grens soepel toe te passen (E 112), indien de Belgische verzekerde binnen een gebied van 15 kilometer van de grens woont en de voorziening niet verder dan 25 kilometer van de grens in het buurland is gelegen. Toepassing van deze regel in Nederland zou vrijwel de gehele provincie Limburg omvatten. Kaarten waarin de voorzieningen in de euregio Maas-Rijn zijn aangegeven vindt men in bijlage 4.

De keuze voor een bepaalde afstand tot de grens is in zekere zin arbitrair, maar het moge duidelijk zijn dat een te brede strook half Nederland tot grensgebied zou verklaren en een te smalle strook wegens gebrek aan inwoners tot zinloze regelgeving aanleiding zou zijn. Op zichzelf heeft de 15/25 regeling (zeker als men woonkernen of natuurlijke grenzen zou volgen) een zeker element van redelijkheid in zich.

Een ander uitgangspunt is, dat men niet de geografische afstand, maar lokale bestuurseenheden aan weerszijde van de grens als vertrekpunt neemt.

De zogenaamde Euregio's (regionale grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden) komen dan het meest in aanmerking en zijn in dit rapport als vertrekpunt genomen.

Uit de beschrijving van Euregio's in hoofdstuk 3 blijkt dat de Euregio's nogal in omvang verschillen; de Euregio Benelux Middengebied omvat de gehele Nederlandse provincie Noord Brabant en de Belgische provincies Antwerpen en Vlaams Brabant. In een dergelijk geval is bijna alles grensgebied.

In het onderzoek is geconstateerd dat binnen de Euregio's de behoeften aan verruiming van mogelijkheden tot grensoverschrijdende zorg bij de lokale zorgverzekeraars sterk varieert.

Volgt men de Nederlandse grens van Cadzand tot Nieuweschans dan kunnen de bevindingen als volgt worden samengevat:

Euregio	behoefte aan verruiming	reden
Scheldemond	nee	er is al veel mogelijk; bij uitbreiding loopt infrastructuur gevaar
Benelux-midden	nee	voorzieningenniveau aan weerszijde grens voldoende
Maas-Rijn	ja	grote dichtheid topklinische voorzieningen; veel grensarbeid
Maas-Rijn Noord	nee	voorzieningen aan weerszijde voldoende
Rijn-Waal	ja, van D naar NI, niet omgekeerd	vooral van Duitsland naar NI ivm topklinische voorzieningen
Rijn-Ems-IJssel	ja van D naar NI	ziekenhuizen twente voor Duitse grensgebied, revalidatie
Dollard-Eems	nee	weinig grensverkeer weinig voorzieningen

De enige regio's waar de behoefte tot verruiming van de mogelijkheden van Nederlandse zijde expliciet wordt genoemd is de Euregio Maas-Rijn. Voor sommige regio's geldt dat er vanuit het directe Duitse achterland (meestal echt 'achterland') belangstelling is voor goed geoutilleerde voorzieningen aan Nederlandse zijde, zeker als daar topklinische zorg kan worden geleverd.

In de Euregio Maas-Rijn zou ook van een zekere wederkerigheid sprake zijn; voor Belgisch Limburg zijn het AZM en de revalidatiekliniek St Lucas aantrekkelijk. Voor Zuid Limburg is Akense Klinikum van belang. De Luikse ziekenhuizen spelen door de grote taalkloof in de praktijk een beperktere rol. De keuze voor de Euregio Maas-Rijn lijkt verantwoord.

#### 4.4 Aanbevelingen

Samengevat bevelen we een experiment aan in de Euregio Maas-Rijn. Eén van de andere regio's (Maas-Rijn Noord bijvoorbeeld) kan als controlegebied dienen. Hierbij moet wel opgemerkt worden en dit zal ook later in de concrete invulling van de aanbevelingen nog naar voren komen, dat een controlegroep alleen dan zin heeft wanneer er werkelijk een vergelijking gemaakt kan worden tussen de regio's. Uit de beschrijving van de regio's kwam al naar voren dat deze zodanig verschillen van elkaar dat uitspraken over een eventueel ander zorggebruik ten gevolge van een interventie in Maas-Rijn niet op basis van de resultaten van een controlegroep gedaan kunnen worden.

De keuze voor het experiment wordt gemaakt door twee *opties* af te wegen.

##### *Optie één; zorg op maat*

De eerste optie betreft een experiment analoog aan het experiment in de regio rond Tourcoing; in onderling overleg besluiten zorgverzekeraars aan weerszijden van de grens voor welke voorzieningen een verruiming van de 'E-112' regeling zal worden toegepast. Concrete onderwerpen zouden de verzekeraars zelf moeten aandragen op basis van de huidige E112-criteria: de zorg is medisch noodzakelijk en is niet of niet binnen redelijke termijn of op redelijke afstand in het eigen land te verkrijgen. In de voorgaande hoofdstukken zijn diverse voorbeelden genoemd. De hele Zeeuws-Vlaanderen regeling kan als een dergelijke verruiming van de mogelijkheden die de E-

112 regeling biedt. Het verrichten van open-hart operaties in het Radboudziekenhuis te Nijmegen voor inwoners van het Duitse grensgebied vormt een recent voorbeeld van hetgeen hier wordt bedoeld. Overleg tussen zorgverzekeraars aan weerszijden van de grens zal ook tot een zekere wederkerigheid leiden, al zal de wederkerigheid per specifieke regio nooit volledig zijn. Buitenlandse ervaringen leren dat het om een beperkte en toegespitste hoeveelheid voorzieningen zal gaan, zij het dat het Noordfranse experiment ook heeft geleerd dat men niet alleen de experimentele voorziening maar ook de flankerende voorzieningen (geneesmiddelen, fysiotherapie, thuiszorg of nazorg) bij de E-112 maatregel moeten betrekken.

Uit de verschillende interviews en de bestudeerde literatuur is de volgende lijst afgeleid:

### Mogelijkheden voor verruiming van E112 regeling

Vanuit buitenland naar Nederland	Vanuit Nederland naar buitenland
Overeenkomst Zeeuwsch-Vlaanderen regeling, overeenkomst Tourcoing en Moeskroen (België)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Academisch Ziekenhuis Maastricht: hartoperaties niertransplantaties nierdialyse</li> <li>- Radboud Ziekenhuis Nijmegen: open hart chirurgie (kinder)oncologie niertransplantatie radiotherapie</li> <li>- Revalidatiezorg, dwarslaesie St. Lucas (Hoensbroek) Maartenskliniek (Nijmegen) 't Roessingh (Enschede)</li> <li>- Longcentrum Dekkerswald (Nijmegen)</li> <li>- Chronische verpleging, verpleeghuiszorg Kerkrade-Herzogenrath</li> <li>- Kuuroord Thermae 2000 (Valkenburg) Arcen (Noord-Limburg) Nieuweschans (Groningen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MRI-scan in Münster, Düsseldorf, Duisburg, Aken</li> <li>- Brandwondencentrum (Aken en Luik)</li> <li>- Klinikum Aken chemotherapie niersteenvergruizer neurologie</li> <li>- Tandheelkunde, kaakchirurgie</li> <li>- Logopedie (voor Duitssprekenden)</li> <li>- Ergotherapie</li> <li>- Oogheelkunde (Genk)</li> </ul>

Als voordeel van een dergelijke regeling kan men het opheffen van als storend en absurd gevoelde belemmeringen beschouwen.

Bovendien geldt de regeling in principe voor alle verzekerden die ervoor in aanmerking komen; bijvoorbeeld voor alle nierdialyse-patiënten. Het gelijkheidsbeginsel als beginsel van behoorlijk bestuur wordt geen geweld aangedaan.

Uitvoering van dit voorstel vergt onderling overleg tussen zorgverzekeraars aan weerszijde van de grens. Het zal altijd om een beperkte hoeveelheid voorzieningen gaan, zodat de 'nationale zorg-infrastructuur' niet zal worden verstoord. Als men als toezichthouder de plannen ter (marginale) toetsing krijgt voorgelegd en zorgverzeke-



raars de kosten zelf dragen (binnen de 3% ongebudgetteerde ruimte) is het experiment ook financieel beheersbaar.

Men zou het experiment niet eens tot Maas-Rijn behoeven te beperken; daar past het echter zeer goed in de bestaande en geformaliseerde samenwerking, zodat men snel met concrete plannen kan komen.

#### *Optie twee; gezinnen van grensarbeiders*

Ten tweede lijkt ook het voorstel om gezinsleden van grensarbeiders dezelfde rechten te geven als de grensarbeiders zelf tot op zekere hoogte verdedigbaar.

Dit tweede experiment zal als zodanig geen ontwrichtende gevolgen hebben, maar er gaat een precedentwerking van uit (waarom zij wel en wij niet), zoals die in feite ook van de huidige grensarbeidersregeling uitgaat. Momenteel wordt het niet billijk gevonden dat er binnen één gezin verschillende mogelijkheden tot zorgconsumptie bestaan, terwijl er *gezinspremies* zijn betaald. Bij uitbreiding van de grensarbeidersregeling naar gezinsleden zou deze gevoelde onbillijkheid zich naar wijk- en buurniveau kunnen verplaatsen. Hecht men grote waarde aan het 'gelijkheidsbeginsel' als principe van behoorlijk bestuur dan kleven er wel degelijk bezwaren aan het grensarbeidersplan.

Bovendien dient men af te bakenen op welke zorg de aanspraken aan weerszijde van de grens betrekking zou moeten hebben: alle zorg of een selectie.

Voor 'alle zorg' (inclusief AWBZ-voorzieningen) pleit het motiveringsbeginsel; uitzonderingen laten zich moeilijk uitleggen, als men de onbillijkheid van de ongelijke consumptiemogelijkheden binnen één gezin accepteert. Ook een uitzondering voor tandartsenzorg, die immers in Nederland uit het verplichte verstrekkingspakket is gehaald, laat zich slecht motiveren. Wel kan men op *wetenschappelijke* gronden tot uitsluiting besluiten. Men behoeft immers geen profetische gaven te hebben om te voorspellen dat tandartsenzorg-aan-gene-zijde-van-de-grens tot de populaire voorzieningen zal behoren. Op dit punt zal een experiment geen onverwachte resultaten laten zien.

Voor de huisartsenzorg zou men ook een uitzondering kunnen maken; daar liggen immers politieke discussies op de loer. Anderzijds zou het met name voor de in Nederland woonachtige personen met de nationaliteit van het buurland als een onverteerbare restrictie worden gezien als voor de huisartsenzorg een uitzondering zou worden gemaakt. Men dient te beseffen dat veel van de 'grensarbeiders' bijvoorbeeld bestaan uit Duitsers die zich in het 'Vaalserkwartier' hebben gevestigd, en zo gauw dat formeel mogelijk is voorzieningen aan Duitse zijde gaan consumeren.

Een uitweg uit het dilemma van 'verstoring van de nationale zorginfrastructuur' enerzijds en onbillijkheid jegens gezinsleden van grensarbeiders anderzijds, zou een keuzedwang kunnen inhouden. Gezinnen dienen zich voor bijvoorbeeld een jaar bij hetzij een Nederlandse hetzij een Duitse huisarts in te schrijven<sup>35</sup>. Dit schept bovendien duidelijkheid over de honorering. Bij ziekenhuizen zal, zolang de budgettering niet door een vorm van 'output-pricing' is vervangen er een zekere vorm van dubbel betalen blijven bestaan, maar daar valt weinig aan te doen. Wellicht dat de werkgroep die in het Radboudziekenhuis op een tarief voor Duitse ingezetenen studeert, met een ook in bredere kring toepasbaar model zal komen. Overigens vormen de gezinnen van grensarbeiders uit *wetenschappelijk oogpunt* een wat minder geschikte groep. Door

---

<sup>35</sup> Men kan zich eigenlijk niet bij een Duitse (of Belgische) huisarts inschrijven; het gaat om al dan niet inschrijving bij een Nederlandse huisarts en al dan niet vergoeden van consulten bij een Duitse of Belgische arts.

hun kennis van voorzieningen aan de andere zijde van de grens, zullen ze meer zorg consumeren dan hun burens die zich tot het woonland beperken. Dit pleit voor een controlegroep in het experiment van niet-grensarbeider gezinnen.

#### *Aanbeveling*

Als men beide opties nog eens langs de criteria legt dan is het duidelijk dat het 'zorg op maat' experiment minder problemen oproept dan het 'grensarbeiders/gezinnen' experiment vooral op het vlak van precedentwerking (na de gezinnen de ex-grensarbeiders en wie daarna?), dat wil zeggen: beheersbaarheid en het gelijkheidsbeginsel. Ook vergt een eenzijdig Nederlands experiment met grensarbeiders-gezinnen een forse aanslag op de Algemene Kas. Zou er sprake zijn van een gelijktijdig experiment in Duitsland en België, dan zouden de kosten, althans voor een deel, kunnen worden verevend. In een dergelijke situatie zou een experiment meer voor de hand liggen.

Criteria	Optie 1 Zorg op maat	Optie 2 Gezinsleden van Grensarbeiders
Voorwaarden VWS	+	+/-
- geen aantasting nationale zorginfrastructuur		
Voorwaarden ZfR		
- beheersbaar	+	+/-
- registreerbaar	+	+/-
- extrapoleerbaar	+/-	-
Behoorlijk Bestuur		
- gelijkheid	+	-
- draagvlak	+	+
- motivering	+	+
Wetensch Onderz.		
- meetbaar	+	+
- voor/tijdens/na	+	+
- controle	+/-	+/-
beoordeling	aantal + (8), +/- (2), - (0)	aantal + (4), +/- (4), - (2)

We komen daarom tot de aanbeveling om een experiment met 'zorg-op-maat' te starten in de Euregio Maas-Rijn. Nederlandse, Belgische en Duitse zorgverzekeraars worden opgeroepen om met plannen voor verruiming van de consumptiemogelijkheden van gezondheidsvoorzieningen aan weerszijde van de grens te komen.

De toezichthouder (de Ziekenfondsraad) toetst marginaal. Na een keuze voor bepaalde voorzieningen wordt een betrouwbaar registratiesysteem opgezet om het gebruik van de voorzieningen te monitoren.

Als, zo luidt de verwachting, de verruiming in een behoefte voorziet is uitbreiding van de regeling voor de rest van Nederland aan te bevelen.

De grensarbeidersregeling blijft wachten tot er of een Europese regelgeving komt of een gezamenlijk optreden van België, Duitsland en Nederland mogelijk is. De kosten voor in Nederland woonachtige Duitsers zouden dan (gedeeltelijk) wegvallen tegen vlak over de Belgische grens woonachtige Nederlanders.

## 4.5 Stappenplan bij experiment

Een concrete invulling van het experiment is moeilijk, omdat dit in samenspraak met verzekeraars, aanbieders van zorg, onderzoekers en toezichthoudende organen dient te gebeuren. Vooraf kunnen echter wel enige 'stappen' gegeven worden die in het onderzoek genomen moeten worden. Deze stappen kunnen ook gezien worden als voorwaarden die vooraf gesteld kunnen worden aan het onderzoek.

**stap 1** Voor het hiervoor genoemde experiment betreffende de E112-formulieren, moet eerst door het bevoegde orgaan de beslissing genomen worden dat deze formulieren voor bepaalde - nader te bepalen voorzieningen of behandelingen - niet meer nodig zijn. Het is mogelijk verzekerden op grond van art. 22 vo 1408/71 zonder voorafgaande toestemming via een E-112 formulier naar het buitenland te laten gaan, dus een aanpassing van de wetgeving is niet noodzakelijk.

**stap 2** Voor het experiment dient een onderzoeksvorstel geschreven te worden en een tijdpad opgesteld te worden waarin de volgende punten naar voren moeten komen.

**stap 3** De verzekeraars moeten een beslissing nemen over de zorgvoorzieningen die in aanmerking komen voor verruiming van de regel. Door of met behulp van de grote zorgverzekeraars in de grensgebieden kan eerst een inventarisatie plaatsvinden van de zorg die geboden wordt in de euregio. Verzekeraars zullen zeker informatie hebben over de zorgaanbieders die zij gecontracteerd hebben in hun eigen land. Wanneer deze gegevens van de verschillende landen samengevoegd worden, kan een goed beeld van de totale zorginfrastructuur van de euregio ontstaan. Vanzelfsprekend moeten ook de grote zorgaanbieders in deze fase betrokken worden. Gedacht kan worden aan een enquête onder de ziekenhuizen betreffende de specialismen die zij bieden. Op deze manier komen de mogelijkheden en wenselijkheden voor grensoverschrijding naar voren; waar zijn de leemten in het ene land, waar bestaan overschotten in andere landen? Met andere woorden: op welk gebied heeft grensoverschrijding zin? Een goede handleiding voor deze inventarisatie is het onderzoek dat in het kader van het Interreg I project is uitgevoerd. In deelrapport C "Zusammenarbeit der Kliniken und Möglichkeiten einer künftigen noch intensiveren Kooperation" wordt een inventarisatie gegeven van specialismen en mogelijkheden voor samenwerking in de toekomst. Dit overzicht wordt gegeven aan de hand van een vragenlijst die gestuurd is naar de ziekenhuizen in Aken (Klinikum), Genk(St Jans), Luik (Universitair) en Maastricht (Universitair). Deze vragen hadden betrekking op samenwerking en doorverwijzing tussen de ziekenhuizen (Stückradt und Frings, 1994). Een globaal beeld van de mate waarin de ziekenhuizen de beschikking hebben over 'zware' of specialistische medische voorzieningen wordt in bijlage 5 gegeven.

**stap 4** Wanneer duidelijk is welke voorzieningen in het experiment betrokken worden, dienen deze door het toezichthoudende orgaan marginaal getoetst te worden. In deze fase moet duidelijkheid komen over de verantwoordelijkheid van de verschillende partijen; zijn verzekeraars volledig verantwoordelijk of krijgen ze een bepaald budget waarbinnen ze de verruimde wetgeving kunnen toepassen?

**stap 5** Voor het experiment moet een meetinstrument ontwikkeld worden. In de periode voorafgaand aan het eigenlijke experiment moet een uniforme registratie opgezet worden, wat betreft de zorgconsumptie van de gedefinieerde zorgvoorzieningen. Zo

kan tijdens het experiment geregistreerd worden welke patiënten in welke gevallen de "E112-hulp" ontvangen. Het meetexperiment kan zich ook richten op kwalitatieve aspecten, zoals tevredenheid van patiënten en hulpverleners. Met dit meetinstrument kunnen de huidige aanvragen van E112 formulieren in de regio Maas-Rijn bijvoorbeeld van de afgelopen twee jaar in kaart gebracht worden. Ook hiervoor geldt dat verwacht wordt dat deze gegevens bij de verzekeraars geregistreerd zijn. Indien een controle-groep in het experiment betrokken wordt, moeten de huidige en toekomstige E112 aanvragen ook in deze controle-regio geregistreerd worden. Opgemerkt dient te worden dat een controle-groep voor dit experiment moeilijk haalbaar is. Een regio waar momenteel geen of weinig grensoverschrijding is, zal geen goede vergelijking zijn voor een regio zoals Rijn-Maas, waar momenteel wel grensoverschrijding plaatsvindt. Bovendien is in geen andere regio de zorginfrastructuur zoals in de regio Rijn-Maas, waar aan beide zijden van de grens ook inderdaad voorzieningen zijn waaraan grensoverschrijdende behoefte bestaat.

**stap 6** Voor dit experiment komen alle bewoners in de regio Maas-Rijn in aanmerking. Het is mogelijk met behulp van de ziekenfondsen deze doelgroep precies in kaart te brengen. Deze verzekerden moeten allemaal middels brieven of voorlichtings campagnes op de hoogte gebracht worden van het experiment.

**stap 7** Na een voortraject, waarin bovengenoemde activiteiten (precies bepalen van doelgroep, meetinstrument, verantwoordelijkheden) dienen plaats te vinden, kan het experiment van start gaan.

**stap 8** Tussentijds dienen rapportages plaats te vinden. Afhankelijk van de resultaten, kan het project voortgezet worden. Waarschijnlijk is een periode van een aantal jaar voldoende om een verantwoorde uitspraak te doen over eventuele verschillen tussen voor- en nameting en een eventuele controlegroep.

## LITERATUUR

Adams, M. (1992)

Ziekenfonds over de grens. Reeks gezondheidszorgverzekering en Europa, deel 1, Maklu Antwerpen/Apeldoorn, 1992

Alden-Biezen Verslagboek Europees seminarie (1995)

Sociale Bescherming inzake gezondheidszorg in een grensoverschrijdend perspectief. CM-L/CZ-NL/EUCDW (Christelijke Mutualiteit Limburg, CZ-groep Nederland en de Europese Unie van Christen-Democratische werknemers) 17 mei 1995, Alden Biezen.

Arits, J., Ritt, H. en R. van Schijndel (1994)

Verpleegkundige organisatie en opleiding.

Interregionaal Project Gezondheidszorg, Deelrapport D

Academisch Ziekenhuis Maastricht. Maastricht, oktober 1994

Basys (1992)

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Läufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. Bonn, Ausgabe 1992

Beekmans, J. (1986)

Het Belgisch ziekenhuis. Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom, Lochem/Gent

Belgisch-Nederlands Grensoverleg (1995)

Grensoverschrijdende Medische dringende hulpverlening in Essen. Onder redactie van Walther Boon von Ochssée, Jan Deckers, Peter Persoon, Lieve Vanhelleputte. Essen, 1995

Bijzondere Euregionale Commissie grensoverschrijdende zorg (1994)

Zorg dichtbij ook over de grens. Advies over grensoverschrijdende zorg in de Euregio Maas-Rijn.

Aken-Eupen-Hasselt-Luik-Maastricht, september 1994

Boerma, W.G.W., F.A.J.M. de Jong, P.H. Mulder (1993)

Health Care and General Practice Across Europe. Nivel, Utrecht, 1993

Boffin, N. et al. (1995)

Lopend onderzoek door Vlaamse huisartsen in 1993-1994. Eerste registratieronde. Huisarts Nu (8), oktober 1995

Bonnet, F. en A. Coheur (1994)

Analyse démographique et inventaire des équipements hospitaliers.

Project Interrégional en Soins de Santé dans l'Eurégion Meuse-Rhine.

(Interregionaal Project Gezondheidszorg, Deelrapport B)

Mutualités Socialistes, Service d'études.

Bruxelles, decembre 1994

- Bossers, J. (1994)  
De verhouding tussen ziekenhuis en thuiszorgorganisatie.  
Interregionaal Project Gezondheidszorg, Deelrapport E  
In opdracht van het O.C.M.W. St.-Jansziekenhuis Genk  
Genk, juni 1994
- Broers-Kasperkovitz, J.M. en C. Grünwald (1995)  
Bilaterale samenwerking krijgt structureel karakter. Grensoverschrijdende gezondheidszorg in Euregio Rijn-Waal. Het Ziekenhuis (7) - 6 april 1995
- Bundesministerium für Gesundheit (1992)  
Gesundheits-Strukturgesetz, Bonn, 2.12.92
- Bundesministerium für Gesundheit (1993)  
Die gesetzliche Krankenversicherung, Bonn, April 1993
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1994)  
Pflegeversicherung kommt, Bonn, 1994
- Buntinx, F. et al. (1995)  
Hoeveel huisartsen zijn er nodig in België? Vraag en (over-) aanbod in cijfers. Huisarts Nu (8), oktober 1995
- College van Ziekenhuisvoorzieningen (1994)  
Advies inzake Wijziging Richtlijnen ex artikel 3 WZV hoofdstuk ziekenhuizen  
Rapportnummer 382, nr 3387-94 Utrecht, 1994
- College van Ziekenhuisvoorzieningen (1994)  
Advies Onderzoek Bouwbehoefte 1996-2000  
rapportnummer 378, nr 1061-93, Utrecht, januari 1994
- College van Ziekenhuisvoorzieningen (1992)  
Advies inzake Het provinciaal Ontwerpplan ziekenhuizen voor de gezondheidsregio Zuid-Limburg  
rapportnummer 340, nr 0971-92, Utrecht 1992
- Centraal Bureau voor de statistiek (1993)  
Regionaal Statistisch Zakboek. Voorburg/Heerlen, oktober 1993
- Centraal Bureau voor de statistiek (1991, 1992)  
Maandbericht bevolkingsstatistieken. 's-Gravenhage, 1991, 1992
- Christelijke Mutualiteit en CZ-Groep (1995)  
Informatiebrochure grensarbeiders.
- Diederiks, J.P.M., F.C.J. Stevens (1994)  
Euregional Health culture, an exploration, in: Lüschen G., W. Cockerham en J. van der Zee, Health systems in the European Union. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1994

Diederiks, J.P.M., F.C.J. Stevens (1994)  
Health culture in Europe, in: Lüschen G., W. Cockerham en J. van der Zee, Health systems in the European Union. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1994

Delnoij, D.M.J. en C.C. Ros (1995)  
Private Health Insurance on the common European Market.  
Paper gepresenteerd op de Annual Conference van de EUPHA 1995, 14-16 december  
Budapest.

Deutsches Krankenhausadressbuch 1994,  
Rombach GmbH Druck- und Verlagshaus, Freiburg

Dreilandertreffen Foundation (1995)  
Homecare for the Cancer Patient, refresher course activities regarding oncological care  
in the euregio Maas-Rhine, september 1995

Euregio Rijn-Waal (1995)  
Samengevat, Informatiebrochure over samenwerking in de Euregio Rijn-Waal

Eurostat Commission of the European communities (1993)  
Portrait of the Regions. Brussel, 1993

Easystat (1995)  
Statistik regional, Daten und Informationen der statistische Ämter der Länder und des  
Bundes, 1995

Facetten van West-Vlaanderen (1995)  
Westvlaams Economisch Studiebureau, Assebroek, 1995

Financieel Overzicht Zorg 1996  
Vergaderjaar 1995-1996 24404. 's-Gravenhage, 1995

Financieel Overzicht Zorg  
Vergaderjaar 1995-1996 24404 Bijlagen bij FOZ 1996. 's-Gravenhage, 1995

Franssen, G. en E. van Wijlick (1995)  
Verkenning van gezondheids(zorg)statistieken in de Euregio Maas-Rijn.  
Rijksuniversiteit Limburg, Medisch en Maatschappelijk Informatiecentrum, Maastricht,  
september 1995

Geneeskundig Adresboek (1995)  
Nederland. Neigh Periodieken, Schiedam

Grünwald, C. en J.M. Broers-Kasperkovitz (1995)  
Grensoverschrijdende gezondheidszorg, Duits-Nederlandse samenwerking in de  
gezondheidszorg in de Euregio Rijn-Waal, NZi, Utrecht, 1995

Hamilton, G.J.A. (1995)  
Ziektekosten in Europees perspectief. Nederland 'de grote stelselwijziging' voorbij.  
Medisch Contact, jaargang 50, 17 november 1995

Hermans, H.E.G.M. (1994)

Europese Unie en de gezondheidszorg. De gevolgen van de Europese eenwording voor de Nederlandse gezondheidszorg. Kluwer SOVAC Reeks, Monografieën Sociale Zekerheid  
Kluwer Deventer/SOVAC Utrecht

Hermesse, J., H. Lewalle, (1991)

L'accès aux soins en Europe quelle mobilité du patient, Euroerspective, Academie Burycandt, 1991

Hutten, J.B.F. and A. Kerkstra (1996)

Home care in Europe - A country-specific guide to its organization and financing. NIVEL, Arena, 1996

Info Santé avec ARIS (1995)

Ecole de Santé Publique - UCL-SESA, prof.dr. Deliège-Rott en prof.dr. X. Leroy  
Brussel, 1995

Interreg II project voorstellen:

-Interreg project voorstel "Euregio-Medizinisch-spezialisten Ambulanzsorge". IRON (Instituut voor Research, Ontwikkeling en Nascholing in de Gezondheidszorg, gelieerd aan OostNederland zorgverzekeraar, Enschede

-Grensoverschrijdend project in de euregio Maas-Rijn met het vooruitzicht van een vrijere toegang tot gezondheidszorg in de grensstreek (analyse, actie, scenario-ontwikkeling en overeenkomsten)

-Programma euregio Scheldemond beschrijving van een projectvoorstel

Jong, B. de en R.M.J. Schepers (1993)

Huisartsen in België en huisartsen in Nederland. Recente ontwikkelingen en een vergelijking. Huisarts Nu (10), december 1993

Jorens, Y. (1992)

Wegwijs in het Europees Sociale Zekerheidsrecht  
Die Keure, Brugge, maart 1992

Kemenade, Y.W. van, (1993)

Health Care in Europe, The finance and reimbursement systems of 18 European countries. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1993

Kesteloot, K. Poccschi, S. en E. van der Schueren (1995)

The reimbursement of the expenses for medical treatment received by 'transnational' patients in EU-countries. Health Policy 33 (1995) 43-57

Klein, C. de, J. Collaris, J. (1987)

Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1987



Kramer, B. (1994)

Grensoverschrijdende gezondheidszorg in de praktijk. Mate en vorm van grensoverschrijdende zorg aangeboden door het Academische Ziekenhuis Maastricht en het OCMW St. Jansziekenhuis in Genk.

Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg. Maastricht, februari 1994

Labrouche, N.C.V. (1989)

De ziektekostenverzekering in beweging: Nationale en Europese ontwikkelingen. Doctoraalscriptie

Gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting Beleid & Beheer, Brussel juli 1989

Meijer, E. (1994)

Methoden van kwaliteitsbevordering in de Euregio

Interregionaal Project Gezondheidszorg, Deelrapport F

Academisch Ziekenhuis Maastricht

Maastricht, 1994

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995)

ZIG - Zorg in Getal 1995

Rijswijk, maart 1995

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995)

De prijs die zorg verdient. Prijsbeleid en financieel beleid zorgsector. Vergaderjaar 1995-1996 (24478, nr.2)

's-Gravenhage, 1995

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995)

Zorg in het regeerakkoord. Bestuurlijk/wetgevend programma zorgsector 1995-1998

Vergaderjaar 1994-1995 24124, 's-Gravenhage, 1995

Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en leefmilieu (1995)

Officieuze coördinatie van de ziekenfondswet en de wet op de rust- en verzorgingstehuizen, Brussel, 1 juli 1995

Nationaal Ziekenhuisinstituut (1995)

Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens per 1-1-1995.

Utrecht, juni 1995

Nationaal Ziekenhuisinstituut (1995)

Gezondheidszorg bij de bureaus. NZi Notities, nummer 49 september 1995

Nederlands-Belgisch Akkoord inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging (1984)

Voorschriften ziekenfondsverzekering, Internationale regelingen Grensarbeiders België.

Noordt, M. van, P.P., Groenewegen, J. van Der Zee (1992)

Regional variation in hospital admission rates in the Netherlands, Belgium, Northern France and Nordrhein-Westfalen, Nivel, Utrecht, juni 1992

OECD (1993)

Health Systems, facts and Trends 1960-1991, Health Policy Studies No.3, Volume 1, Paris 1993

OECD (1993)

Health Systems, the socio-economic Environment, Health Policy Studies No.3, Volume 2, Paris 1993

OECD (1993)

Potrait of the Regions, volume 1.

Commission of the European Communities, Brussel/Luxemburg, 1993

Onderling Zorg Verzekeringen

Informatiebrochure Bijzondere Regeling geneeskundige hulp in België.

Overeenkomsten

Grensoverschrijdende komplementariteiten Frankrijk-België (1994)

Samenwerkingsprotocol tussen de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten en de Christelijke Mutualiteiten van Gent, Brugge, Eeklo en St.Niklaas en OZ-Zorgverzekeringen (1995)

Samenwerkingsprotocol tussen de Christelijke Mutualiteit te Hasselt en CZ-groep zorgverzekeringen te Sittard (1994)

Protocol inzake samenwerking tussen Christelijke Krankenkassen, Christelijke mutualiteiten, CZ-groep en AOK-Rheinland (1996)

Rombouts, M. (1990)

Grensoverschrijdende gezondheidszorg. Een onderzoek naar de huidige en toekomstige mogelijkheden en knelpunten van grensoverschrijdende gezondheidszorg waarbij Zeeuwsch-Vlaanderen centraal staat. Afstudeeropdracht ter afsluiting studie bestuurskunde aan Universiteit Twente. Enschede, 22 augustus 1990

Sampermans, J.J.M. (1994)

De Europese gedachte verdient steun! In: De Europese Gemeente, jaargang 29 nummer 2, 1994

SIG Zorginformatie (1994)

Zorg in Zicht

Utrecht, 1994

Scheres, J.M.J.C. (1991)

Gezondheidszorg en de Limburgse Grens. Een verkennend thema. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg. Juni 1991/1.

Scheres, J.M.J.C. (1993)

Europa, gezondheidszorg en grensgebieden. In: Kontakt, uitgave van Vereniging van Directeuren van Zorgverzekeraars in Nederland, 15-23, 42e jaargang, nr 2, juni 1993.

Schoukens, P. (1992)

Coördinatiebepalingen inzake gezondheidszorg: het communautaire recht.

Reeks gezondheidszorgverzekering en Europa (3). Maklu Antwerpen/Apeldoorn

Starmans, B. en R. Leidl (1994)

Health care institutions and cross-border care in the Euregio Meuse-Rhine.

Interregionaal Project Gezondheidszorg, Deelrapport A

Department of Health Economics, Rijksuniversiteit Limburg.

Maastricht, oktober 1994

Statistisch Jaarboek van de Ziekenhuizen, deel 1

Adressenlijst, Ministerie van volksgezondheid en leefmilieu, Brussel 1994/1995

Stückradt, M. en C. Frings (1994)

Zusammenarbeit der Kliniken und Möglichkeiten einer künftigen noch intensiveren Kooperation.

Interregionales Projekt Gesundheitsfürsorge, Teilprojekt C.

(Interregionaal Project Gezondheidszorg, Deelrapport C)

Medizinische Einrichtungen der Rheinisch Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Aachen, den 14.04.1994

SVB-Project (1995)

Grensoverschrijdende Ouderenzorg Eurode en Euregio Maas-Rijn, Stichting verpleegthuizen en Bejaardenzorg Kerkrade, 1995.

Van Tits, M.H.L. en P.A.A. Gemmel (1995)

Een grensoverschrijdende verkenning van belangen. Ziekenhuiszorg in Zeeuwsch-Vlaanderen en Belgisch Vlaanderen. Het Ziekenhuis (7) - 6 april 1995

Van Tits, M.H.L. en P.A.A.A. Gemmel (1995)

Haalbaarheidsonderzoek samenwerkingsnetwerk ziekenhuizen in de Euregio Scheldemond

IVA Tilburg, instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies, De Vlerick School voor Management en Euregio Scheldemond, Tilburg/Gent januari 1995

Vocking, F. (1995)

Europese binnengrenzen zijn nog lang niet geslecht. Uitgangspunten voor grensoverschrijdende samenwerking. Het Ziekenhuis (7) - 6 april 1995

ZiekenfondsRaad (1994)

Discussienota hulp in het buitenland.

Amstelveen, 2 juni 1994

ZiekenfondsRaad (1994)

Vervolg discussienota hulp in het buitenland.

Amstelveen, 29 juni 1994

ZiekenfondsRaad (1994)

Advies inzake medische zorg in grensgebied.

Amstelveen, 25 augustus 1994

ZiekenfondRaad (1995)

Besluit Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring onderzoek experiment grensoverschrijdende zorg.

Amstelveen, 16 november 1995

Ziekenfonds Raad (1995)

Jaarboek 1994

Amstelveen, 1995

Zorgverzekeraars Magazine (1995)

Pflegeversicherung hakt knopen door. Zorgvernieuwing in Duitsland.

Zorgverzekeraars Magazine, januari 1995

Zorgverzekeraars Magazine (1995)

Uitstroom steeds moeilijker te beheersen. Zorg over de grens in Zeeuwsch-Vlaanderen.

Zorgverzekeraars Magazine, september 1995

Zorgverzekeraars Magazine (1995)

Verzekeraars moeten bijdragen aan Europese gedachte. Medische zorg over de grens.

Zorgverzekeraars Magazine, juni 1995

Zorgverzekeraars Nederland (1995)

Gezondheidszorg in cijfers vanuit ziekenfondsoptiek, 1994.

Zeist, april 1995

Zorgverzekeraars Nederland (1995)

Jaarboek LIZ 1993, Landelijke Informatie Zorgverzekeraars.

Zeist, april 1995

## BIJLAGEN



## LIJST VAN GEINTERVIEWDE PERSONEN

Mr. Th.M.H. Paulus  
CZ Groep - Geleen  
Postbus 55  
6130 MA SITTARD

P. Been (arts)  
Ziekenfonds het Groene Land - Zwolle  
Zorgadministratie eerstelijns  
Postbus 631  
8000 AP ZWOLLE

A.F.M. Bootsma (arts)  
OZ Zorgverzekeringen - Terneuzen  
Hoofd zorg regio Zeeuwsch-Vlaanderen  
Postbus 90150  
4800 RB BREDA

P.H.F. Lentjes  
RZR Zorgverzekeraar - Doorwerth  
Coördinator Sector Zorg  
Postbus 103  
6865 ZM DOORWERTH

Drs. J. Vanderbergh  
VGZ - Maastricht  
Zorginkoop & Produktontwikkeling  
Randwijcksingel 20  
6229 EE MAASTRICHT

Mr. F.N.M. Raymakers  
VGZ - Nijmegen  
Secretaris  
Postbus 374  
6500 AJ NIJMEGEN

A.J. Bax  
Economisch beleidsmedewerker  
J. Jansen (arts)  
Geneeskundig Adviseur  
Ziekenfonds Oost Nederland - Enschede  
Postbus 75000  
7500 KC ENSCHEDE

Drs. B. Dreijer  
Regionale Zorgverzekeraar Groningen - Groningen  
Account Manager Cure  
Postbus 64  
9700 MD GRONINGEN

D. Quaghebeur  
dept. O & O  
Landsbond der Christelijke Mutualiteiten  
Wetstraat 121  
1040 Brussel  
BELGIE

P. Carnotensis  
Christelijke Mutualiteit Limburg

Herr H.W. Schemken  
Kafernenstrasse 61  
D-40213 Düsseldorf  
DUITSLAND



## Checklist interviews zorgverzekeraars Grensoverschrijdende zorg

### Algemeen - introductie

In verband met het voornemen meer aandacht te besteden aan het wegnemen van de belemmeringen op het gebied van grensoverschrijdende zorgverlening, heeft het Ministerie van VWS de Ziekenfondsraad gevraagd een experiment op te zetten. In dit experiment worden verruimende mogelijkheden voor zorgverlening in de grensgebieden onderzocht. De Ziekenfondsraad heeft het NIVEL verzocht een technische vooronderzoek te verrichten ten behoeve van dit op te zetten experiment. Op deze manier moet duidelijk worden welke beleidsmatige consequenties kleven aan een verruiming van de huidige consumptiemogelijkheden in het buurland voor Nederlandse ingezetenen. Op basis van dit vooronderzoek kan een optimale keuze voor de invulling van een experiment worden gemaakt.

In het vooronderzoek vindt een inventarisatie plaats van recent uitgevoerde onderzoeken en initiatieven op het gebied van grensoverschrijdende zorg. Naast bestudering van gepubliceerde rapporten, willen de onderzoekers ook graag met betrokkenen uit de grensgebieden zelf praten. Wij denken dat met name zorgverzekeraars een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het onderzoek, omdat zij vanuit de dagelijkse praktijk weten wat er speelt. Via interviews willen wij dan ook van U te weten komen wat er met betrekking tot grensoverschrijdende zorg gebeurt en welke ideeën er rondom dit onderwerp leven in uw organisatie. Met het oog op het doel van dit onderzoek, namelijk een aanbeveling voor het experiment, is van belang te weten welke zorgvoorzieningen, groepen mensen en geografisch gebied zich lenen voor het opzetten van een experiment.

### Opbouw van het interview

In dit interview willen we eerst ingaan op de *dagelijkse praktijk* van grensoverschrijdend zorgverkeer voor Uw organisatie. Voor welke voorzieningen gaan verzekerden de grens al over en welke groepen mensen zijn dat en hoe vaak komt dat voor? Vanuit het heden willen we naar de toekomst kijken, welke *behoefte* leeft er bij zorgverzekeraars met betrekking tot het overschrijden van de landsgrenzen. Hierna komen eventuele *knelpunten* of belemmeringen ter sprake. Tot slot willen we nader ingaan op het uiteindelijke *experiment*. We willen van de betrokken verzekeraars weten wat zij belangrijk achten in een dergelijk experiment. Voor elk van de bovengenoemde aandachtspunten geldt dat niet alleen in brede zin op een onderwerp wordt ingaan, maar ook specifieke en concrete punten aan de orde komen.

### A. DAGELIJKSE PRAKTIJK

Op veel terreinen vervagen de staatsgrenzen en ook in de gezondheidszorg vindt er steeds meer grensoverschrijdend verkeer plaats. Verkeer van patiënten is mogelijk bij onmiddellijke noodzaak tot behandeling tijdens verblijf in het buitenland. Ook voor werknemers die aan de ene kant van de grens werken, maar aan de andere kant wonen zijn er mogelijkheden om een behandeling in het buitenland te ondergaan. In een aantal speciale gevallen kan het ziekenfonds behandeling in het buitenland toestaan, bijvoorbeeld als een behandeling noodzakelijk is en in Nederland tot het verstrekkingenpakket behoort, maar niet in Nederland uitgevoerd kan worden.

We willen nu weten hoe de dagelijkse praktijk in Uw regio eruit ziet. Achtereenvolgens komen aan bod: Uw eigen organisatie, de aanbieders van zorg om U heen en uw cliënten.

1. In hoeverre speelt grensoverschrijdende zorg in uw organisatie een belangrijke rol?
  2. a Vindt er samenwerking of overleg plaats met zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de grens?
    - b Zo ja: Verloopt deze samenwerking op structurele basis of juist ad hoc? Verloopt de samenwerking informeel of bestaat er ook formeel overleg?
  3. a Wanneer maken Uw cliënten gebruik van voorzieningen aan de andere kant van de grens?
    - b Welke groepen patiënten maken gebruik van voorzieningen over de grens?
    - c Voor welke voorzieningen gaan Uw cliënten naar aanbieders in het buitenland?
    - d Hoe vaak komt het voor dat cliënten naar het buitenland gaan?
  4. a In hoeverre maken patiënten uit buurlanden voor zover u weet gebruik van de Nederlandse zorgvoorzieningen?
    - b Om welke voorzieningen gaat het dan?
    - c Voor welke groepen patiënten geldt dit?
-

## **B. BEHOEFTE**

In de meeste Euregio's vinden ontwikkelingen plaats op het gebied van grensoverschrijdend zorgverkeer. Hoewel het in de praktijk misschien nog niet eens veel voorkomt, beraden de meeste betrokken organisaties als zorgverzekeraars, aanbieders en patiëntenverenigingen zich op de 'grenzenloze' toekomst en de nieuwe mogelijkheden in deze situatie. Net als bij de vragen over de huidige situatie, richten we ons bij de 'gewenste situatie' achtereenvolgens op de rol van uw eigen organisatie, uw samenwerking met anderen en de behoeften van uw cliënten.

- 5. a In hoeverre bestaat er binnen Uw organisatie behoefte om U op het buitenland te oriënteren?**
  - b Welke voor- en nadelen verwacht U van oriëntatie op het buitenland?**
- 6. a Hoe ziet U de mogelijkheden voor het aangaan van contracten met buitenlandse aanbieders van zorg in de toekomst?**
  - b Voor welke voorzieningen/verzekerden zou U in de toekomst samen willen werken met buitenlandse aanbieders?**
  - c Onder welke voorwaarden moet dit plaatsvinden?**
- 7. a In hoeverre bestaat bij uw cliënten de behoefte om voor zorg over de grens te gaan?**
  - b Voor welke voorzieningen zouden cliënten naar het buitenland willen?**
  - c Om welke groepen patiënten gaat het?**
  - d Welke voor- en nadelen verwachten cliënten wanneer ze voor bepaalde voorzieningen naar het buitenland kunnen?**
- 8. Tot hoever bent U als organisatie bereid tegemoet te komen aan de wensen van Uw cliënten?**

Zoals al eerder aan de orde kwam, oriënteert niet alleen Nederland zich op de internationale markt, vanuit het buitenland bestaat ook belangstelling voor zorgconsumptie in Nederland. We zijn benieuwd wat Uw mening is over deze patiëntenstroom in omgekeerde richting.

- 9. a In hoeverre bestaat voor zover U weet bij zorgverzekeraars in het buitenland behoefte zich in de toekomst op de Nederlandse gezondheidszorgmarkt te begeven?**
  - b Voor welke voorzieningen in Nederland zou er in de toekomst belangstelling vanuit het buitenland?**
  - c Aan welke groepen buitenlandse patiënten denkt U dan?**
  - d Onder welke voorwaarden?**
  - e Wat verwacht U in de toekomst van grensoverschrijdend verkeer vanuit het buitenland naar Nederland?**

## **C. KNELPUNTEN**

In het algemeen blijkt dat voor zorgverzekeraars de nationale regelgeving de grootste belemmering vormt voor grensoverschrijdende zorg. De stelsels van sociale zekerheid, gezondheidszorg en ziektekostenverzekering zijn namelijk op basis van het subsidiariteitsbeginsel, volledig nationaal bepaald. Vergoedingen voor verstrekkingen moeten daarom beperkt worden tot het nationaal of regionaal grondgebied of voldoen aan in de nationale wetgeving voorgeschreven criteria. Uitzonderingen op deze wetgeving liggen vast in de Europese regelgeving.

- 10. a Op welke manier vormt de wet- en regelgeving naar Uw mening een belemmering voor grensoverschrijdende zorgverlening?**  
**b Welke belemmeringen moeten naar Uw mening opgeheven worden voordat er mogelijkheden zijn voor grensoverschrijdende zorg?**

Naast juridische belemmeringen, bestaan andere knelpunten in de huidige situatie waardoor een gewenste situatie zoals besproken onder het punt 'behoefte' niet tot stand kan komen. Er is bijvoorbeeld verschil in de verzekeringssystemen van België en Duitsland en Nederland. Hiernaast vindt budgettering en overheidsplanning plaats op basis van gegevens in het eigen land, hetgeen ook tot belemmeringen kan leiden, bij samenwerking op internationaal niveau.

- 11. a Ervaart u andere belemmeringen voor grensoverschrijdende zorgverlening?**  
**b Kunt u aangeven per zorgvoorzieningen of patiëntengroepen welke knelpunten bestaan met betrekking tot de volgende punten?**
- Kwaliteitscontrole
  - Financieringsmogelijkheid
  - Kosten/Baten
  - Aantal patiënten
  - Weerstand aanbieders
  - Weerstand patiënten
  - Wederkerigheid
  - Verschillend verstrekkingenpakket/indicatiestelling
  - Anders,
- c Op welke manier zouden belemmeringen voor grensoverschrijdende zorg opgeheven kunnen worden?**

#### **D. EXPERIMENT**

Het doel van dit vooronderzoek is te komen tot een aanbeveling voor een uit te voeren experiment. Duidelijk moet worden welke voorzieningen voor grensoverschrijding in aanmerking komen en welke verzekerden in aanmerking komen voor grensoverschrijdend verkeer.

In dit laatste deel van het interview willen we graag Uw mening horen over een dergelijk experiment.

- 12. a Wanneer u in uw regio een experiment met betrekking tot grensoverschrijdende zorg zou willen uitvoeren, hoe zou u dat inrichten?**  
**b Welke groepen patiënten en welke voorzieningen zou U in het experiment betrekken?**  
**c Onder welke voorwaarden?**  
**d Welke consequenties voor de gezondheidszorg op korte termijn in Uw regio zou dit experiment hebben?**  
**e En welke op lange termijn?**

We willen een duidelijk beeld krijgen van de precieze invulling en consequenties van het experiment. Vandaar dat we Uw mening willen horen over een aantal punten die betrekking hebben op het experiment en ons inziens van belang zijn.

- 13. Wanneer het experiment uitgevoerd wordt, wat betekent dit dan concreet voor de volgende punten?**
- Aantal patiënten
  - Weerstand aanbieders

- Weerstand patiënten
- Wederkerigheid
- Kwaliteitscontrole

Een probleem bij grensoverschrijdende zorgconsumptie zijn de verschillende manieren waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars gewend zijn te werken. In Nederland bijvoorbeeld gaan de verzekeraars vaak contracten aan met de aanbieders en betalen buiten de patiënt om. In België daarentegen vindt betaling meestal op restitutie-basis plaats.

- 14. a Op welke manier zou U voorzieningen in het buitenland willen financieren? Wilt U contracten aangaan of ziet U andere mogelijkheden?**  
**b Welke (andere) uitvoeringstechnische problemen verwacht U?**

Het experiment moet zodanig uitgevoerd worden, dat het representatief is, beheersbaar en te vertalen naar andere gebieden.

- 15. a In welk opzicht is Uw regio geschikt voor een dergelijk experiment?**  
**b Welke zouden voor- en nadelen zijn van het uitvoeren van een experiment in Uw regio?**  
**c In hoeverre acht U een experiment in Uw regio representatief voor grensoverschrijdende zorg in heel Nederland?**

Hiermee zijn we wat ons betreft aan het eind gekomen van het interview.

- 16. Zijn er punten die we mee moeten nemen in ons onderzoek, maar hier nog niet ter sprake gekomen zijn?**



## Verzeichnis der Fragen für ein Interview mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse

### Allgemein - Einführung

Es besteht ein zunehmendes Interesse daran, die Behinderungen für grenzüberschreitende Gesundheitspflege ("Pflege-Grenzverkehr") aus dem Wege zu räumen. Die niederländische Regierung möchte mittels eines Experiments in der Grenzregion prüfen, welche Folgen sich aus einer Erweiterung der Möglichkeiten für einen freieren Pflege-Grenzverkehr ergäben. Das NIVEL (Niederländisches Institut für Primärversorgung) wurde mit der Vorstudie für ein solches Experiment beauftragt. In dieser Weise soll geklärt werden, welche politischen Konsequenzen mit einer Erweiterung der derzeitigen "Konsummöglichkeiten" im Nachbarland für Einwohner der Niederlande verbunden sind. Auf der Grundlage dieser Vorstudie läßt sich eine optimale Wahl im Zuge der Konkretisierung des Experiments treffen.

In der Vorstudie erfolgt eine Inventarisierung unlängst durchgeführter Studien und Initiativen im Bereich des Pflege-Grenzverkehrs. Abgesehen vom Studium veröffentlichter Berichte möchten wir als Forscher auch gern mit den Betroffenen aus den Grenzgebieten selbst sprechen. Von den im Grenzgebiet tätigen Krankenkassen möchten wir gern erfahren, wie sich dort die tägliche Praxis des Pflege-Grenzverkehrs gestaltet. Mit Hilfe dieses Interviews möchten wir Einsicht in die Art und Weise gewinnen, in der Sie die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aus den Niederlanden empfinden. Auch erfahren wir gern, wie die Grenzüberschreitung diesbezüglich aus Deutschland in Richtung Niederlande verläuft.

### Aufbau des Interviews

Im Interview möchten wir zuerst auf die *tägliche Praxis* des Pflege-Grenzverkehrs für die deutschen Krankenkassen eingehen. Für welche Einrichtungen kommen die Niederländer nach Deutschland, um welche Personengruppen handelt es sich hierbei, wie häufig kommt dies vor und was bedeutet dies für das deutsche Gesundheitswesen? Auch sind wir am "Patientenstrom" aus Deutschland in Richtung Niederlande interessiert.

Aus dem Heute möchten wir in die Zukunft schauen. Welcher *Bedarf* besteht bei den Krankenkassen und deren Versicherten bezüglich des Überschreitens der Landesgrenzen? Anschließend kommen eventuelle *Engpässe* oder Behinderungen für eine Erweiterung des "Gesundheitspflegemarktes" zur Sprache. Und schließlich möchten wir wissen, was Sie von einem *Experiment* halten, das in erster Linie in den Niederlanden eingerichtet wird, jedoch auch Konsequenzen für Deutschland haben kann?

## **A. DIE TÄGLICHE PRAXIS**

Auf vielerlei Gebieten verschwimmen die Staatsgrenzen; auch im Gesundheitswesen ist ein immer intensiverer grenzüberschreitender Verkehr festzustellen. Ein Verkehr von Patienten ist möglich bei unmittelbarem Behandlungsbedarf im Falle eines Auslandsaufenthalts. Auch für Arbeitnehmer, die an der einen Seite der Grenze arbeiten, jedoch auf der anderen Seite wohnen, gibt es Möglichkeiten, sich einer Behandlung im jeweils anderen Land zu unterziehen. Wir möchten jetzt wissen, wie sich die tägliche Praxis der diesbezüglichen Grenzüberschreitung in Ihrer Region gestaltet.

### Pflege-Grenzverkehr aus Deutschland in Richtung Niederlande

- 1. Inwiefern spielen Grenzüberschreitungen in Ihrer Organisation eine wichtige Rolle?**
- 2. a Wann nutzen Patienten aus den Niederlanden Einrichtungen in Deutschland?  
b Welche Patientengruppen nutzen Einrichtungen in Deutschland?  
c Wie häufig gehen niederländische Patienten nach Deutschland?**
- 3. a Gibt es eine Zusammenarbeit oder einen Dialog mit Gesundheitspflege-Anbietern und Pflegeversicherern in den Niederlanden?  
b Falls ja, verläuft diese Zusammenarbeit strukturell oder vielmehr ad hoc? Verläuft die Zusammenarbeit informell oder besteht auch eine formelle Dialogstruktur?**

### Pflege-Grenzverkehr aus den Niederlanden in Richtung Deutschland

- 4. a Inwiefern nutzen deutsche Patienten die Einrichtungen des niederländischen Gesundheitswesens?  
b Um welche Einrichtungen handelt es sich dabei?  
c Für welche Patientengruppen ist dies der Fall?**

## **B. BEDARF**

In den meisten Euregionen gibt es Entwicklungen im Bereich des Pflege-Grenzverkehrs. Obwohl dies in der Praxis noch nicht häufig der Fall ist, machen sich die meisten betroffenen Organisationen, wie die Pflegeversicherer, die Anbieter von Pflegeleistungen und die Patienten Gedanken über die "grenzenlose" Zukunft und die sich aus dieser Situation ergebenden neuen Möglichkeiten.

### Pflege-Grenzverkehr aus Deutschland in Richtung Niederlande

- 5. a Was erwarten Sie in der Zukunft vom Pflege-Grenzverkehr für die Niederländer?  
b Welche Gruppen von Niederländern werden nach Ihrer Erwartung nach Deutschland kommen? Für welche Einrichtungen?**
- 6. Was wird dies für die deutsche Gesundheitspflegestruktur bedeuten? Welche Konsequenzen ergeben sich für die Krankenkassen aus der zukünftigen Grenzüberschreitung?**
- 7. a Inwiefern besteht innerhalb Ihrer Organisation der Bedarf, sich auf den niederländischen Gesundheitspflegemarkt zu richten?**



**b Welche Vor- und Nachteile erwarten Sie von einer Orientierung auf die Niederlande?**

Pflege-Grenzverkehr aus den Niederlanden in Richtung Deutschland

**8. a Inwiefern würden Ihre Patienten niederländische Pflegeeinrichtungen nutzen wollen?**

**b Für welche Einrichtungen würden Patienten ins Ausland gehen wollen?**

**c Um welche Patientengruppen handelt es sich hierbei?**

**d Welche Vor- und Nachteile können Patienten erwarten, wenn sie sich für bestimmte Einrichtungen in die Niederlande begeben?**

**C. ENGPÄSSE**

Im allgemeinen zeigt sich, daß nationale Regelungen für die Sozialversicherungsgesellschaften die größte Barriere für den Pflege-Grenzverkehr bilden. Die Systeme der sozialen Sicherheit, des Gesundheitswesens und der Pflegeversicherung sind nämlich auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips vollkommen national bestimmt. Vergütungen für Leistungen müssen aus diesem Grund auf das nationale oder regionale Hoheitsgebiet begrenzt werden oder den in der nationalen Gesetzgebung vorgeschriebenen Kriterien genügen. Ausnahmen zu dieser Gesetzgebung finden sich in europäischen Regelungen.

Abgesehen von rechtlichen Behinderungen gibt es andere Engpässe in der heutigen Situation, wodurch eine gewünschte Situation, wie erörtert unter dem Punkt "Bedarf", nicht zustande kommen kann. Beispielsweise gibt es Unterschiede zwischen den Versicherungssystemen Deutschlands und der Niederlande. Darüber hinaus erfolgen eine Haushalts- und eine staatliche Planung auf der Grundlage von Angaben im eigenen Land, was ebenfalls zu Behinderungen bei der Zusammenarbeit auf internationaler Ebene führen kann.

**9. a Empfinden Sie Behinderungen für den Pflege-Grenzverkehr aus den Niederlanden Richtung Deutschland und umgekehrt?**

**b Wie könnten die Behinderungen für einen Pflege-Grenzverkehr aus dem Wege geräumt werden?**

**D. EXPERIMENT**

Ziel dieser Vorstudie ist es, zu einer Empfehlung für ein an der niederländischen Seite der Grenze durchzuführendes Experiment zu gelangen. In einem näher zu bestimmenden Gebiet wird man mit einer Lockerung der Gesetzgebung für den Pflege-Grenzverkehr experimentieren. Wir möchten eine klare Vorstellung der Konkretisierung und der Konsequenzen des Experiments gewinnen. Wenn es in einem bestimmten Grenzgebiet für Niederländer für bestimmte Formen der Gesundheitspflege einfacher wird, sich nach Deutschland zu begeben, werden sich daraus Folgen für die Nachfrage nach Gesundheitspflege in Deutschland ergeben. Darüber hinaus könnte man sich vorstellen, daß ein Strom deutscher Versicherter die niederländischen Gesundheitseinrichtungen nutzen wird wollen. Gern würden wir Ihren Standpunkt bezüglich eines solchen Experiments vernehmen.

In den Gesprächen mit niederländischen Pflegeversicherern wurde eine Reihe möglicher Experimente genannt. Hierüber möchten wir zuerst mit Ihnen sprechen. Die

Gesetzgebung und die Regelungen für Grenzarbeiter könnten so erweitert werden, daß sie auch auf Familienmitglieder dieser Personen anwendbar wird. Eventuell könnten auch ehemalige Grenzarbeiter für die erweiterte Gesetzgebung und Regelung in Frage kommen.

- 10.a Was halten Sie von einem Experiment bezüglich der Erweiterung der Grenzarbeiterregelung?**
- b Welche Konsequenzen hat ein solches Experiment für die Anbieter von Gesundheitspflegeleistungen? Und für die Krankenkassen?**
- c Was erwarten Sie von der Gegenseitigkeit, also davon, ob Versicherte in Deutschland sich in die Niederlande begeben werden?**

Für bestimmte Operationen oder Behandlungen gibt es in den Niederlanden Wartelisten, wohingegen in Deutschland Patienten sofort behandelt werden können. Würde die Gesetzgebung in den Niederlanden bezüglich der Wartelisten großzügiger gehandhabt, so könnte dies bedeuten, daß Patienten im Falle einer langen Warteliste die Zustimmung zu einem Ausweichen ins Ausland erhalten könnten.

- 11.a Was halten Sie von einem Experiment zur Erweiterung der Regelungen über Wartelisten in dem Sinne, daß Niederländer für bestimmte Behandlungen nach Deutschland ausweichen könnten?**
- b Welche Konsequenzen hätte ein solches Experiment für die Anbieter von Gesundheitspflegeleistungen? Und für die Krankenkassen?**
- c Was erwarten Sie von der Gegenseitigkeit, also davon, ob sich Versicherte in Deutschland in die Niederlande begeben werden?**

Ein anderes vorgeschlagenes Experiment betrifft die ambulante Behandlung in den Grenzgebieten. Niederländischen Einwohnern von Grenzgebieten würde es gestattet werden, sich für ambulante Behandlungen nach Deutschland zu begeben, beispielsweise für hausärztliche Leistungen. In den Niederlanden gibt es im Vergleich zu Deutschland nur wenig Hausärzte. Überdies dürfen Hausärzte in Deutschland eine größere Zahl von Leistungen in der eigenen Praxis ausführen, während Patienten in den Niederlanden hierfür an Krankenhäuser überwiesen werden müssen.

- 12.a Was halten Sie von einem Experiment bezüglich der Erweiterung der ambulanten Behandlungen in dem Sinne, daß Niederländer sich in Zukunft auch in Deutschland behandeln lassen können?**
- b Welche Konsequenzen hätte ein solches Experiment für die Anbieter von Gesundheitspflegeleistungen?  
Und für die Krankenkassen?**
- c Was erwarten Sie von der Gegenseitigkeit, also davon, ob sich Versicherte in Deutschland in die Niederlande begeben werden?**

Andere Experimente könnten sich auf gelockerte Indikationen bei Transplantationen beziehen, auf die Zusammenarbeit bei Krankentransporten, den Einkauf von Hilfs- und Arzneimitteln über die Grenze hinweg und die Erweiterung der Regelungen bezüglich spezieller Einrichtungen, wie Kurorte oder Thermalbäder.

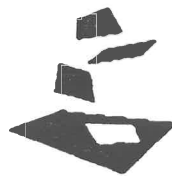
- 13.a Welchen Faktoren müßte man Rechnung tragen, wenn in Ihrer Region aus den Niederlanden ein Experiment bezüglich des Pflege-Grenzverkehrs durchgeführt würde?**
- b Welche Pflegeeinrichtungen und Patienten eignen sich nach Ihrem Ermessen für ein solches Experiment?**
- c Welche kurzfristigen Konsequenzen würde dieses Experiment auf das Gesundheitswesen haben?**
- d Und woraus bestünden die langfristigen Konsequenzen?**
- 14. Welche Reaktionen erwarten Sie von den Versicherten in Deutschland, sobald ein solches Experiment in den Niederlanden anläuft?  
Und wie werden sich die deutschen Anbieter von Gesundheitspflegeleistungen verhalten?**

Soweit unsere Fragen zum Experiment. Falls Sie noch Vorschläge zu dessen Ausführung haben, vernehmen wir diese gern.

- 15. Gibt es noch Aspekte, die wir in unserer Studie berücksichtigen sollten, welche hier jedoch noch nicht zur Sprache gekommen sind?**

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!





Z 109/34 + 3 bijlagen

*Bezoekadres*  
Prof. J.H. Bavincklaan 2  
1183 AT Amstelveen

Aan de leden van de  
Ziekenfondsraad

*Postadres*  
Postbus 396  
1180 BD Amstelveen

Telefoon 020-547 89 11  
Telefax 020-647 34 94

Ons kenmerk  
SGZ/48066/95

doc.nr.  
Mw. van Vugt/SGZ55GJ362

Datum  
16 november 1995

Onderwerp  
Besluit Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring onderzoek experiment  
grensoverschrijdende zorg

### 1. Inleiding

Voor het laatst heeft de Ziekenfondsraad gediscussieerd over 'hulp in het buitenland' in augustus 1994. Toen bracht u het advies inzake medische zorg in grensgebied uit aan de minister van VWS. Ook in de Commissie Verstrekkingen is in die periode een aantal malen gediscussieerd over dit onderwerp. Sindsdien hebben zich verschillende ontwikkelingen voorgedaan, die maken dat nu bij u op dit onderwerp kan worden teruggekomen met een concreet voorstel.

### 2. Recente ontwikkelingen

Het secretariaat heeft zich het afgelopen jaar uitvoerig georiënteerd op ontwikkelingen op het terrein van de grensoverschrijdende zorg. Geconstateerd is dat er in twee zogeheten Euregio's (de Euregio Rijn-Waal en de Euregio Maas-Rijn) tal van activiteiten worden ontplooid, gericht op het totstandbrengen van grensoverschrijdende samenwerking in de gezondheidszorg. Over deze initiatieven heeft het secretariaat zich nader laten informeren.

Voor de goede orde merk ik op dat Euregio's internationale bestuurlijke samenwerkingsverbanden zijn, waarbinnen oriëntatie plaatsvindt op grensoverschrijdende samenwerking. De activiteiten strekken zich uit op vele terreinen, zoals handel, werkgelegenheid, infrastructuur, energievoorziening, en ook de gezondheidszorg.

De Nederlandse autoriteiten die betrokken zijn bij Euregio-initiatieven, met name de provincie Limburg, hebben zich ook tot de Minister gewend om te bepleiten de belemmeringen weg te nemen die nu nog bestaan bij grensoverschrijdende zorgverlening. De minister heeft mede naar aanleiding daarvan toegezegd het opzetten van een experiment op dit gebied te zullen ondersteunen. Voor het ministerie van VWS ziet de minister dan een monitorfunctie weggelegd om van de ontwikkelingen op de hoogte te blijven.

Voor de Ziekenfondsraad is, in zijn functie van toezichthoudend orgaan en beheerder van de Algemene Kas, een taak weggelegd om overleg voeren over de concrete invulling en uitwerking van het te houden experiment, op zowel het zorginhoudelijke als financiële vlak. Het experiment zou eind volgend jaar de nodige bevindingen kunnen

*In Uw antwoord graag datum  
en ons kenmerk vermelden*

opleveren om een gefundeerd voorstel aan de Tweede Kamer te kunnen voorleggen. Een en ander heeft de minister bij de beantwoording van Kamervragen te kennen gegeven (bijlage 1).

Tegen deze achtergrond wordt nu uw aandacht gevraagd voor een op te zetten experiment. Concreet wordt de Raad voorgesteld om in te stemmen met het houden van een soort haalbaarheidsonderzoek ter voorbereiding op het beoogde experiment. Voordat ik daarop verder in ga, geef ik u voor het goede begrip een globale schets van het uiteindelijk op te zetten experiment.

### 3. Experiment

Het secretariaat van de Raad heeft verschillende overleggen gevoerd met de verzekeraars die in het kader van de Euregio's initiatieven ontplooiën voor grensoverschrijdende zorg. Dit in de eerste plaats om nader geïnformeerd te worden over die initiatieven. De gesprekspartners waren het eens over het feit dat bij het, in meer of mindere mate, openstellen van de landsgrenzen voor zorgverlening vele onzekere factoren aan de orde zullen komen. De verzekeraars hadden begrip voor de opvatting van het secretariaat van de Raad, dat de Raad alleen bij een initiatief grensoverschrijdende zorg betrokken kan zijn in het kader van een experiment. De werkwijze die de verzekeraars voorstaan, om in een minder gecontroleerde omgeving de grenzen voor zorg open te stellen en vervolgens naar bevind van zaken te handelen, kan de Raad niet volgen. In overleg met de verzekeraars zijn de mogelijkheden verkend voor een experiment dat past bij de functie van de Raad. In dat verband is aangegeven dat het voor de Raad belangrijk is dat, indien een experiment wordt ingesteld, het doel daarvan duidelijk is.

Over het doel van een experiment kan het volgende worden gezegd. In haar antwoord op de kamervragen merkt de minister op dat grensoverschrijding niet mag leiden tot verstoring van de nationale zorginfrastructuur. Ook mogen de financiële aspecten volgens haar niet uit het oog worden verloren. Deze opmerkingen sluiten aan bij de bezwaren bij grensoverschrijdende zorg, die de Raad signaleerde in zijn bovengenoemde advies en die eerder ook door de Commissie Verstrekkingen zijn genoemd. Deze bezwaren moeten de invalshoek vormen voor een experiment.

Met andere woorden, de vraag die centraal moet staan in een door de Raad op te zetten experiment, is wat de gevolgen zijn van grensoverschrijdende zorg voor de te onderscheiden technisch en beleidsmatige aspecten. Aspecten waaraan, in algemene termen gesteld, gedacht kan worden zijn bij voorbeeld planning, indicatiestelling en pakketsamenstelling, kwaliteit en doelmatigheid, en uiteraard de financiering en overige kostenconsequenties. Pas als deze aspecten in een experimentele omgeving zijn onderzocht, kan bezien worden in hoeverre grensoverschrijdende zorg in meer structurele zin overwogen moet worden.

Dit betekent dat aan het experiment verschillende eisen moeten worden gesteld. De experimentele situatie moet beheersbaar zijn; er moet overzicht blijven bestaan over alle aspecten die zich in een experiment voordoen. De situatie mag niet onomkeerbaar zijn; indien ongewenste effecten optreden moeten die tijdens of na afloop van het experiment weer voorkomen kunnen worden. Het experiment moet meetbaar zijn; de genoemde aspecten moeten verder uitgewerkt worden in te registreren gegevens, aan de hand waarvan de onderzoeksvragen beantwoord kunnen worden. Ten slotte is belangrijk dat de experimentele situatie extrapoleerbaar is; het experiment wordt in een deel van het land uitgevoerd, maar de conclusies moeten ook kunnen gelden voor andere delen van het land.

Uit de eerder discussies en de bij herhaling gesignaleerde bezwaren kan worden opgemaakt dat het geheel van technische en beleidsmatige aspecten, waarvoor gevolgen te verwachten zijn bij een meer internationale benadering in de zorgverlening, lastig is te overzien. De opzet van een experiment is daardoor niet eenvoudig. Dit onderschreven

ook de eerdergenoemde gesprekspartners van het secretariaat. Algemeen was de opvatting in de gesprekken die zijn gevoerd, dat het raadzaam is het experiment in twee fasen te splitsen: een vooronderzoek en het uiteindelijke experiment. Hierna ga ik nader in op de bedoeling en de opzet van het vooronderzoek. Uiteraard zal op het uiteindelijk beoogde experiment in een later stadium nog uitvoerig bij de Raad worden teruggekomen.

#### 4. Vooronderzoek

Het vooronderzoek is bedoeld om een basis te leveren voor keuzen die gemaakt moeten worden voor het doel, de opzet en de omvang van het uiteindelijk op te zetten experiment grensoverschrijdende zorg. In het vooronderzoek moet een inventarisatie worden gemaakt van de eerder genoemde aspecten, en die moeten daarin ook verder worden uitgewerkt. Het vooronderzoek brengt verder de knelpunten bij die verschillende aspecten in beeld.

In deze voorbereidende fase gaat het dus om vragen als: in welke regio kan het experiment plaatsvinden, wat is een geschikte doelgroep, welke voorzieningen lenen zich het beste. Daarnaast kan het vooronderzoek informatie geven over de meetpunten die in het experiment geregistreerd moeten worden.

Het secretariaat heeft het Nivel, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, gevraagd een opzet te maken voor het vooronderzoek. De reden waarom niet is gekozen voor aanbesteding onder een aantal onderzoeksinstituten, is in de eerste plaats dat met het vooronderzoek (en overigens ook met het experiment zelf) enige spoed gemoeid is. Zoals ik eerder opmerkte ontplooiën groeperingen in twee Euregio's initiatieven om grensoverschrijdende samenwerking tot stand te brengen. Het experiment zou niet alleen in de opzet zoveel mogelijk moeten aansluiten bij die regionale initiatieven, een van de redenen waarom uitvoerig met betrokken verzekeraars overleg is gevoerd. Ook wint een experiment aan belang indien de resultaten in een vroegtijdig stadium kunnen worden ingebed in die initiatieven. Daarom is het belangrijk dat op korte termijn het voorstel voor een door de Raad begeleid experiment kan worden gepresenteerd aan de regionale initiatiefnemers.

Een tweede reden waarom het secretariaat heeft afgezien van aanbesteding is de overweging dat met het vooronderzoek relatief beperkte kosten zijn gemoeid. Hierbij merk ik met nadruk op dat een opdracht voor de eerste fase van het onderzoek geen enkele toezegging inhoudt voor de uitvoering van de tweede onderzoeksfase. Dit is uitdrukkelijk aan het Nivel bericht.

Het Nivel heeft op 3 november 1995 zijn projectschets voor het vooronderzoek toegestuurd aan de Raad. Die treft u aan als bijlage 2. De opzet van het vooronderzoek staat de vragen centraal welke voorzieningen zich het beste lenen voor een experiment, en in welke regio en voor welke doelgroep het experiment kan worden opgezet. Voor de nadere beschrijving verwijs ik u naar bijlage 2.

Een keuze die gemaakt is over de reikwijdte van het vooronderzoek verdient nadere toelichting. Ik doel hierbij op de vraag of het vooronderzoek zich moet beperken tot de situatie dat Nederlands ingezetenen hulp in het buitenland kunnen genieten, of dat ook de omgekeerde situatie in ogenschouw moet worden genomen. Dan is sprake van een wederkerige omstandigheid, waarbij ook ingezetenen van buurlanden hulp van Nederlandse zorgaanbieders kunnen inroepen.

Het secretariaat heeft de onderzoekers verzocht in het vooronderzoek uit te gaan van de wederkerige situatie. Daarmee is niet bij voorbaat gezegd dat ook het experiment zelf wederkerig zal zijn. Dat is immers sterk afhankelijk van de interesse die in het buitenland bestaat voor het experiment. Denkbaar is dat het uiteindelijk beoogde experiment in eerste instantie vanuit de Nederlandse situatie wordt opgezet, maar dat de buurlanden daarbij aanhaken waardoor de wederkerige situatie ontstaat.

De gedachtenvorming rond de aanpak van een experiment grensoverschrijdende zorg is, zoals gezegd, verschillende keren besproken met zorgverzekeraars die betrokken zijn bij Euregio-initiatieven of die anderszins in de praktijk al met grensoverschrijdende zorg te maken hebben. Bij deze gesprekken was ook steeds het ministerie van VWS vertegenwoordigd. In de gesprekken is eerst de aanpak van een experiment besproken. Ook het voorstel om het experiment voor te bereiden met een vooronderzoek is in overleg met verzekeraars en het ministerie tot stand gekomen. Ten slotte heeft in dezelfde samenstelling een gesprek plaatsgevonden over de opzet van het vooronderzoek met de onderzoekers van het Nivel.

De nauwe betrokkenheid van het veld, tot nu toe in persoon van de verzekeraars, zal ook bij het verdere traject gevolgd worden. Zoals uit de opzet van het vooronderzoek blijkt, zullen de onderzoekers nader overleg voeren met verzekeraars over de regionale situatie waarin het experiment gestalte gaat krijgen. Bij de vertaling van het vooronderzoek naar het experiment zullen ook andere groeperingen als aanbieders van zorg en patiënten- en consumentenorganisaties uiteraard betrokken worden.

De Commissie Verstrekkingen heeft gezien het bovenstaande in haar vergadering van 14 november 1995 besloten de Ziekenfondsraad te adviseren aan het Nivel subsidie toe te kennen voor een vooronderzoek voor een experiment grensoverschrijdende zorg, tot een bedrag van maximaal f 72.435,- exclusief BTW. Een ontwerp voor een subsidiebesluit is als bijlage 3 hierbij gevoegd.

#### 5. Slotopmerkingen

Het vooronderzoek zal worden gevolgd door het secretariaat. Daarnaast zullen de verzekeraars, die ook in het voortraject betrokken waren, kennis nemen van het ontwerp van de eindrapportage. Op deze manier kan in overleg met hen worden vastgesteld of de resultaten van het onderzoek niet alleen voldoen aan de opdracht, maar ook of die hanteerbaar zijn in de praktijk.

Het vooronderzoek kent een looptijd van 3 maanden en zal in februari 1996 zijn afgerond. Zoals eerder opgemerkt treedt het secretariaat, nadat dit technische vooronderzoek is verricht, ook in overleg met andere betrokken groeperingen als zorgaanbieders en patiënten- en consumentenorganisaties. Met hen zullen de resultaten van het vooronderzoek worden besproken en zal worden gezien hoe, op basis van die resultaten, het uiteindelijke experiment vorm kan krijgen.

Zodra de resultaten van het vooronderzoek beschikbaar zijn en nadere gedachtenvorming heeft plaatsgevonden over het beoogde experiment grensoverschrijdende zorg, wordt bij de Raad teruggekomen op dit onderwerp. Ik ga er van uit dat dat nog in het eerste kwartaal van 1996 zal gebeuren.

De secretaris van de  
Commissie Verstrekkingen

drs. J. Bultman

De voorzitter van de  
Commissie Verstrekkingen

mr. G.J.A. Hamilton





# ZiekenfondsRaad

*Bezoekadres*  
Prof. J.H. Bavincklaan 2  
1183 AT Amstelveen

*Postadres*  
Postbus 396  
1180 BD Amstelveen

Telefoon 020-547 89 11  
Telefax 020-647 34 94

De Ziekenfondsraad,

Gelezen het op 3 november 1995 ingediende verzoek om subsidie en de daartoe op 3 november 1995 ingediende begroting;

Overwegende dat de Ziekenfondsraad voornemens is een experiment grensoverschrijdende zorg uit te voeren;

Gelet op artikel 39, derde lid, onder g, van de Wet financiering volksverzekeringen;

Heeft in zijn vergadering van 23 november 1995 besloten:

#### Artikel 1.

Aan het Nivel, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg te Utrecht, verder aangeduid als subsidieontvanger, wordt ten behoeve van de uitvoering van het vooronderzoek voor het experiment grensoverschrijdende zorg een subsidie-uitkering toegekend van f 72.435,- exclusief BTW.

#### Artikel 2.

1. Het onderzoek wordt uitgevoerd overeenkomstig het bij de Ziekenfondsraad op 3 november 1995 ingediende plan.
2. Het onderzoek wordt uiterlijk 31 januari 1996 afgerond.
3. De subsidieontvanger is verantwoordelijk voor de goede uitvoering van het onderzoek.
4. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat de Ziekenfondsraad binnen een maand na afronding van het onderzoek een eindrapport ontvangt.

#### Artikel 3.

1. Na ontvangst van het eindrapport van het vooronderzoek wordt het subsidiebedrag, onder aftrek van betaalde voorschotten, door de Ziekenfondsraad volledig betaald.
2. De Ziekenfondsraad kan voorschotten op de definitieve betaling verlenen.

Artikel 4.

1. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat, behoudens schriftelijke toestemming van de Ziekenfondsraad, publikatie of het anderszins openbaar maken van het eindrapport van het onderzoek of delen daarvan niet plaatsvindt binnen twee maanden nadat dit eindrapport aan de Ziekenfondsraad is overgelegd.
2. De Ziekenfondsraad is bevoegd het eindrapport, desgewenst voorzien van commentaar, te publiceren of te doen publiceren of anderszins openbaar te maken of te doen openbaar maken met vermelding van de bron.

Artikel 5.

De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat de onderzoeksgegevens, desgevraagd door de Algemeen Secretaris van de Ziekenfondsraad, ter beschikking van de Ziekenfondsraad worden gesteld.

Artikel 6.

De Ziekenfondsraad kan voorschriften en aanwijzingen geven welke naar zijn oordeel nodig zijn voor de goede uitvoering van dit besluit.

Artikel 7.

Indien de subsidieontvanger niet voldoet aan de bij of krachtens dit besluit gestelde voorwaarden, voorschriften of aanwijzingen, kan de Ziekenfondsraad de subsidiëring wijzigen of beëindigen.

Artikel 8.

1. De in dit besluit geregelde bevoegdheden van de Ziekenfondsraad worden, met uitzondering van die in artikel 7, overgedragen aan de Algemeen Secretaris van de Ziekenfondsraad.
2. De Algemeen Secretaris is bij de uitoefening van de overgedragen bevoegdheden gehouden te handelen in overeenstemming met de richtlijnen van de Commissie Verstrekkingen van de Ziekenfondsraad.
3. In aangelegenheden, waarvoor geen richtlijnen zijn gegeven en welke naar zijn oordeel of het oordeel van de Commissie Verstrekkingen daarvoor in aanmerking komen, handelt de Algemeen Secretaris in overeenstemming met het gevoelen van die commissie.

De Algemeen Secretaris  
van de Ziekenfondsraad,

E. Brouwer

De Voorzitter  
van de Ziekenfondsraad,

L. de Graaf

## Bijlage 4 Ziekenhuisbedden in de Euregio Rijn-Maas



Algemene en Academische  
Ziekenhuizen

- < 200 bedden
- 200-500 bedden
- > 500 bedden



SPECIALE VOORZIENINGEN BELGIE

SPECIALISME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Lommel									X			
Neerpelt		X										
Genk	X			X			X	X	X 2			X
Hasselt	X			X	X		X	X	X 2	X	X	X
Heusden									X			
Sint Truiden	X	X		X					X			
Lanaken									X			
Tongeren									X			
Waremmes									X			
Chenees									X			
Hermalle s. A.									X			
Herstal									X			
Luik	X 2	X 2	X	X 2	X	X 2	X 3	X 2	X 4	X 2	X 2	X 2
Montegnee									X			
Seraing				X					X			
Eupen									X			
Heusy									X			
Malmedy				X					X			X
Sankt Vith									X			
Verviers	X			X					X	X		
Huy		X		X			X		X			X

- 1) Ambulante peritoneale dialyzedienst
- 2) Bloedbank
- 3) Brandwondencentrum
- 4) Chronische hemodialyse in het ziekenhuis
- 5) Dienst voor collectieve autodialyse
- 6) Dienst voor thuisdialyse
- 7) Hartcatheterisatie
- 8) Hartchirurgie
- 9) Medische beeldvorming met scanner/NMR
- 10) Radiotherapie
- 11) Weefselbank
- 12) Wiegedood

## SPECIALE VOORZIENINGEN NEDERLAND

SPEC.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Maastricht	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Heerleen	X		X	X			X	X	X	X	X	X			X	X
Brunssum							X									
Kerkrade										X						
Sittard	X						X		X	X	X	X	X	X	X	X

- 1) Dialyse
- 2) Niertransplantatie
- 3) Radiotherapie
- 4) Neurochirurgie
- 5) Hartchirurgie
- 6) Postnataal chromosoomonderzoek en prenatale diagnostiek
- 7) Intensieve zorg voor zieke pasgeborenen
- 8) In vitro fertilisatie
- 9) Hartcatheterisatie
- 10) Nucleaire geneeskunde
- 11) Computertomografie
- 12) Bot en/of weefseltransplantatie
- 13) Magnetisch resonantie installatie
- 14) Nucleair Magnetic Resonance
- 15) Digitale substractie angiografie
- 16) Niersteenvergruizing

## SPECIALE VOORZIENINGEN DUITSLAND

SPECIALISME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Aachen	X	X 3	X	X 3	X 2	X	X	X	X	X	X
Düren	X	X		X	X						
Eschweiler		X	X	X		X					
Euskirchen			X	X	X						
Julich		X									
Mechernich			X	X	X						
Stolberg			X	X	X	X					
Würselen		X	X 2	X 2	X 2						

- 1) Radiotherapie
- 2) Bloedbank
- 3) Nucleaire geneeskunde
- 4) Digitale subtractie angiografie
- 5) Computertomografie
- 6) Dialyseplaatsen
- 7) Brandwondencentrum
- 8) Hartchirurgie
- 9) Neurochirurgie
- 10) NMR
- 11) Niersteenvergruizer

