

Vergaderjaar 2013–2014

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 530**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal  
Den Haag, 27 juni 2014

Het kabinet heeft met belangstelling kennis genomen van het rapport «Grenzeloos binnen de perken» van de werkgroep voor het Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO) Grensoverschrijdende Zorg. Het rapport biedt een verhelderende blik op de aard, budgettaire omvang en recente ontwikkelingen van door Nederlandse verzekerden en verdragsgerechtigden ontvangen zorg in het buitenland. Hierbij doe ik u de kabinetsreactie op het rapport toekomen. Het eindrapport is als bijlage bij deze brief gevoegd<sup>1</sup>.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

## 1. Inleiding

De uitgaven aan grensoverschrijdende zorg vormen met ongeveer 1% van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) een klein deel van de totale zorguitgaven. Deze uitgaven leken begin 2013 sterk toe te nemen. Ook was er weinig inzicht in welke zorg over de grens wordt gebruikt en waarom. Dit vormde de belangrijkste aanleiding voor het instellen van het IBO Grensoverschrijdende zorg. Het IBO, waarvan de focus ligt op de Zorgverzekeringswet (Zvw), wijst uit dat de uitgaven voor zorggebruik in het buitenland door Zvw-verzekerden aanzienlijk minder sterk zijn gestegen dan gedacht. Deze uitgaven nemen relatief echter wel meer toe dan de totale uitgaven binnen het BKZ.<sup>2</sup> Deze brief geeft de visie van het kabinet op het fenomeen grensoverschrijdende zorg en een reactie op hoofdlijnen op de aanbevelingen.

## 2. Grensoverschrijdende zorg in perspectief

Het kabinet merkt allereerst op dat er veel verschillende vormen van grensoverschrijdend personenverkeer zijn die met zich meebrengen dat mensen zorg in het buitenland ontvangen. Hierdoor zal de ontwikkeling van de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg nooit geheel parallel lopen aan de ontwikkeling van de binnenlandse zorguitgaven. Nederland heeft met een open, exportgerichte economie die onderdeel uitmaakt van de Europese interne markt bijvoorbeeld veel internationaal handelende bedrijven die personeel naar het buitenland detacheren. Ook zijn Nederlanders de afgelopen twintig jaar vaker en langer op vakantie gegaan naar het buitenland. Ontwikkelingen die leiden tot meer of minder grensoverschrijdend personenverkeer kunnen, kortom, mede van invloed zijn op fluctuaties in de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg.

De bestuurlijk hoofdlijnenakkoorden 2012 – 2015 bevatten afspraken over een beheerste uitgavengroei in de zorg. Het spreekt voor zich dat het kabinet graag ziet dat ook de zorg die in het buitenland aan Nederlandse verzekerden wordt verleend betaalbaar, goed en doelmatig is. Buitenlandse zorgaanbieders zijn echter geen partij bij de hoofdlijnenakkoorden. Het zou onwenselijk zijn als geboekte resultaten op het beheersen van de collectief gefinancierde zorguitgaven in Nederland teniet worden gedaan door een toename van zorggebruik in het buitenland. Tegelijkertijd biedt grensoverschrijdend zorggebruik voordelen. Zo lang er bij grensoverschrijdende zorg sprake is van «substitutie» van zorg in Nederland en er geen sprake is van overbehandeling kan grensoverschrijdende zorg bijdragen aan de doelstellingen van het kabinet. Zo kan samenwerking tussen Nederlandse zorgaanbieders en zorgaanbieders in naburige landen voordelig zijn, waarbij het samen delen van hele dure medische apparatuur heel doelmatig kan zijn. Een ruim internationaal zorgaanbod geeft zorgaanbieders daarnaast prikkels om zich te onderscheiden op prijs en kwaliteit. Andersom kunnen Nederlandse zorgaanbieders – zoals gespecialiseerde academische centra – aantrekkelijk zijn voor patiënten vanuit het buitenland. Dit kan onder andere voordelen bieden voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland. Tot slot kan zorg in het buitenland beter bereikbaar zijn voor verzekerden (in grensregio's) of beter aansluiten bij de behoefte van de patiënt. Het type zorg is ook van belang. Er kan sprake zijn van ongeplande zorg (tijdens vakantie) of iemand kan er bewust voor kiezen om zorg in het buitenland te ontvangen (geplande zorg).

<sup>2</sup> De stijging van de uitgaven voor Zvw-verzekerden is ongeveer 30% tussen 2008 en 2012. De stijging van het totale BKZ in die periode is ruim 21%. Het BKZ bevat ook de uitgaven voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De uitgaven voor grensoverschrijdende zorg omvatten geen Wmo-uitgaven.

Het kabinet ziet het bereiken van een goed evenwicht tussen enerzijds strategisch gebruik van de mogelijkheden van grensoverschrijdende zorg en anderzijds beheersing van de grensoverschrijdende zorguitgaven als een belangrijke uitdaging. Enkele belangrijke spelregels hiervoor zijn neergelegd in twee Europese wetgevingsinstrumenten. Het betreft de Europese sociale zekerheidsverordening nr. 883/2004 (hierna: de Verordening)<sup>3</sup> en de Patiëntenrichtlijn<sup>4</sup>. Doel van deze instrumenten is het faciliteren van het vrije verkeer van personen en van diensten. Daarnaast heeft Nederland met enkele landen buiten de Europese Unie (EU) verdragen gesloten die afspraken bevatten over verlening van medische zorg aan wederzijdse verzekerden.<sup>5</sup>

Ten slotte verwijst het kabinet naar twee beleidsvoornemens die van invloed zijn op beheersing van de zorgkosten in het buitenland. In eerste instantie is dit het schrappen van de werelddekking uit de Zvw. Deze maatregel beperkt de Zvw-dekking tot verblijf in Europa en moet structureel op jaarbasis € 60 miljoen opleveren. Een hiertoe strekkend wetsvoorstel is in voorbereiding. Daarnaast moeten de betrokken verdragen worden aangepast of, indien nodig, opgezegd. Een tweede voornemen betreft het wetsvoorstel dat artikel 13 Zvw wijzigt.<sup>6</sup> Dit wetsvoorstel, dat op 24 juni 2014 door de Tweede Kamer is aangenomen, geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om de hoogte van de vergoeding zelf vast te stellen of geen vergoeding te verstrekken indien een naturopolishouder naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Dit geldt in gelijke mate voor Nederlandse en voor buitenlandse zorgaanbieders.

### 3. Aanbevelingen van het IBO en kabinetsreactie

De werkgroep constateert dat grensoverschrijdende zorg voordelen biedt die in een aantal gevallen beter kunnen worden benut. Ook worden enkele knelpunten gesignaleerd. Hierna worden de aanbevelingen voorzien van een kabinetsreactie.

#### *a. Verbetering informatievoorziening<sup>7</sup>*

Uit het IBO blijkt dat de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg minder sterk zijn gestegen dan aanvankelijk gedacht. Oorzaak van dit vertekende beeld is een niet optimale informatievoorziening over de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg. Een basisaanbeveling is dan ook om de informatievoorziening te verbeteren.

Het kabinet onderschrijft het streven naar een goede informatievoorziening en zal een aantal maatregelen nemen om de informatievoorziening rond de grensoverschrijdende zorg te verbeteren. Het Zorginstituut Nederland zal worden gevraagd om ten behoeve van de begroting en het jaarverslag van VWS de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg ook op transactiebasis te rapporteren.<sup>8</sup> Het kabinet zal over de verdere

<sup>3</sup> Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels.

<sup>4</sup> Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

<sup>5</sup> Marokko, Turkije, Tunesië, Kaapverdië, Servië, Kosovo, Montenegro, Bosnië-Herzegovina, Australië en Argentinië.

<sup>6</sup> Voorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben. Kamerstuk 33 362, nr. 2.

<sup>7</sup> Beleidsoptie 1a van het IBO-rapport.

<sup>8</sup> Rapportage op *transactiebasis* betekent dat het Zorginstituut Nederland de uitgaven toewijst naar het jaar waarin de zorg is ontvangen. Momenteel wijst het Zorginstituut Nederland de uitgaven deels toe naar het jaar waarin de zorg is betaald (rapportage op *kasbasis*).

informatievoorziening in overleg treden met het Zorginstituut Nederland en met zorgverzekeraars.<sup>9</sup> Het kabinet acht het van belang om, zoals het IBO-rapport terecht stelt, bij het verzamelen van meer gedetailleerde informatie de kosten en baten tegen elkaar af te wegen. Het voorkomen van onnodige regeldruk voor zorgverzekeraars en andere betrokken instellingen is voor het kabinet daarbij een belangrijk uitgangspunt.

*b. Meer aandacht voor voorlichting aan verzekerden<sup>10</sup>*

De werkgroep constateert dat er in de voorlichting aan verzekerden ruimte is voor verbetering. Er gaan soms mensen onderverzekerd op vakantie en veel mensen zijn niet bekend met de vergoedingsregels voor zorg in het buitenland. Er zijn twee parallelle vergoedingssystemen, zorg direct vanuit de Zvw (zoals voorzien in de Patiëntenrichtlijn) en het vergoedingssysteem op basis van de Verordening. Dit maakt de regelgeving rondom grensoverschrijdende zorg complex. Aanbevolen wordt om extra inspanningen te leveren op het terrein van de voorlichting.

Het kabinet onderkent dat het naast elkaar bestaan van twee verschillende routes voor vergoeding van zorg in het buitenland de regelgeving ingewikkeld maakt. Een goede voorlichting, ook met het oog op het voorkomen van onderverzekering, is daarom van belang. Hiertoe heeft de Minister van VWS in 2013 ter implementatie van de Patiëntenrichtlijn het Zorginstituut Nederland aangewezen als nationaal contactpunt voor grensoverschrijdende zorg (NCP). Het NCP verstrekt algemene informatie aan verzekerden over hun rechten en plichten bij grensoverschrijdende zorg binnen de EU. De website van het NCP ([www.cbhc.nl](http://www.cbhc.nl)) is sinds kort volledig operationeel.<sup>11</sup> Het NCP zal worden gevraagd om bij de informatieverstrekking het SKGZ en patiëntenorganisaties actief te betrekken. In aanvulling daarop zal de informatievoorziening op de website [www.rijks-overheid.nl](http://www.rijks-overheid.nl) worden verbeterd. Het is daarnaast aan zorgverzekeraars om hun verzekerden heldere en volledige informatie te verschaffen over de buitenlanddekking en de vergoedingsregels. Het kabinet zal zorgverzekeraars verzoeken om extra aandacht te besteden aan voorlichting over zorg in het buitenland, ook met het oog op de voorgenomen wijziging van artikel 13 Zvw en de voorgenomen beëindiging van de werelddekking in de Zvw.

*c. Sturende rol zorgverzekeraar bij geplande zorg<sup>12</sup>*

In het buitenland is het voor zorgverzekeraars moeilijker om na te gaan of de zorg noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Zorgverzekeraars spelen hierop in door buitenlandse zorgaanbieders te contracteren, veelal direct over de grens in België en Duitsland. De voorgenomen wijziging van artikel 13 Zvw vergroot de sturingsmogelijkheden van verzekeraars. De werkgroep beveelt aan om te monitoren of het huidige instrumentarium bij *geplande zorg* voldoende is. Als blijkt dat er onvoldoende grip is op de kostenontwikkeling van zorg in het buitenland, kan een wettelijk systeem van «voorafgaande toestemming» worden ingevoerd.<sup>13</sup> Verder signaleert

<sup>9</sup> Zo zal worden bekeken of een aantal kenmerken in beeld kan worden gebracht. Zoals het land waar zorg is verleend, of het geplande of ongeplande zorg betreft, of de zorg gecontracteerd is of niet en het type zorg. Het kabinet vindt echter dat gedetailleerde uitsplitsingen van de grensoverschrijdende zorg niet in de opzet van de begroting passen. Met het Zorginstituut Nederland zal worden besproken of en hoe deze informatie openbaar kan worden gemaakt.

<sup>10</sup> Beleidsoptie 1b van het IBO-rapport.

<sup>11</sup> Op korte termijn worden belanghebbende partijen, zoals de consumentenbond, grensgemeenten, Zorgbelang Nederland en Euregios's, over de website geïnformeerd.

<sup>12</sup> Beleidsopties 3 en 1c van het IBO-rapport.

<sup>13</sup> Op grond van de Patiëntenrichtlijn is het mogelijk om een systeem van voorafgaande toestemming in te voeren voor intramurale zorg of kostbare specialistische extramurale zorg.

de werkgroep het risico dat zorgverzekeraars toestemming geven voor zorg in het buitenland of zorg vergoeden, terwijl niet aan de Zvw-criteria voor verzekerde zorg wordt voldaan. De werkgroep adviseert dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) meer aandacht aan de controlerende rol van verzekeraars besteedt.

Het kabinet is van mening dat verzekeraars door middel van contractering en na de voorgenomen wijziging van artikel 13 Zvw voldoende sturingsinstrumenten hebben om de uitgaven aan grensoverschrijdende zorg te beheersen en om doelmatige zorg van hoge kwaliteit in te kopen in het buitenland. Als er behoefte ontstaat aan extra sturingsmaatregelen, zal het kabinet de mogelijkheden voor het instellen van een wettelijk systeem van voorafgaande toestemming, zoals het IBO voorstelt, onderzoeken. Ten aanzien van het risico dat zorgverzekeraars onvoldoende controleren op de Zvw-criteria bij zorg in het buitenland merkt het kabinet op dat naleving van de Zvw-criteria van belang is. Dit geldt voor zorg binnen en buiten de landsgrenzen. De Minister van VWS zal de NZa verzoeken om bij de reguliere werkzaamheden rondom rechtmatigheid meer aandacht te besteden aan het hiervoor genoemde aspect met betrekking tot zorg in het buitenland.

#### *d. Beheersbaarheid van de zorguitgaven bij ongeplande zorg (EHIC)<sup>14</sup>*

De «European Health Insurance Card» (EHIC) is bedoeld voor ongeplande zorg in de EU. De EHIC geeft patiënten recht op zorg volgens de voorwaarden en tarieven van het land van verblijf als de zorg tijdens het verblijf daar medisch noodzakelijk wordt. Zij hoeven de kosten niet voor te schieten. Afrekening gebeurt onderling door de organen van de lidstaten. De zorgverzekeraar betaalt de rekening. De zorgaanbieder ter plaatse bepaalt of de zorg nodig is om het verblijf in het buitenland niet voortijdig te hoeven afbreken. De zorgverzekeraar kan dit niet toetsen en de informatie die zorgverzekeraars ontvangen is beperkt. Gelet op de beperkte sturingsmogelijkheden van de verzekeraar bij *ongeplande* zorg met de EHIC adviseert de werkgroep om in Europa naar draagvlak te zoeken voor een betere controle op EHIC-gebruik, met andere landen te overleggen bij onrechtmatig gebruik en om declaraties beter controleerbaar te maken. Ook wordt aanbevolen om in Europa het gesprek aan te gaan over problemen die gepaard gaan met het naast elkaar bestaan van twee Europese routes voor grensoverschrijdend zorggebruik (via de Zvw en de Verordening) en te verkennen of de EHIC het juiste instrument is om de voordelen van grensoverschrijdende zorg in de interne markt te bereiken.

Het kabinet merkt op dat Zvw-verzekerden en Nederlandse zorgaanbieders baat hebben bij het EHIC-systeem.<sup>15</sup> De EHIC garandeert EU-onderdanen (ook chronisch zieken) de toegang tot medisch noodzakelijke zorg bij tijdelijk verblijf in de EU en vergemakkelijkt het vergoedingsproces voor de patiënt. Daarnaast geldt de EHIC als betaalgarantie voor de zorgaanbieder. De kern van dit systeem bestaat al sinds de jaren vijftig (nu met de EHIC, vroeger op basis van papieren formulieren) en dient ter ondersteuning van het vrije personenverkeer. Het kabinet ziet, gelet op voorgaande overwegingen, geen aanleiding om te verkennen of de EHIC het juiste Europese instrument is met het oog op het realiseren van de

<sup>14</sup> Beleidsoptie 2 van het IBO-rapport.

<sup>15</sup> Volgens de meest recente gegevens van Zorginstituut Nederland ontvingen zorgverzekeraars in 2013 ongeveer 47.000 EHIC-declaraties voor een bedrag van meer dan € 85 miljoen tegenover 57.500 declaraties voor een bedrag van bijna € 95 miljoen in 2012. Vanwege de doorlooptijd van de EHIC-declaraties zullen deze cijfers nog wijzigen. De doorlooptijd kan ook een verklaring vormen voor het verschil tussen 2012 en 2013.

interne markt. Het EHIC-systeem lijkt te voldoen. Dat wil echter niet zeggen dat het systeem gelet op de toegenomen mobiliteit niet voor verbetering vatbaar zou kunnen zijn. Het kabinet vindt het belangrijk dat het EHIC-systeem goed functioneert en onderkent dat het naast elkaar bestaan van twee parallelle vergoedingssystemen de regels ingewikkeld maakt. Een goede voorlichting is daarom belangrijk (zie §3.b). Waar de twee parallelle systemen of het EHIC-systeem op zichzelf risico's op onrechtmatig gebruik in zich dragen, vindt het kabinet dat deze risico's zoveel mogelijk moeten worden tegengegaan. Voor zorgverzekeraars is het vanwege de beperkte informatie op de EHIC-declaraties echter moeilijk om eventueel misbruik te achterhalen. Of en, zo ja, in welke mate er in de praktijk sprake is van onrechtmatig EHIC-gebruik is mede daardoor niet bekend.<sup>16</sup> De Minister van VWS zal samen met Zorginstituut Nederland en met zorgverzekeraars bezien op welke wijze de uitvoering van het EHIC-proces kan worden verbeterd. In dit verband is het kabinet van mening dat in eerste instantie de bestaande instrumenten optimaal moeten worden benut.<sup>17</sup> Zo nodig zal de Minister van VWS knelpunten bespreekbaar maken op Europees niveau. Gedacht kan worden aan overleg met andere landen bij geconstateerd onrechtmatig EHIC-gebruik, en het inzichtelijker maken van de EHIC-declaraties, zoals voorgesteld door de IBO-werkgroep.

#### *e. Bewerkstelligen communicerende vaten<sup>18</sup>*

De uitgaven voor het gebruik van grensoverschrijdende zorg door Zvw-verzekerden vallen niet binnen de uitgaven in de hoofdlijnenakkoorden. Aanbevolen wordt om te onderzoeken wat ervoor nodig is om de binnenlandse zorguitgaven en de buitenlandse zorguitgaven als «communicerende vaten» te beschouwen. Na afloop van de huidige hoofdlijnenakkoorden zou grensoverschrijdende zorg bij eventuele nieuwe afspraken binnen de sector meegenomen kunnen worden.

In principe zouden meer uitgaven aan grensoverschrijdende zorg kunnen leiden tot een even grote daling van de zorgkosten in Nederland. Deze relatie valt echter niet één op één te leggen, omdat een deel van de grensoverschrijdende zorg de acute zorg betreft (bijvoorbeeld zorg tijdens vakantie). Het kabinet gaat er daarom vanuit dat de aanbeveling betrekking heeft op **planbare** zorg. Het kabinet staat positief tegenover het voorstel van de werkgroep en zal dit nader onderzoeken binnen de mogelijkheden van de huidige systematiek.

#### *f. Aanpassen bijdrage verdragsgerechtigden<sup>19</sup>*

Verdragsgerechtigden zijn pensioengerechtigden<sup>20</sup> en hun gezinsleden die in een ander EU- of verdragsland wonen en in die landen wonende gezinsleden van Zvw-verzekerden. Deze mensen zijn niet Zvw-verzekerd, maar hebben een «verdragsrecht» op zorg in hun woonland en betalen een verdragsbijdrage aan het Zorginstituut Nederland. Nederland betaalt de zorgkosten. De hoogte van de verdragsbijdrage wordt bepaald aan de

<sup>16</sup> Tot op heden heeft het Zorginstituut Nederland in de functie van verbindingsorgaan en EU-contactpunt voor fraude geen signalen ontvangen over misbruik van de EHIC.

<sup>17</sup> Door bijvoorbeeld de EHIC voor een beperkte periode uit te geven of te koppelen aan de verzekeringspas wordt voorkomen dat personen die niet meer verzekerd zijn gebruik blijven maken van de EHIC. Ook kunnen verzekeraars vermoedens van misbruik melden bij het EU-contactpunt voor Fraude of – via Zorginstituut Nederland – in overleg treden met de buitenlandse organen. De Europese regelgeving biedt zorgverzekeraars ten slotte de mogelijkheid een vordering af te wijzen bij verdenking van misbruik.

<sup>18</sup> Beleidsoptie 4 van het IBO-rapport.

<sup>19</sup> Beleidsoptie 5 van het IBO-rapport.

<sup>20</sup> Personen met een AOW/WIA/WAO/WAZ of Anw

hand van de verhouding tussen de gemiddelde zorgkosten in Nederland en het woonland. Deze «woonlandfactor» wordt per land vastgesteld. Sinds 2010 hebben verdragsgerechtigden naast het recht op zorg in hun woonland, ook recht op zorg in Nederland overeenkomstig de Zvw en de AWBZ.<sup>21</sup> Voor de zorg in Nederland worden thans in verband met administratieve lasten echter geen eigen risico of eigen bijdragen in rekening gebracht. De werkgroep stelt vast dat de zorgkosten die Nederland betaalt hoger zijn dan de ontvangen bijdragen. Het verschil wordt slechts deels verklaard door het karakter van de populatie (deze telt relatief veel 65-plussers en arbeidsongeschikten). Er worden drie maatregelen voorgesteld, namelijk het actualiseren van de woonlandfactor voor landen waar met oude gegevens wordt gewerkt, het innen van het eigen risico voor in Nederland ontvangen zorg en het aanpassen van de verdragsbijdrage aan de mogelijkheid om zorg in Nederland te gebruiken.

Bij de jaarlijkse actualisering van de woonlandfactoren is Nederland afhankelijk van gegevens uit het buitenland. Bij sommige landen wordt de woonlandfactor vastgesteld op basis van oude gegevens. Zoals vermeld in de Verzekerdenmonitor 2013<sup>22</sup> wil het kabinet een wetsvoorstel indienen, waardoor de woonlandfactor toch kan worden geactualiseerd als er geen actuele gegevens zijn verstrekt. Dit wetsvoorstel zal naar verwachting in de loop van 2014 bij uw Kamer worden ingediend. Het IBO geeft het kabinet daarnaast aanleiding om te onderzoeken of toch eigen risico en eigen bijdragen kunnen worden geïnd. Hier moet een afweging worden gemaakt tussen enerzijds het principe dat het eigen risico en eigen bijdragen voor iedereen in gelijke mate dienen te gelden en een rem vormen om zorg in Nederland te consumeren en anderzijds de eigen betalingen die in het woonland gelden en de uitvoerbaarheid van de maatregel en hoe de daarmee gepaard gaande administratieve lasten zich verhouden tot de opbrengsten. Het kabinet is geen voorstander van een categoriale wijziging van de verdragsbijdrage. Waar inning van eigen betalingen bij de individuele zorggebruiker als gedeeltelijke compensatie dient voor de zorg in Nederland, heeft een wijziging van de bijdrage gevolgen voor alle verdragsgerechtigden, ook voor personen die geen zorg in Nederland ontvangen.

#### *g. Grensoverschrijdende samenwerking zorgaanbieders<sup>23</sup>*

De werkgroep stelt voor te onderzoeken hoe de positieve effecten van grensoverschrijdende zorg optimaal kunnen worden benut. Specialisatie en concentratie komen volgens het IBO nog onvoldoende tot stand. Allereerst kan worden onderzocht of bij het verlenen van vergunningen in het kader van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) rekening kan worden gehouden met de capaciteit in het buitenland. Zo kunnen dure voorzieningen – indien mogelijk – nationaal en internationaal worden gedeeld. Daarnaast adviseert de werkgroep samenwerking in grensgebieden te bevorderen door botsende en belemmerende regelgeving aan te passen en toepassing van procedures te versnellen. Ook beveelt de werkgroep aan om in overleg te treden als landen in grensregio's onvoldoende samenwerken en de mogelijkheid te onderzoeken om te werken met speciale tarieven voor grensoverschrijdende zorg. Uit het IBO blijkt tot slot dat Nederland relatief weinig buitenlandse patiënten aantrekt. De werkgroep adviseert na te gaan of zorgaanbieders de intentie

<sup>21</sup> Dit geldt alleen voor de pensioengerechtigde verdragsgerechtigden en hun gezinsleden. Gezinsleden van Zvw-verzekerden konden voor 2010 al zorg inroepen in Nederland.

<sup>22</sup> Kamerstuk 33 077, nr. 08.

<sup>23</sup> Beleidsoptie 6 van het IBO-rapport.

en de wens hebben om buitenlandse patiënten aan te trekken en, zo ja, na te gaan in hoeverre ondersteuning door de relevante ministeries gewenst is.

Het kabinet hecht belang aan een klimaat waarin aanbieders en verzekeraars worden gestimuleerd internationaal samen te werken, wanneer dit de kwaliteit en doelmatigheid van zorg bevordert. Het kabinet wil de partijen in de zorg hun rol laten spelen met zo min mogelijk sturing vanuit de overheid. Het Nederlandse systeem van selectieve contractering door zorgverzekeraars geeft partijen in de zorg prikkels om zich door kwaliteit en doelmatigheid te laten leiden. Het is dus aan zorgverzekeraars om internationaal tot een optimale specialisatie te komen en niet via aanbodsturing door de WBMV. Het kabinet neemt daarom het voorstel om te onderzoeken of bij verlening van WBMV-vergunningen rekening kan worden gehouden met capaciteit in het buitenland niet over.

Als Nederlandse aanbieders knelpunten ervaren om over de grens samen te werken, wil het kabinet zich inzetten om deze weg te nemen. Het kabinet zal hiertoe met aanbieders en verzekeraars inventariseren welke problemen zij ervaren rondom internationale samenwerking. In dit verband is ook de totstandkoming van de Europese Referentienetwerken van belang. Deze vinden hun basis in de Patiëntenrichtlijn en moeten kennis en ervaringen tussen de lidstaten uitwisselen over diagnose- en behandelmogelijkheden. Deze bundeling van deskundigheid is vooral van belang bij zeldzame ziekten. Nederland participeert actief binnen de Europese gremia om deze netwerken te ontwikkelen.

Het kabinet onderschrijft tot slot de conclusie dat het aantrekken van betalende buitenlandse patiënten door Nederlandse zorgaanbieders voordelen kan bieden voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor Nederlandse verzekerden. Bovendien kan hoogwaardige zorgverlening aan betalende buitenlandse patiënten een waardevol onderdeel zijn van ons verdienvermogen. Ook hier geldt dat partijen zelf voldoende prikkels hebben om goede en doelmatige zorg te realiseren. Het aantrekken van buitenlandse patiënten kan daaraan bijdragen. Partijen kunnen wel hinder ondervinden van bijvoorbeeld wet- en regelgeving. Er worden bij het Ministerie van VWS ook knelpunten gemeld bij het behandelen van buitenlandse patiënten in de grensregio's. Het kabinet zal nagaan of Nederlandse zorgaanbieders behoefte hebben aan ondersteuning.<sup>24</sup> Het kabinet zet – in lijn met de IBO-aanbeveling – in eerste instantie in op het identificeren en activeren van geïnteresseerde zorgaanbieders. Hiertoe zal het kabinet de export van zorg agenderen in contacten en tafels met koepelorganisaties, zorgaanbieders en de topsector life sciences and health. Op basis van de belangstelling, potentie in de export van zorg en ervaren belemmeringen en behoeften bij zorgaanbieders gaat het kabinet na in hoeverre additionele ondersteuning gewenst is. Het kabinet zal dit najaar ook een bijeenkomst organiseren waar deze punten op de agenda staan. Daarmee geeft het kabinet invulling aan de motie van het Kamerlid Dijkstra voorgesteld op 30 oktober 2013<sup>25</sup> om een top te organiseren over de «export van Nederlandse zorg».

---

<sup>24</sup> Een voorbeeld van mogelijke ondersteuning is economische diplomatie. Zo staan handelsmissies gericht op het bieden van kansen op het aanboren van nieuwe markten en doelgroepen ook open voor zorgaanbieders.

<sup>25</sup> Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 36



#### **4. Conclusie**

Het kabinet streeft ernaar een goed evenwicht te bereiken tussen enerzijds strategisch gebruik van de mogelijkheden van grensoverschrijdende zorg en anderzijds beheersing van de grensoverschrijdende zorguitgaven. Het IBO toont aan dat het in elk geval van belang is om de informatievoorziening over grensoverschrijdende zorg te verbeteren. Het IBO presenteert geen ingrijpende besparingsmaatregelen en geeft geen dringende redenen om forse ingrepen te doen in de bestaande regelingen. Een open economie als de Nederlandse is juist in belangrijke mate gebaat bij instrumenten die de mobiliteit van personen faciliteren. Ontwikkelingen die van invloed zijn op het grensoverschrijdend personenverkeer gaan hand in hand met ontwikkelingen op het terrein van de grensoverschrijdende zorg. De Verordening en de Patiëntenrichtlijn bieden verzekerden en zorgaanbieders de zekerheid van de vergoeding van zorgkosten. Een goede voorlichting aan patiënten is daarbij essentieel. Het kabinet vindt dat, waar zich risico's kunnen manifesteren van onrechtmatig of ondoelmatig zorggebruik, in eerste instantie het bestaande instrumentarium optimaal moet worden benut of het toezicht moet worden aangescherpt. Als er in de praktijk toch onvoldoende mogelijkheden blijken te zijn om de kosten te beheersen, kan worden onderzocht of verdergaande stappen nodig zijn. Door specialisatie van zorg en internationale samenwerking kunnen daarnaast lagere zorgkosten en een hogere kwaliteit tot stand komen. Het kabinet is van mening dat het Nederlandse systeem, ook daar waar het gaat om selectief inkopen en internationale samenwerking, partijen op de zorgmarkt prikkels biedt om zich door kwaliteit en doelmatigheid te laten leiden. Het kabinet wil wel onderzoeken of partijen belemmeringen ondervinden en, indien gewenst, ondersteuning bieden.