

Erasmus Universiteit Rotterdam

**Bachelor scriptie in het kader van de bachelor opleiding Beleid,
Management en Gezondheidswetenschappen**

Een blik op grensoverschrijdende zorg

Welke belemmeringen gelden er?

E.J. van Soelen (328126)

Oktober 2012

Titelblad

Titel : Een blik op grensoverschrijdende zorg

Onderwerp : Onderzoek naar de mogelijke belemmeringen die anno 2012 gelden omtrent grensoverschrijdende zorg

Opleiding : Bachelor Beleid, Management en Gezondheidswetenschappen

Datum : Oktober 2012

Naam auteur : E.J. van Soelen

Adres : Tesselschadestraat 32

Postcode : 3521 XW

Plaats : Utrecht

Begeleider : dr.mr. Ernst Hulst

Meelezer : Prof. Dr. W.B.F. Brouwer

Voorwoord

Na maanden hard werken ligt dan eindelijk de bachelor scriptie 'een blik op grensoverschrijdende zorg' voor u, waarin grensoverschrijdende zorg centraal staat. Deze scriptie vormt de afronding van de Bachelor Beleid, Management en Gezondheidswetenschappen (BMG).

Mijn dank gaat uit naar alle mensen die het maken van deze bachelorscriptie mogelijk hebben gemaakt, in het bijzonder mijn begeleider, de heer Hulst, en mijn meezeer, de heer Brouwer. Daarnaast wil ik ook de volgende personen bedanken voor hun medewerking:

- Dhr. Olthuis (patiënt);
- Mevr. X (Kinderarts in het VU Medisch Centrum);
- Mevr. van der Meer (KNMG);
- Dhr. den Exter (Gezondheidsjurist bij het instituut Beleid, Management en Gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit);
- Dhr. Stevens, zorgverzekeraar CZ;
- Mevr. Vermeij, zorgverzekeraar Achmea.

Hartelijk dank!

Utrecht, Augustus 2012

Samenvatting

Sinds de oprichting van de Europese Unie is er een toename te zien in het vrij verkeer van goederen en diensten. Steeds meer mensen zijn zich de afgelopen jaren gaan verplaatsen tussen diverse lidstaten voor een vakantie, het doen van zaken, het kopen van goederen of om gebruik te maken van diensten. Het vrije verkeer met betrekking tot de gezondheidszorg kreeg echter pas aandacht toen het Europese Hof van Justitie uitspraak deed over de zaken Decker en Kohll. Deze zaken zorgden er voor dat de grenzen tussen de lidstaten ook voor gezondheidszorg langzaam geopend werden. Veertien jaar later blijkt echter dat het grensoverschrijdende verkeer, met betrekking tot de gezondheidszorg, nog altijd zeer gering is. Immers, minder dan 1% van de totale Europese uitgaven aan de gezondheidszorg wordt nog maar besteed aan grensoverschrijdende zorg.

Dit is opmerkelijk gezien het feit dat juridisch gezien grensoverschrijdende zorg gefaciliteerd is en bovendien de maatschappij steeds meer aan het internationaliseren is. Het doel van dit onderzoek was dan ook helder krijgen waar op dit moment nog mogelijke belemmeringen liggen met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Daarvoor is er allereerst gekeken naar de belemmeringen die patiënten ervaren bij hun keuze om al dan niet gebruik te maken van zorg in een andere lidstaat dan de lidstaat van aansluiting. Vervolgens is er gekeken naar mogelijke belemmeringen die gelden voor grensoverschrijdende zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De vraag die in dit onderzoek centraal stond luidt als volgt:

“Welke belemmeringen gelden er met betrekking tot grensoverschrijdende zorg en hoe kunnen deze worden opgelost?”

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is er gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Allereerst is er een literatuurstudie gedaan. Op internet, in vakbladen en boeken is gezocht naar relevante artikelen en rechtsbronnen omtrent grensoverschrijdende zorg. Op basis van deze verkregen informatie is het theoretische kader gevormd.

Vervolgens zijn er semi-gestructureerde interviews gehouden om er achter te kunnen komen hoe diverse instanties/personen vanuit de praktijk naar grensoverschrijdende zorg kijken. Door verschillende belanghebbende partijen te interviewen is getracht een compleet en reëel mogelijk beeld te schetsen van alle belemmeringen die er op dit moment gelden met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. De volgende belanghebbende partijen zijn hiervoor benaderd: zorgverzekeraar, patiënt, kinderarts, artsenfederatie en een gezondheidsjurist. Er is voor deze groep gekozen, omdat ze a. belang hebben bij grensoverschrijdende zorg en b. complementair zijn aan elkaar.

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er juridisch gezien niet veel belemmeringen meer gelden voor grensoverschrijdende zorg. De Europese richtlijnen en verdragen faciliteren voor een belangrijk deel het vrije verkeer met betrekking tot de gezondheidszorg.

Dit betekent echter niet dat er op dit moment geen belemmeringen meer gelden voor grensoverschrijdende zorg. Het werkelijke aantal patiënten wat de grens oversteekt om elders zorg te consumeren is immers nog altijd zeer laag, zeker gelet op de (onacceptabele) lange wachttijden die in Nederland voor sommige behandelingen gelden.

Voor patiënten lijken er wel degelijk belemmeringen te gelden voor grensoverschrijdende zorg. De meest genoemde belemmeringen zijn: de afstand tot de buitenlandse zorginstelling, een taalbarrière in de communicatie met zorgverleners, financiële onzekerheden, wantrouwen in zorgverzekeraars, de onbekendheid met het buitenlandse zorgsysteem en tot slot het gebrek aan informatie. De eerste twee genoemde belemmeringen zijn vooral subjectief van aard. Immers, voor patiënten die woonachtig zijn in grensregio's kan de afstand tot de buitenlandse zorginstelling minder belemmerend zijn dan voor patiënten die woonachtig zijn in het midden van de het land. Hetzelfde geldt voor de taal. De overige belemmeringen lijken meer van organisatorische aard. Deze belemmeringen zouden theoretisch gezien immers gemakkelijk opgelost kunnen worden indien zowel de zorgverzekeraars als -verleners actiever inspelen op de wensen en behoeften van de patiënt.

Uit dit onderzoek blijkt tevens dat er belemmeringen gelden in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Zo blijkt dat de kwaliteit van grensoverschrijdende zorg nog onvoldoende gewaarborgd is, doordat er op organisatorisch niveau te grote verschillen bestaan binnen en tussen diverse lidstaten. Systemen sluiten niet goed op elkaar aan en de communicatie tussen diverse zorgverleners en lidstaten is minimaal.

Ook op het gebied van betaalbaarheid en toegankelijkheid zijn er organisatorische belemmeringen te zien. Grensoverschrijdende zorg is voor sommige lidstaten niet betaalbaar doordat er te grote prijs- en kwaliteitsverschillen te zien zijn tussen diverse lidstaten. Bovendien lijkt de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg sterk beïnvloed te kunnen worden door het gedrag van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zouden de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg voor patiënten kunnen vergroten door contracten te sluiten met buitenlandse zorgaanbieders en eventuele bureaucratische belemmeringen weg te nemen.

Samenvattend kan op basis van dit onderzoek geconcludeerd worden dat het juridisch faciliteren van grensoverschrijdende zorg een grote stap in de goede richting is, maar dat het niet

alle belemmeringen voor grensoverschrijdende zorg wegneemt. Naast de afstand tot de buitenlandse zorginstelling en de beperkte bereidheid van patiënten om elders zorg te consumeren, lijken het vooral organisatorische belemmeringen te zijn die patiënten er uiteindelijk van weerhouden om elders zorg te gaan consumeren. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat er nog altijd belemmeringen gelden in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Theoretisch zouden veel van deze belemmeringen op een vrij eenvoudige wijze weggenomen kunnen worden door zorgverzekeraars en –verleners. In de praktijk blijkt echter dat er door deze partijen nog nauwelijks ingespeeld wordt op de bestaande belemmeringen. Of, en zo ja welke achterliggende redenen hiervoor zijn wordt in dit onderzoek echter niet duidelijk.

Summary

The establishment of the European Union increased the free movement of goods and services. More and more people move between different Member States for a holiday, to do business, to buy goods, or to make use of services. The free movement between Member States with respect to health care only came into view when the European Court of Justice ruled on the Decker and Kohll cases. These cases ensured that the borders between the Member States slowly opened for health care as well. Fourteen years later however, it appears that the cross-border movement with respect to health care is still very low. Less than 1% of the total European expense on health care is spent on cross-border care. This is remarkable, given the fact that cross-border care is legally facilitated and the society becomes ever more international. Therefore, the aim of this study is to make clear what kind of potential barriers are related to cross-border care. This study focuses on barriers that patients have encountered and on barriers in terms of quality, accessibility and affordability. The main question of this thesis is:

"Which barriers exist with regard to cross-border health care and how could these be resolved?"

In order to answer this research question, qualitative research methods were used. First, a literature review was conducted. Relevant information about cross-border health care was searched for on the internet, in professional journals, and in books. On the basis of this information the theoretical framework was created.

Subsequently, there were semi-structured interviews to figure out how various disciplines and individuals think about cross-border care. By interviewing different stakeholders, it was aimed to form a complete and realistic picture of current barriers with respect to cross-border health care. The approached stakeholders are: insurers, patients, a paediatrician, a doctors federation, and a health lawyer. This group of respondents was chosen because they have an interest in cross-border care and are complementary to each other.

This study shows that there are currently barely any legal barriers for cross-border care. The European directives and conventions largely facilitate the free movement with respect to health care. This however does not alter the fact that there are still some barriers for cross-border health care at this moment. The actual number of patients crossing the border in order to find health care elsewhere is still very low, especially when taking the unacceptably long waiting times for some treatments in the Netherlands into account.

Patients feel that there are in fact a number of barriers with respect to cross-border health care. Frequently mentioned barriers are: the distance to the foreign institution, a language barrier in communicating with health care providers, financial uncertainties, distrust in insurers, the unfamiliarity with a foreign health care system, and finally the lack of information. The first two barriers are mainly subjective in nature. Indeed, for patients living in border regions, the distance to foreign institutions can be less restrictive than for patients residing in the middle of the country. The same is true for a language barrier. The other barriers seem more of an organizational nature. They could theoretically be solved if both insurers and providers of health care would anticipate on the needs and wishes of patients by giving information about the possibilities of cross-border care.

This study also shows that there are some major barriers in terms of quality, accessibility and affordability. It appears from this study that the quality of cross-border care is still insufficiently secured. This is due to the fact that at the organizational level, large differences exist within and between Member States. Systems are not well matched and the communication between various health care providers and countries is minimal.

Furthermore, there are also organizational barriers with respect to affordability and accessibility. For some States, cross-border care is not affordable because there are large differences in prices and quality between some Member States. Moreover, it appears that the accessibility of cross-border care could be heavily influenced by the behavior of insurers. Health insurers could increase the accessibility by contracting external health care providers and by reducing bureaucratic barriers.

Based on this research it can be stated that the legal facilitation of cross-border care is a step in the right direction, but it does not remove all barriers for cross-border health care. Apart from the distance to the foreign institution and the reluctance of patients to consume health care elsewhere, it seems that there are mostly organisational barriers that deter patients from consuming cross-border health care. This study also shows that there are still barriers in terms of quality, affordability, and accessibility. Theoretically, many of these barriers could be solved easily by insurers and providers of health care. In practice however, it appears that these parties hardly respond to the existing barriers. Whether this is true, and if so, what reasons are behind this behaviour is beyond the scope of this study.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

Summary

1 Inleiding	10
1.1 Aanleiding en relevantie.....	10
1.1.1 <i>Aanleiding</i>	10
1.1.2 <i>Relevantie</i>	10
1.2 Doel- en vraagstelling.....	11
1.2.1 <i>Doelstelling</i>	11
1.2.2 <i>Probleemstelling en deelvragen</i>	11
1.3 Definiëring en afbakening.....	13
1.3.1 <i>Definitie</i>	13
1.3.2 <i>Afbakening</i>	13
2 Theoretische kader	14
2.1 Inleiding.....	14
2.2 Definiëring van belangrijke begrippen.....	14
2.3 Recht op grensoverschrijdende zorg.....	16
2.4 Praktische belemmeringen voor de patiënt.....	20
2.4.1 <i>Geografische afstand</i>	22
2.4.2 <i>Wantrouwen in zorgverzekeraar</i>	23
2.4.3 <i>Financiële onzekerheden</i>	23
2.4.4 <i>Taalbarrière</i>	24
2.4.5 <i>Onbekendheid met het buitenlandse zorgsysteem en gebrek aan informatie</i>	25
2.5 Belemmeringen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid met betrekking tot grensoverschrijdende zorg.....	27
2.5.1 <i>Het vrij vestigen van zorgverleners</i>	27
2.5.2 <i>Geneesmiddelen</i>	29
2.6 Deelconclusie.....	30
2.7 Conceptueel model.....	31

3	Methodologie	33
3.1	Inleiding.....	33
3.2	Methodiek	33
3.3	Objectiviteit	36
	3.3.1 <i>Betrouwbaarheid</i>	36
	3.3.2 <i>Validiteit</i>	37
3.4	Zoekstrategie	38
4	Onderzoeksresultaten	39
4.1	Inleiding.....	39
4.2	Wenselijkheid van grensoverschrijdende zorg.....	39
4.3	Belemmeringen voor patiënten.....	40
	4.3.1 <i>Geografische afstand</i>	41
	4.3.2 <i>Financiële onzekerheden</i>	42
	4.3.3 <i>Taalbarrière</i>	44
	4.3.4 <i>Informed consent</i>	45
4.4	Belemmeringen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.....	47
	4.4.1 <i>Kwaliteit</i>	47
	4.4.2 <i>Betaalbaarheid</i>	52
	4.4.3 <i>Toegankelijkheid</i>	53
4.5	Deelconclusie.....	56
5	Conclusie en aanbevelingen	60
5.1	Aanbevelingen	61
6	Discussie	63
6.1	Betrouwbaarheid.....	63
6.2	Validiteit	64
7	Literatuurlijst	66

BIJLAGE I Uitwerking rechtsbronnen

BIJLAGE II Interviews

.

1 Inleiding

Dit is een bachelorscriptie voor de studie Beleid, Management en Gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, waarin grensoverschrijdende zorg centraal staat. In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 1 de aanleiding en de relevantie van deze scriptie besproken, waarna in paragraaf 2 de doel- en vraagstellingen aan bod komen. Tot slot zal in paragraaf 3 het onderwerp van deze scriptie afgebakend worden.

1.1 Aanleiding en relevantie

1.1.1 Aanleiding

Sinds de oprichting van de Europese Unie is er een toename te zien in het vrije verkeer van goederen en diensten. Steeds meer mensen zijn zich de afgelopen jaren gaan verplaatsen tussen diverse lidstaten voor een vakantie, het doen van zaken, het kopen van goederen of om gebruik te maken van diensten. Maar hoe zit het eigenlijk met de internationalisering van gezondheidszorg?

Uit onderzoek is gebleken dat nog maar een klein deel (minder dan 1%) van de totale Europese uitgaven aan de gezondheidszorg, toe te schrijven is aan grensoverschrijdende zorg. Zo werd in 2009 273 miljoen euro besteed aan grensoverschrijdende zorg, wat gelijk stond aan 0,78% van de totale Europese uitgaven aan de gezondheidszorg (Schnabel 2010:95).

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat de omvang van het grensoverschrijdende verkeer, met betrekking tot de gezondheidszorg, nog altijd zeer gering is. Dit vormt de aanleiding voor dit onderzoek. In deze scriptie wordt onderzocht welke belemmeringen er op dit moment gelden voor grensoverschrijdende zorg en hoe deze in de toekomst weggenomen zouden kunnen worden.

1.1.2 Relevantie

De relevantie van deze scriptie is tweeledig, bestaande uit de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie. De wetenschappelijke relevantie van deze scriptie ligt in het feit dat er de afgelopen jaren veel te doen is geweest omtrent grensoverschrijdende zorg. Talloze arresten zijn de revue gepasseerd en diverse wetten, verdragen en richtlijnen zijn aangenomen en gewijzigd. Allemaal met het doel om grensoverschrijdende zorg te faciliteren en optimaliseren. In dit onderzoek wordt gekeken in hoeverre de bestaande rechtsbronnen hierin slagen en waar op dit moment nog belemmeringen liggen.

De maatschappelijke relevantie ligt in het feit dat de samenleving steeds internationaler wordt. De steeds groter wordende mobiliteit van Europese burgers zorgt ervoor dat de grenzen tussen de diverse lidstaten steeds verder vervagen. Sinds het einde van de vorige eeuw begint ook de gezondheidssector steeds meer een internationaal karakter te krijgen. Toch blijft de omvang van grensoverschrijdende zorg zeer gering. Waar dit precies aan ligt, is op dit moment nog niet geheel duidelijk. In dit onderzoek wordt gekeken waar op dit moment de belangrijkste belemmeringen liggen met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Daarbij draait het niet alleen om de perceptie van de patiënt, maar ook om die van andere belanghebbende partijen, zoals zorgverzekeraars, zorgverleners, patiënten, gezondheidsjuristen. Met het in kaart brengen van alle belemmeringen die op dit moment gelden voor grensoverschrijdende zorg, ontstaat de mogelijkheid om in de toekomst effectieve oplossingen te kunnen bieden, wat uiteindelijk de kwaliteit van de zorg ten goede zal komen.

1.2 Doel- en vraagstelling

In deze paragraaf zal achtereenvolgend de doelstelling met de daarbij behorende probleemstelling en deelvragen gegeven worden.

1.2.1 Doelstelling

Het doel van deze scriptie is inzicht krijgen in mogelijke belemmeringen die gelden met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Daarbij gaat het niet alleen om belemmeringen die patiënten ervaren wanneer ze voor de keuze staan om al dan niet gebruik te maken van grensoverschrijdende zorg, maar ook om de belemmeringen die gelden in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

1.2.2 Probleemstelling en deelvragen

Om het doel van deze scriptie te kunnen bereiken wordt er gebruik gemaakt van een probleemstelling (de hoofvraag van deze scriptie). De probleemstelling in dit onderzoek luidt:

“ Welke belemmeringen gelden er met betrekking tot grensoverschrijdende zorg en hoe kunnen deze worden opgelost?”

Om op deze probleemstelling antwoord te kunnen geven zal er in hoofdstuk 2 een theore-

tisch kader worden geschetst. In het theoretische kader wordt op basis van de huidige wet- en regelgeving allereerst gekeken hoe het recht op grensoverschrijdende zorg juridisch is geregeld. Vervolgens wordt op basis van wetenschappelijke artikelen gekeken of dit recht op grensoverschrijdende zorg voor patiënten voldoende aanleiding geeft om naar het buitenland te gaan of dat er wellicht nog praktische belemmeringen gelden voor grensoverschrijdende zorg. Tot slot wordt in het theoretische kader gekeken naar mogelijke belemmeringen die gelden, met betrekking tot grensoverschrijdende zorg, in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit tezamen vormt uiteindelijk de conceptuele bril waarmee naar grensoverschrijdende zorg kan worden gekeken en is daarmee het uitgangspunt voor de rest van deze scriptie.

De deelvragen die bij dit theoretische kader horen zijn:

- *Hoe is het recht op grensoverschrijdende zorg voor patiënten juridisch geregeld?*
- *Welke praktische belemmeringen gelden er voor de patiënt met betrekking tot grensoverschrijdende zorg?*
- *Welke belemmeringen gelden er voor grensoverschrijdende zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?*

In hoofdstuk 3 wordt de methodologie die binnen dit onderzoek is toegepast besproken en tevens geanalyseerd op betrouwbaarheid en validiteit.

In hoofdstuk vier worden de onderzoeksresultaten besproken. De deelvraag die hierbij centraal staat luidt als volgt:

‘Waar liggen volgens diverse belanghebbende partijen belemmeringen ten aanzien van grensoverschrijdende zorg en hoe kunnen deze volgens hen worden opgelost?’

In hoofdstuk 5 wordt een algehele conclusie getrokken. Voor iedere deelvraag afzonderlijk volgt een korte conclusie, als basis voor een meer algemene conclusie in de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag. In hoofdstuk 6 volgt ten slotte de discussie, waarin de beperkingen van deze scriptie besproken worden.

1.3 Definiëring en afbakening

In deze paragraaf wordt het onderwerp van dit onderzoek nader gedefinieerd en afgebakend.

1.3.1 Definitie

Het onderwerp van deze scriptie is grensoverschrijdende zorg. Met grensoverschrijdende zorg wordt het volgende bedoeld: 'gezondheidszorg die over de grens van een land/lidstaat wordt geconsumeerd' (Thesaurus 2012). Er zijn echter diverse vormen van grensoverschrijdende zorg te noemen, namelijk:

- Spoedeisende zorg: zorg die patiënten, tijdens hun vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland, niet kunnen voorzien en die ook niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (VGZ 2012);
- niet-spoedeisende/ planbare zorg: zorg waarvoor patiënten bewust naar het buitenland gaan (VGZ 2012).

1.3.2 Afbakening

Wanneer in deze scriptie gesproken wordt over grensoverschrijdende zorg dan wordt daar de niet-spoedeisende, planbare zorg mee bedoeld, zoals deze in de vorige paragraaf is gedefinieerd.

Patiënten kunnen over de hele wereld gebruik maken van grensoverschrijdende zorg. In dit onderzoek gaat het echter alleen om grensoverschrijdende zorg binnen de Europese Unie.

Er is voor deze afbakening gekozen omdat de Europese markt in Europa steeds belangrijker wordt en de grenzen binnen de Europese Unie steeds meer vervagen. Bovendien is op Europees niveau de afgelopen jaren veel te doen geweest omtrent grensoverschrijdende zorg, zoals besproken in paragraaf 1.1.2.

2 Theoretische kader

2.1 Inleiding

Dit theoretische kader vormt het uitgangspunt van deze scriptie. In dit hoofdstuk wordt, op basis van de huidige wet- en regelgeving, het juridisch kader geschetst omtrent grensoverschrijdende zorg. Om dit te bewerkstelligen wordt er gebruik gemaakt van diverse rechtsbronnen. Daarnaast worden op basis van wetenschappelijke artikelen de belemmeringen weergegeven die er op dit moment gelden met betrekking tot grensoverschrijdende zorg.

De deelvragen die in dit hoofdstuk centraal staan luiden als volgt:

- *Hoe is het recht op grensoverschrijdende zorg voor patiënten juridisch geregeld?*
- *Welke praktische belemmeringen gelden er voor de patiënt met betrekking tot grensoverschrijdende zorg?*
- *Welke belemmeringen gelden er voor grensoverschrijdende zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?*

Om er voor te zorgen dat dit onderzoek voor een ieder toegankelijk is, worden in paragraaf 2 de belangrijkste en meest gebruikte begrippen nader gedefinieerd. In deze scriptie wordt gesproken over diverse rechtsbronnen. Een korte beschrijving van iedere rechtsbron vindt u in bijlage I.

2.2 Definiëring van belangrijke begrippen

Extramurale zorg: 'Zorg die voornamelijk wordt verleend op afgesproken tijden, waarbij de patiënten vanuit de eigen woon- en werkomgeving naar de hulpverlener toekomen, of waarbij de hulpverlener de patiënt in haar of zijn omgeving bezoekt (Twynstra Gudde 2007).'

Gezondheidszorg: 'een gezondheidsdienst die in het kader van de uitoefening van zijn beroep door of onder toezicht van een gezondheidsmedewerker wordt verleend, ongeacht de wijze van organisatie, verstrekking of financiering op nationaal niveau, en onafhankelijk van de vraag of het een publieke of private dienst betreft (Sauter 2009:3).'

Harmonisatie: Opheffing van tussen lidstaten bestaande verschillen in reglementering (woorden-boek.nl).

Intramurale zorg/klinische zorg: zorg die langer duurt dan 24 uur en waarbij verblijf gecombineerd wordt met behandeling, activerende en ondersteunende begeleiding, verpleging of

verzorging. Het betreft zowel gezondheidszorg, huisvesting als hulpverlening en begeleiding in zorginstellingen zoals ziekenhuiszorg en verpleging- en verzorging (Twynstra Gudde 2007).

Lidstaat van aansluiting: de lidstaat die overeenkomstig Verordening (EG) nr. 883/2004 en Verordening (EG) nr. 987/2009 bevoegd is tot het aan een verzekerde verlenen van voorafgaande toestemming om een passende behandeling te ondergaan buiten de lidstaat waar deze woonachtig is (artikel 3, sub c, Richtlijn 2011/24/EU).

Lidstaat van behandeling: de lidstaat op het grondgebied waarvan de gezondheidszorg feitelijk aan de patiënt wordt verleend (artikel 3, sub d, Richtlijn 2011/24/EU).

Medisch verantwoord: de lidstaat van aansluiting mag de voorafgaande toestemming niet weigeren als de patiënt recht op de betrokken zorg heeft en als deze zorg op zijn grondgebied niet kan worden verleend binnen een termijn die medisch verantwoord is, op basis van een objectief medisch oordeel over de gezondheidstoestand van de patiënt, de voorgeschiedenis en het te verwachten verloop van zijn ziekte, de mate van pijn en/of de aard van zijn handicap op het tijdstip waarop het verzoek om toestemming is ingediend of opnieuw is ingediend (*moet samen gezien worden met art. 8, lid 5 VWEU*) (sub 43 Richtlijn 2011/24/EU).

Treeknormen: streefnormen en maximale wachttijden voor niet-acute zorg (Busch. 2005).

Verordening: Verordeningen bevatten regels die direct gelden voor alle lidstaten van de Europese Unie. Verordeningen hebben dezelfde status als nationale wetten in de lidstaten. Wanneer verordeningen in strijd zijn met nationale wetgeving zal de nationale wetgeving moeten worden aangepast of ingetrokken (Vissers en Smolders 2012).

2.3 Recht op grensoverschrijdende zorg

Aan het einde van de vorige eeuw kwam er steeds meer aandacht voor grensoverschrijdende zorg. Dit kwam met name door een aantal spraakmakende arresten die de revue passeerden. Binnen de Europese Unie werd men zich er steeds meer van bewust dat ook de gezondheidszorg een dienst is die onder het vrije verkeer van goederen en diensten dient te vallen. Hiermee ontstond een nieuwe dimensie. Begin 2011 werd er een nieuwe Europese richtlijn aangenomen, welke grensoverschrijdende zorg in grote mate faciliteert. In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de totstandkoming van deze richtlijn, waarbij het belang van diverse arresten nader wordt toegelicht. De deelvraag die in deze paragraaf centraal staat luidt als volgt:

'Hoe is het recht op grensoverschrijdende zorg voor patiënten juridisch geregeld?'

In 1998 waren er twee uitspraken van het Europese Hof van Justitie die er voor zorgden dat men binnen de Europese Unie anders naar grensoverschrijdende zorg ging kijken, dit waren de zaken Kohll en Decker. In deze zaken oordeelde het Europese Hof van Justitie dat gezondheidszorg als een goed of dienst moet worden aangemerkt, welke 'verhandelbaar' is en daarmee valt onder het Verdrag van Maastricht (Brouwer et al. 2003:289-290). In dit Verdrag wordt het recht op het vrije verkeer van goederen en diensten geregeld. Hierna worden beide baanbrekende arresten besproken.

Allereerst was er de zaak Kohll. In deze zaak wilde de heer Kohll, woonachtig in Luxemburg, met zijn dochter naar Duitsland om daar tandartsenzorg te consumeren. Voordat hij naar Duitsland ging vroeg hij hiervoor toestemming aan zijn zorgverzekeraar, echter tevergeefs. Het Europese Hof van Justitie oordeelde dat het weigeren van de toestemming voor dergelijke grensoverschrijdende zorg in strijd is met het vrije verkeer van personen en diensten (art. 46 VWEU, voorheen art. 49 EG) (HvJ EG zaak C-158/96, Jur. 1998) en verplichtte de zorgverzekeraar derhalve de kosten voor de behandeling alsnog te vergoeden (Roermund 2008:10).

In het zelfde jaar was er een soortgelijke uitspraak in de zaak 'Decker'. In de zaak 'Decker' kocht een Luxemburgse verzekerde (op voorschrift van een oogarts) een bril met corrigerende glazen in een andere lidstaat dan de lidstaat van aansluiting, zonder daarvoor eerst toestemming te vragen aan zijn zorgverzekeraar. De verzekeraar weigerde daarom de bril te vergoeden. Het Hof van Justitie stelde dat met name artsen, tandartsen en opticiens in andere lidstaten gelijkwaardige kwalitatieve zorg moeten leveren. Derhalve oordeelde het Hof dat kwaliteitsbewaking van in andere lidstaten geleverde medische producten of diensten

geen rechtvaardige reden kan zijn voor nationale regelingen die het vrije verkeer van goederen en diensten belemmeren (HvJ EG zaak C-120/95, Jur. 1998).

Bovenstaande twee uitspraken zorgde ervoor dat de grenzen tussen diverse Europese lidstaten ook voor de gezondheidszorg langzaam geopend werden (Evers et al. 2001:1); (Herbert & Hermans.2000:433). Het Europese Hof van Justitie oordeelde dat patiënten niet langer voor iedere zorg/behandeling toestemming dienen te vragen aan de zorgverzekeraar. Dit zou immers een belemmering vormen voor het vrije verkeer van goederen en diensten. Onzeker was echter nog welke consequenties deze uitspraak had voor zowel zorg die vergoed werd middels een natura verzekering als voor meer gespecialiseerde zorg (Brouwer et al, 2003:289-290)

Later werd duidelijk dat bovenstaande alleen zou gelden voor extramurale behandelingen die ook onder de verzekerde prestaties in de lidstaat van aansluiting vallen, zo blijkt uit de arresten inzake Geraets-Smits en Peerbooms (HvJ EG zaak C-157/99, Jur. 2001). In deze arresten oordeelde het Europese Hof van Justitie dat het voor sommige intramurale behandelingen wel degelijk gerechtvaardigd kan zijn om een systeem van voorafgaande toestemming te hanteren, om er voor te zorgen dat het financiële evenwicht van een lidstaat in stand blijft en de zorg voor een ieder toegankelijk is.

Het Hof stelde een aantal voorwaarden vast voor het hanteren van een systeem van voorafgaande toestemming. Zo oordeelde het Hof dat een behandeling bij een niet-gecontracteerde zorginstelling in het buitenland alleen in aanmerking kan komen voor vergoeding indien de zorg aan de volgende voorwaarden voldoet. Allereerst dient de beoogde behandeling onder de verzekerde prestaties in de lidstaat van aansluiting te vallen en tevens in de kring der beroepsgenoten aangemerkt te worden als gebruikelijk (Brouwer et al.2003:292 ; Herbert & Hermans.2000:438). Een behandeling wordt als gebruikelijk aangemerkt indien het door de internationale medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden. Ten tweede dient de beoogde behandeling voor de verzekerde medisch noodzakelijk te zijn (Brouwer et al. 2003:292). Het Hof stelt dat de toestemming uit hoofde van medische noodzaak alleen geweigerd mag worden indien er in de lidstaat van aansluiting tijdig een identieke of voor de patiënt even doeltreffende behandeling beschikbaar is (ICER 2001:2).

In het arrest Vanbraekel (2001) oordeelde het Hof dat de lidstaat van aansluiting verplicht is de feitelijke kosten voor een behandeling, die genoten is in een andere lidstaat te vergoeden, tot op het bedrag dat voor dezelfde behandeling in de lidstaat van aansluiting zou zijn ver-

goed. Tevens oordeelde het Hof dat een verzekeraar een aanvullende vergoeding dient te geven aan de verzekerde indien de feitelijke kosten van een behandeling, genoten in een andere lidstaat dan de lidstaat van aansluiting, lager zijn dan de kosten die zouden worden gerekend indien de behandeling in de lidstaat van aansluiting zou zijn genoten (HvJ EG zaak C-368/98, Jur. 2001). Een lagere vergoeding zou immers voor de verzekerde een belemmering kunnen vormen om zich te wenden tot medische hulpverleners in andere lidstaten. Onduidelijk in dit oordeel was echter wat er exact onder de aanvullende vergoeding verstaan moest worden.

Later werd in het arrest inzake de Engelse Yvonne Watts duidelijk dat het hierbij alleen gaat om de vergoeding van het in rekening gebrachte bedrag. Hieronder vallen, in het geval van een ziekenhuisbehandeling, de kosten van de medische verstrekkingen en de daarmee onlosmakelijk verbonden kosten voor het verblijf in het ziekenhuis. Deze kosten dienen ook vergoed te worden, indien de behandeling in de lidstaat van aansluiting in principe gratis verstrekt wordt (zoals dat in Engeland het geval is) (HvJEG zaak C372/04 Watts, Jur. 2006). In dit spraakmakende arrest oordeelde het Hof tevens dat toestemming voor een behandeling in een andere lidstaat dan de lidstaat van aansluiting niet mag worden geweigerd, indien de beoogde behandeling, gelet op iemands' gezondheidstoestand en het te verwachten ziekteverloop, niet binnen een termijn dat 'medisch verantwoord' is in de lidstaat van aansluiting kan worden gegeven (HvJEG zaak C372/04 Watts, Jur. 2006).

Samen zorgde deze rechtspraak al voor een zekere harmonisatie van maatregelen betreffende grensoverschrijdende zorg, echter had het steeds betrekking op een individuele casus. Er kwam een groeiende behoefte aan een richtlijn die enerzijds de verscheidene rechtspraak preciseert en codificeert en die daarnaast de rechten van patiënten met betrekking tot het vrije verkeer van diensten vastlegt (Vries 2011:217). In 2008 presenteerde de Europese Commissie daarom een voorstel voor een richtlijn inzake grensoverschrijdende zorg. Dit voorstel bestond grofweg uit drie onderdelen, namelijk algemene bepalingen, voorschriften betreffende het vrije verkeer van zorgdiensten en bepalingen die betrekking hebben op de organisatie van zorgdiensten en samenwerking op het gebied van gezondheidszorg (ibid:218). Het uitgangspunt van het voorstel is dat beperkingen op het vrij verrichten van diensten binnen de Europese Unie in beginsel verboden is (art. 56 VWEU).

Bijna drie jaar later, om precies te zijn op 9 maart 2011, neemt het Europees Parlement en de Europese Raad de richtlijn inzake grensoverschrijdende zorg aan. Deze patiëntenrichtlijn geeft nadere regels omtrent grensoverschrijdende zorg. Zo staat er in de richtlijn exact voor

welke behandeling een patiënt naar het buitenland kan, wanneer hij/zij voorafgaand aan de behandeling toestemming dient te vragen aan de zorgverzekeraar en op welke vergoeding de patiënt vervolgens recht heeft. Een nadere uitwerking van deze patiëntenrichtlijn vindt u in Bijlage I.

Deze richtlijn is echter alleen van toepassing indien de beoogde behandeling wordt genoten in een buitenlandse zorginstelling welke gecontracteerd is door de Nederlandse zorgverzekeraar.

Wanneer een patiënt een niet-gecontracteerde (intramurale) behandeling in het buitenland wil ondergaan, dan dient hij of zij voorafgaand aan de behandeling toestemming te vragen aan de zorgverzekeraar. Dit proces gaat echter niet via de Europese Patiëntenrichtlijn maar via basisverordening 883/2004 en toepassingsverordening 987/2009. Deze twee verordeningen hebben als doel de sociale zekerheidsrechten van patiënten waarborgen. Iedere lidstaat binnen de Europese Unie is immers in beginsel vrij om hun eigen sociale zekerheidssysteem in te richten. Dit kan tot gevolg hebben dat er grote verschillen ontstaan tussen de diverse sociale zekerheidssystemen. Om er voor te zorgen dat patiënten niet tussen twee sociale zekerheidssystemen vallen of dubbel verzekerd raken zijn bovenstaande twee verordeningen aangenomen (verordening 883/2004).

Hierna wordt in het kort uitgelegd hoe het proces van voorafgaande toestemming middels deze twee verdragen verloopt.

Een patiënt vraagt voorafgaand aan de behandeling toestemming aan zijn/haar zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan dan op basis van de Europese verordeningen toestemming verlenen door een E112- formulier te verstrekken. Middels dit formulier bevestigt de zorgverzekeraar dat alle kosten van de behandeling in het buitenland worden vergoed tot op het bedrag dat normaliter zou worden vergoed in de lidstaat van behandeling (Zilveren Kruis Achmea 2012).

Een voorbeeld:

Joep is in Nederland verzekerd en wil voor een behandeling naar een niet-gecontracteerde instelling in Duitsland. Voorafgaand aan de behandeling heeft hij met succes toestemming gevraagd aan zijn zorgverzekeraar door middel van een E112 formulier. De behandelingskosten in Duitsland bedragen in totaal €6.000,-. Een Duitse patiënt die dezelfde behandeling zou ondergaan zou middels de Duitse zorgverzekering daarvan €4.800,- vergoed krijgen. Bij een soortgelijke behandeling in Nederland zou Joep €5.200,- vergoed krijgen.

Gezien het feit dat Joep voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd aan zijn zorgverzekeraar, worden de kosten van de behandeling middels het Duitse stelsel vergoed tot op het bedrag dat in Duitsland gebruik is, derhalve €4.800,-. De Nederlandse zorgverzekeraar vergoedt vervolgens het resterende bedrag tot op het bedrag wat ook zou zijn vergoed indien Joep de behandeling in Nederland zou hebben genoten. Derhalve tot €5.200,-. De overige €800,- komen voor rekening van Joep en zal hij zelf moeten betalen (Zilveren Kruis Achmea 2012).

2.4 Praktische belemmeringen voor de patiënt

Het feit dat de juridische mogelijkheid is gecreëerd om zorg in een andere lidstaat te consumeren en deze ook vergoed te krijgen, neemt niet weg dat er voor patiënten belemmeringen kunnen gelden met betrekking tot grensoverschrijdende zorg, welke er uiteindelijk voor zorgen dat een zeer beperkt aantal patiënten ook daadwerkelijk gebruik maakt van zorg over de grens. Bovendien is het de vraag of patiënten überhaupt wel naar het buitenland willen voor het consumeren van zorg. In deze paragraaf wordt naar bovenstaande vragen onderzoek gedaan. De deelvraag die in deze paragraaf centraal staat luidt als volgt:

Welke praktische belemmeringen gelden voor de patiënt met betrekking tot grensoverschrijdende zorg?

Op basis van de baanbrekende uitspraken van het Europese Hof van Justitie, de komst van de Europese Patiëntenrichtlijn en de nog altijd veel te lange wachttijden die in Nederland gelden voor bepaalde typen zorg, zou men wellicht verwachten dat steeds meer patiënten de grens over gaan om elders zorg te (snellere) zorg te consumeren. Immers, zolang de wachttijden voor behandelingen niet onder de in 2000 vastgestelde treeknormen liggen, is het zorgverzekeraars verboden patiënten de toegang tot grensoverschrijdende zorg te onthouden (Brouwer et al. 2003:293).

Dat de wachttijden in Nederland hoog zijn en niet binnen de zogenoemde treeknormen vallen blijkt uit tabel 1. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de cijfers die in deze tabel staan verouderd zijn. Wanneer we echter naar recentere rapporten kijken dan zien we dat de wachttijden de afgelopen jaren, ondanks de beoogde 'marktwerking' niet of nauwelijks zijn gedaald (Leijten en Bakker. 2012).

Waiting times for non-urgent medical treatment		
Acceptable waiting times according to patients	Treek-norms	Actual waiting times
<i>Outpatient clinic</i>		
Average waiting time: 2.8 weeks		Average waiting time: 5.2 weeks
75% consider waiting time < 3 weeks to be reasonable	80% wait < 3 weeks	46% wait < 3 weeks, 54% wait longer
6.5% consider waiting time > 5 weeks to be reasonable	100% wait < 5 weeks	67% wait < 5 weeks, 33% wait longer
<i>Hospital</i>		
Average waiting time: 2.4 weeks		Average waiting time: 5.3 weeks
76% consider waiting time < 4 weeks to be reasonable	80% wait < 5 weeks	64% wait < 5 weeks, 36% wait longer
1% consider waiting time > 8 weeks to be reasonable	100% wait < 8 weeks	77% wait < 8 weeks, 23% wait longer

Tabel 1

bron: (Brouwer et al. 2003:293 ; Friele et al. 2001)

Uit tabel 1 is af te lezen dat de werkelijke wachttijden vele malen hoger zijn dan de beoogde treeknormen. Idealiter wordt 80% van alle patiënten binnen 5 weken in een ziekenhuis geholpen en 100% binnen 8 weken. Uit de praktijk blijkt echter dat maar 77% van de patiënten binnen 8 weken geholpen wordt en dat maar liefst 23% van de patiënten langer

moet wachten.

Uit de tabel is tevens af te leiden dat patiënten van mening zijn dat de wachttijden die in Nederland gelden onacceptabel lang zijn. Op basis van dit gegeven zou men dan ook verwachten dat patiënten er eerder voor zullen kiezen bepaalde behandelingen in het buitenland te consumeren, om op die manier de lange Nederlandse wachttijden te kunnen ontduiken. Uit onderzoek blijkt echter dat nog altijd een zeer grote groep patiënten, om diverse redenen, niet bereid is om naar het buitenland af te reizen voor het consumeren van zorg. Zo bleek uit een onderzoek, wat gehouden is onder 27.200 personen afkomstig uit 27 (Europese) landen, dat 42% (11.424 personen) niet bereid was om zorg te consumeren in een andere lidstaat dan de lidstaat van aansluiting (The Gallup Organisation, 2007).

Bovenstaande doet suggereren dat patiënten langer wachten in het eigen land prefereren boven het consumeren van zorg in een andere lidstaat, waarmee aanzienlijk kortere wachttijden gepaard gaan (Brouwer et al. 2003: 289); (Brouwer et al. 2002:30).

De vraag is dan ook hoe het komt dat zo'n grote groep patiënten geen gebruik wenst te maken van grensoverschrijdende zorg. Instituties en stichtingen als de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ), het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), The Gallup Organisation en de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

hebben de afgelopen jaren dan ook veel onderzoeken gedaan naar mogelijke belemmeringen die patiënten kunnen ervaren met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Deze mogelijke belemmeringen worden hierna kort besproken.

2.4.1 Geografische afstand

De afstand tot een buitenlandse zorginstelling vormt voor vele patiënten een belemmering voor grensoverschrijdende zorg. Patiënten, met name ouderen, geven aan het liefst dichtbij huis behandeld willen worden (Loermans en Jong 2008:1 ; Shenfield et al. 2010:1361). Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat 51% van de (1.244) ondervraagden een grote (reis)afstand tot een zorginstelling als zeer belemmerend ervaart (Loermans en Jong 2008:1). Patiënten geven aan veel waarde hechten aan de nabijheid van familie en vrienden ten tijde van de behandeling. Het wordt dan ook als zeer belemmerend ervaren wanneer familie en vrienden, vanwege de grote reisafstand, niet de mogelijkheid hebben om op bezoek te komen (Schnabel 2010:92). Daarbij komt dat een zorgverzekeraar niet verplicht is de reis- en verblijfkosten van naasten te vergoeden, wat tot de nodige kosten kan leiden. Ook de duur van het verblijf in het Buitenland kan hierbij een rol spelen. Maar liefst 47% van de ondervraagden ervaart een lange verblijfsduur in het buitenland als zeer belemmerend (Loermans en Jong 2008:3).

Uit het onderzoek van het RVZ bleek dat de factor 'afstand' minder belemmerend is voor patiënten die woonachtig zijn in grensregio's. Dit komt met name doordat voor deze groep patiënten de voorzieningen in het aangrenzende land vaak dichterbij gevestigd zijn dan vergelijkbare voorzieningen in de lidstaat van aansluiting (Brouwer et al. 2002:30). Bovendien lijken patiënten die woonachtig zijn in een grensregio meer affiniteit te hebben met taal en cultuur over de (RVZ 2000:82).

Patiëntenstromen van en naar Nederland zijn dan ook vooral te zien in de regio Zuid-Limburg, Noord-Brabant en de regio Zeeuws-Vlaanderen. Een goed voorbeeld zijn de patiëntenstromen tussen het academische ziekenhuis te Aken (Duitsland) en het academische ziekenhuis te Maastricht. Beide ziekenhuizen liggen dichtbij de grens en zijn derhalve maar veertig 40 kilometer van elkaar verwijderd.

Kijkend naar de totale patiëntenstromen van en naar Nederland dan is te zien dat deze patiëntenstromen met name bestaan tussen Nederland-België en Nederland-Duitsland. In 2005 consumeerden ongeveer 12.060 patiënten zorg in België en 6.886 in Duitsland. (Wismar et al. 2011:293-295). Maar een enkele patiënt consumeerde zorg in een verder gelegen land. Uit voorgaande zou geconcludeerd kunnen worden dat patiënten wel bereid zijn om zorg te

consumeren in een andere lidstaat, maar dat deze bereidheid beperkt blijft tot aangrenzende lidstaten.

2.4.2 Wantrouwen in zorgverzekeraar

De laatste jaren wordt het voor verzekeraars, gezien de lange wachtlijsten en de verdergaande internationalisering, steeds aantrekkelijker om zorgaanbieders in het buitenland te contracteren en afspraken met hen te maken. Met name met zorgaanbieders in grensgebieden zoals Duitsland en België. Middels de contracten met buitenlandse zorgaanbieders beogen zorgverzekeraars kosten te besparen (door elders goedkopere zorg in te kopen) en daarnaast grensoverschrijdende zorg voor patiënten toegankelijker en aantrekkelijker te maken (Brouwer et al. 2003:30). In het zuiden van het land gebeurt dit al een hele tijd. Het academische ziekenhuis te Aken (Duitsland) en het academische ziekenhuis te Maastricht werken al sinds 1995 nauw samen. In 2004 hebben zij zelfs samenwerkingsovereenkomsten gesloten, waarin afspraken zijn gemaakt over de uitvoering van specialistische behandelingen (Wismar et al. 2011:321). In deze overeenkomst staat bijvoorbeeld dat sommige behandelingen in Maastricht worden af gestoten en in Aken worden aangeboden. Hetzelfde gebeurt andersom. Zorgverzekeraars in Zuid-Limburg hebben er op deze manier voor gezorgd dat het voor patiënten makkelijker is om zorg te gaan consumeren over de grens. Niet alleen wanneer bepaalde behandelingen in het eigen ziekenhuis niet meer worden aangeboden, maar ook wanneer de wachttijd daar veel langer is dan in het buurland.

Uit onderzoek blijkt echter dat patiënten dit gedrag van zorgverzekeraars wantrouwen en huiverig zijn om gebruik te maken van deze gecontracteerde zorg. Zij zijn in de veronderstelling dat zorgverzekeraars voornamelijk om financiële redenen zorgaanbieders in het buitenland contracteren en daarbij minder belang hechten aan de kwaliteit van de zorg.

2.4.3 Financiële onzekerheden

Een andere belemmerende factor met betrekking tot grensoverschrijdende zorg is de financiële onzekerheid. Patiënten weten vaak niet goed in welke mate de behandeling in het buitenland vergoed wordt. Zeker wanneer de zorg in een andere lidstaat duurder is dan in de lidstaat van aansluiting of wanneer de zorg die in het buitenland niet binnen het verstrekkingenpakket valt in de lidstaat van aansluiting (Evers et al. 2001: 5 ; Herbert & Hermans. 2000:437). Zorgverzekeraars zijn verplicht om de behandeling te vergoeden tot op het niveau dat ook in de lidstaat van aansluiting zou zijn vergoed indien de behandeling daar genoten was (art. 7, lid 4 Richtlijn 2011/24/EU). Wanneer de feitelijke kosten hoger zijn dan het

bedrag wat zou zijn vergoed indien de patiënt de behandeling in de lidstaat van aansluiting zou hebben genoten, kan de lidstaat van aansluiting er alsnog voor kiezen om het volledige bedrag aan de verzekerde te vergoeden (art. 7, lid 4 Richtlijn 2011/24/EU). Gezien het feit dat een lidstaat niet verplicht is om het volledige bedrag te vergoeden, kan het ook betekenen dat een deel van de behandeling voor rekening van de patiënt komt. Dit geldt met name voor behandelingen die genoten zijn in een niet-gecontracteerde zorginstelling of wanneer voorafgaand aan de behandeling geen toestemming is gevraagd aan de zorgverzekeraar. In de laatste twee gevallen moet de patiënt toestemming vragen via de Europese verordening 883/2004. Dit traject is echter ingewikkeld en tijdrovend. Voor patiënten is het vaak niet duidelijk welk deel van de kosten voor de (genoten) behandeling uiteindelijk voor eigen rekening komt. Deze onzekerheid maakt dat patiënten minder snel gebruik maken van grensoverschrijdende zorg.

Verzekeraars zijn bovendien niet verplicht om de kosten die verband houden met de genoten zorg in een andere lidstaat, zoals reis- en verblijfkosten, te vergoeden indien de wettelijke nationale regeling niet voorziet in een overeenkomstige vergoeding voor dergelijke kosten bij een behandeling genoten op nationaal grondgebied (artikel 7, lid 4 Richtlijn 2011/24/EU). Deze bepaling kan wellicht een belemmering vormen voor mensen die minder financiële middelen hebben om zorg te gaan consumeren in een andere lidstaat. Deze groep mensen zal zich eerder tot de gezondheidszorg in de lidstaat van aansluiting wenden, om dergelijke kosten te vermijden.

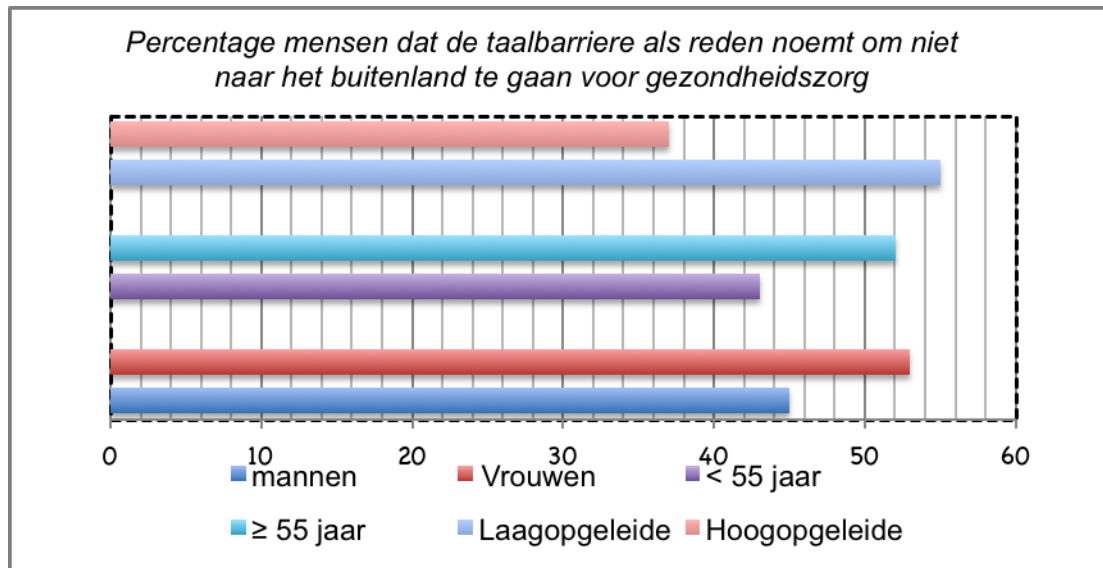
Uit het onderzoek van The Gallup Organisation blijkt dat vrouwen zich meer zorgen maken over de financiële gevolgen (zo'n 51%) dan mannen (42%). Een soortgelijk verschil is te zien tussen laag en hoog opgeleide mensen. Laag opgeleide mensen maken zich meer zorgen over de financiële gevolgen dan hoogopgeleide (The Gallup Organisation 2007:23).

Men zou zich af kunnen vragen of het niet vergoeden van reis- en verblijf kosten het gelijkheidsbeginsel schendt. Immers, een ieder heeft vanuit de grondwet recht op (toegankelijke) gezondheidszorg (art. 22, lid 1 GW) en op een gelijke behandeling (art. 1 Grondwet). Bovendien impliceert echter dat (grensoverschrijdende) zorg niet voor een ieder even toegankelijk is, wanneer de reis- en verblijfkosten niet worden vergoed.

2.4.4 Taalbarrière

Een veel gehoorde reden van patiënten om niet naar een andere lidstaat te gaan om zorg te consumeren, is de taalbarrière in de communicatie met specialisten en de verpleging. Uit het onderzoek van Nivel is gebleken dat 57% van de ondervraagden (totaal 1.244) aangeeft een

taalbarrière in de communicatie als zeer belemmerend te ervaren (Nivel 2008:3) .



Figuur 1

The Gallup Organisation onderzocht voor welke groep mensen een taalbarrière in de communicatie met zorgverleners een reden is om af te zien van grensoverschrijdende zorg. Bovenstaande grafiek geeft de resultaten van dit onderzoek weer. Uit de grafiek is af te lezen dat mannen minder moeite hebben met een taalbarrière dan vrouwen, respectievelijk 45% en 53%. Tevens is uit de grafiek af te lezen dat jonge mensen (onder 55 jaar) zich minder laten weerhouden door een taalbarrière dan oudere mensen (boven de 55 jaar). Tot slot is een groot verschil te zien tussen laag- en hoogopgeleide mensen. Laagopgeleide mensen laten zich meer weerhouden door een taalbarrière dan hoogopgeleide mensen (The Gallup Organisations 2007:22).

Mensen die woonachtig zijn in grensregio's lijken minder last te hebben van taalbarrières. Dit komt doordat ze veel vaker in aanmerking komen met de taal die over de nabijgelegen grens gesproken wordt (Schnabel 2010:91).

2.4.5 Onbekendheid met het buitenlandse zorgsysteem en gebrek aan informatie

Tot slot geven patiënten aan dat de onbekendheid met het buitenlandse zorgsysteem en het gebrek aan informatie belemmerende factoren kunnen zijn voor het gebruik van grensoverschrijdende zorg. Patiënten weten niet goed wat de mogelijkheden, consequenties en risico's zijn van grensoverschrijdende zorg en weten bovendien niet waar zij in het buitenland het beste terecht kunnen met hun zorgvraag. Hierdoor kiezen veel patiënten er voor om zorg in hun eigen land te consumeren (RVZ 2000:85).

Artsen zouden een belangrijke rol kunnen spelen in de informatievoorziening, door patiënten

goed te informeren omtrent grensoverschrijdende zorg en hen indien wenselijk door te verwijzen naar een buitenlandse arts (Legido-Quigley et al. 2011:365). In de praktijk blijkt echter dat artsen op dit moment nog maar in zeer beperkte mate patiënten informeren over de mogelijkheid om zorg te consumeren in een andere lidstaat (RVZ 2000:85). Dit kan deels komen doordat Nederlandse artsen onvoldoende kennis en wetenschap hebben van buitenlandse gezondheidszorg en daardoor huiverig zijn in het doorverwijzen. Dit is met name te zien bij artsen die verder vanaf de grens werkzaam zijn (RVZ 2000:85). Zeker indien artsen verder vanaf de grens werkzaam zijn en derhalve minder met grensoverschrijdende zorg te maken hebben.

Bovendien is het de vraag in hoeverre het de plicht van Nederlandse artsen is om patiënten te informeren over grensoverschrijdende zorg. In de Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) staat dat onder goed hulpverlenerschap ook de informatieplicht valt (art. 7:448 lid 1 en lid 2 BW). Een hulpverlener dient zijn patiënt zo te informeren dat deze een weloverwogen beslissing kan nemen aangaande de geneeskundige behandeling. Onduidelijk is echter hoe ruim dit genomen moet worden. Wel is duidelijk dat het zelfbeschikkingsrecht en het gezondheidsbelang van de patiënt hierbij voorop staat (Brouwer et al. 2002).

In situaties waarin patiënten in hun eigen lidstaat op een lange wachtlijst dreigen terecht te komen lijkt het derhalve, ter voorkoming van onnodige gezondheidsschade, zeer wenselijk dat de Nederlandse arts de patiënt wijst op de negatieve gevolgen van lange wachtlijsten en op de mogelijkheid om zich tot een buitenlandse zorgverlener te wenden. Op deze manier kan een patiënt een weloverwogen beslissing maken tussen beide alternatieven en is tevens rekening gehouden met zowel het zelfbeschikkingsrecht als het gezondheidsbelang van de patiënt (Brouwer et al. 2002).

Tot slot kan ook een nationaal informatiepunt uitkomst bieden. In de nieuwe patiëntenrichtlijn staat al dat iedere lidstaat een nationaal informatiepunt in moet richten waar patiënten terecht kunnen met al hun zorgvragen (art.6 Richtlijn 2011/24/EG). De beoogde informatiepunten dienen bijvoorbeeld te voorzien in informatie over zorgverleners, zorginstellingen (zowel nationaal als internationaal) en het proces van vergoedingen. Middels dergelijke informatiepunten zal de mate van transparantie in de gezondheidszorg toenemen (Legido-Quigley et al. 2011:365). Op dit moment voorzien echter nog niet alle lidstaten in informatiepunten. Dit zal op korte termijn moeten veranderen.

2.5 Belemmeringen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid met betrekking tot grensoverschrijdende zorg

Het juridisch faciliteren van het recht op grensoverschrijdende zorg en de vergoeding die daarmee gepaard gaat, zoals beschreven in paragraaf 2, is echter niet voldoende. Van groter belang is misschien nog wel de waarborging van kwalitatieve goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Zeker gezien het feit dat de grenzen tussen de Europese lidstaten steeds meer vervagen. Deels wordt hier al in voorzien middels diverse richtlijnen en verdragen, echter nog onvoldoende. De vraag is dan ook welke belemmeringen er nog zijn, met betrekking tot grensoverschrijdende zorg, in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De deelvraag die hierbij centraal staat luidt als volgt:

‘Welke belemmeringen gelden er voor grensoverschrijdende zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?’.

2.5.1 Het vrij vestigen van zorgverleners

Het recht op het vrij verkeer van goederen en diensten impliceert dat niet alleen patiënten het recht hebben om zich vrij tussen de Europese lidstaten te bewegen, maar ook zorgverleners. Zij kunnen zich in andere lidstaat gaan vestigen om daar (tijdelijk) hun beroep uit te gaan oefenen. Om het vrij vestigen van zorgverleners beter te kunnen faciliteren heeft het Europese Parlement en de Raad van de Europese Unie in 2005 de richtlijn ‘Erkenning van de Beroepskwalificaties (Richtlijn 2005/36 EG) vastgesteld. Het doel van deze richtlijn is er voor zorgen dat EU-burgers die een gereguleerd of beschermd beroep hebben (in de gezondheidssector zijn dit apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidspsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verpleegkundigen en verloskundigen) zich makkelijker kunnen bewegen tussen diverse lidstaten (CIBG). De richtlijn waarborgt dat EU-onderdanen die hun beroepskwalificaties in een lidstaat hebben behaald, toegang hebben tot hetzelfde gereguleerde of beschermde beroep in een andere lidstaat en dit kunnen uitoefenen met dezelfde rechten als de onderdanen van die lidstaat (Richtlijn 2005/36/EG).

Concreet betekent dit dat artsen zich vrij kunnen vestigen in een andere lidstaat zonder dat zij (opnieuw) om erkenning van hun beroepskwalificaties dienen te vragen. Wanneer een arts in het landelijke registratiesysteem (in Nederland is dat het BIG-register) staat ingeschreven en zijn opleidingstitel heeft verkregen stelt hem/haar dat in staat om het beroep in elke lidstaat uit te voeren.

Deze (automatische) wederzijdse erkenning neemt wellicht een hoop praktische problemen

weg, maar waarborgt de kwaliteit en veiligheid van de zorg wanneer artsen zich in een andere lidstaat gaan vestigen nog onvoldoende. Dit blijkt uit de zaak Jansen-Steur.

Jansen-Steur was jarenlang werkzaam als neuroloog in het Medisch Spectrum Twente (MST) te Enschede. In januari 2009 blijkt dat deze neuroloog eind 2003 het ziekenhuis heeft moeten verlaten wegens het stellen van vele misdiagnoses en het onterecht voorschrijven van riskante medicijnen. Ondanks deze verschrikkelijke praktijken is het de neuroloog destijds gelukt om met de stille trom en een gulle vertrekregeling te vertrekken uit het ziekenhuis te Enschede. De zaak krijgt pas landelijke media-aandacht wanneer blijkt dat de arts nadien naar Duitsland is vertrokken, alwaar hij zijn praktijken als neuroloog gewoon voortzette (Lemstra et al. 2009:3).

Later is er door de commissie Lemstra onderzoek gedaan naar de praktijken van de neuroloog. Daaruit bleek dat de vakgroep Neurologie al veel eerder aan de bel had getrokken bij het Medisch Staf Bestuur (MSB) en de Raad Van Bestuur (RVB) vanwege de slechte samenwerking met Jansen-Steur en zijn nalatigheid. Aan dit beroep is echter nooit gehoor gegeven en het disfunctioneren van de heer Jansen-Steur bleef gedurende lange tijd in de doofpot (Lemstra et al. 2009:3).

Dergelijke praktijken mogen natuurlijk niet nog een keer gebeuren. Om er voor te zorgen dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg in de toekomst wel gewaarborgd blijft wanneer artsen zich in een andere lidstaat gaan vestigen, is het noodzakelijk om de huidige wet 'Erkenning van de Beroepskwalificaties' te moderniseren (Nether 2011).

Minister Schippers pleit voor het hanteren van een Europese 'zwarte lijst' waarop disfunctionerende zorgverleners vermeld staan. Zo'n zwarte lijst is een soort openbaar register waarin aangetekend staat tegen welke professionals beroeps-beperkende maatregelen zijn getroffen. Het resultaat hiervan zou zijn dat een lidstaat bij een verzoek om erkenning de zwarte lijst kan raadplegen om te zien of de desbetreffende zorgverlener in het verleden maatregelen opgelegd heeft gekregen (Hendriks & Van der Meer 2011:39).

Niet iedere Europese collega van Minister Schipper is echter enthousiast over de beoogde zwarte lijst. Dit wordt veroorzaakt door de grote verschillen die te zien zijn, tussen diverse EU-lidstaten, voor wat betreft het opleggen van beroeps beperkende maatregelen. In de ene Europese lidstaat is het bijvoorbeeld strafbaar om een patiënt te helpen bij abortus of euthanasie terwijl dit in andere lidstaten volkomen legitiem is en zelfs tot het takenpakket van een professional kan behoren. De Europese collega's zijn dan ook van mening dat het onwenselijk is om een dergelijke zwarte lijst te hanteren, omdat het onduidelijkheden oproept en het

tijdrovend is om zo'n lijst samen te stellen (Hendriks & Van der Meer 2011:39).

Op dit moment moet een arts in het land waar hij is opgeleid een certificaat van de huidige beroepsstatus (CCPS) aanvragen bij de bevoegde autoriteit. Met dit certificaat kan de beroepsbeoefenaar naar de lidstaat gaan waar hij/zij zich wil vestigen. Vervolgens registreert de beroepsbeoefenaar zich daar bij de bevoegde autoriteit. Een probleem hierbij is dat de lidstaat van herkomst geen zicht heeft op deze registratie en derhalve niet weet waar de beroepsbeoefenaar zich heeft gevestigd en geregistreerd (Nieuwenhuijzen Kruseman 2011). Dit probleem zou verholpen kunnen worden door op het CCPS aan te geven in welke lidstaat de beroepsbeoefenaar zich met dat certificaat kan vestigen (op deze manier weet de lidstaat van herkomst waar de beroepsbeoefenaar zich zal gaan vestigen, doordat het CCPS alleen voor dat land geldig zal zijn. Een andere manier om zicht te krijgen op dit registratieproces is door er voor te zorgen dat het CCPS niet aan de beroepsbeoefenaar wordt af gegeven, maar direct aan de bevoegde autoriteit in de lidstaat van vestiging (Nieuwenhuijzen Kruseman 2011).

Bovenstaande twee voorstellen zijn echter tijdrovend en het KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) pleit dan ook voor het gebruik van een verbeterde versie van het IMI-systeem (Interne markt Informatie-systeem). Dit is een online communicatiesysteem waarmee informatie tussen lidstaten gemakkelijk uitgewisseld kan worden. Het CCPS kan via dit systeem rechtstreeks naar de bevoegde autoriteit in de andere lidstaat verstuurd kunnen worden (Hendriks & van der Meer 2011:39).

2.5.2 Geneesmiddelen

Er zijn echter niet alleen belemmeringen te zien in het vrije verkeer van personen (zorgverleners). Ook in het vrije verkeer van geneesmiddelen zijn nog een aantal belemmeringen te bespeuren. Hierover hierna meer.

In de nieuwe EU-patiëntenrichtlijn is tevens de wederzijdse erkenning van geneesmiddelen geregeld (art. 11 2011/24/EU). Recepten zijn sindsdien internationaal erkend. Dit houdt in dat recepten die in een andere lidstaat zijn voorgeschreven, erkend dienen te worden in de lidstaat van aansluiting en andersom. Wanneer een patiënt met een in een andere lidstaat verkregen recept bij een Nederlandse apotheek komt, dient de apotheker de voorgeschreven geneesmiddelen aan de patiënt te verstrekken, tenzij de apotheker hier ethische bezwaren tegen heeft (art. 11, lid 2, sub b 2011/24/EU).

Ten behoeve van de veiligheid dient een apotheker ten alle tijden te kunnen achterhalen wie de medicijnen heeft voorgeschreven en of diegene daarvoor bevoegd is. Zeker indien er zich situaties voordoen waarin de recepten onduidelijk zijn of de voorgeschreven medicatie niet samengaat met de medicatie die de patiënt reeds gebruikt. Van belang is daarom dat er contactgegevens van de voorschrijver op het recept vermeld staan (art. 11 lid 2, sub a 2011/24/EU).

In de praktijk zijn echter nog een aantal andere belemmeringen te zien met betrekking tot internationale verkeer van geneesmiddelen. Zo bestaan er grote verschillen in voorschrijfgedrag tussen professionals en lidstaten. Dit verschil in voorschrijfgedrag lijkt met name voort te komen uit verschillen in cultuur en lokale gezondheidssystemen. Daarnaast spelen opvattingen over ziekten, oorzaken van ziekten en behandelingen een rol (Dooper 2010:5).

Wanneer we naar bijsluiters van bepaalde geneesmiddelen kijken, dan zien we dat ook daar verschillen te zien zijn tussen diverse lidstaten. Hierbij gaat het om veiligheidsinformatie en informatie over gebruik zoals indicaties en dosering (Staatssecretaris van Buitenlandse zaken 2008)

2.6 Deelconclusie

In deze deelconclusie wordt antwoord gegeven op de eerste drie deelvragen. Hierna nogmaals de drie deelvragen op een rijtje:

- hoe is het recht op grensoverschrijdende zorg voor de patiënt juridisch geregeld?
- Welke praktische belemmeringen gelden er voor patiënten met betrekking tot grensoverschrijdende zorg?
- Welke belemmeringen gelden er voor grensoverschrijdende zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Het recht op grensoverschrijdende zorg is juridisch geregeld middels de Europese Patiëntenrichtlijn die vorig jaar is aangenomen. De aanleiding van deze patiëntenrichtlijn waren voornamelijk de arresten van het Europese Hof van Justitie. Deze spraakmakende arresten leidden al tot een zekere vorm van harmonisatie van maatregelen betreffende grensoverschrijdende zorg. Echter, omdat dit tot dan toe alleen nog maar betrekking had op individuele casussen, kwam er een groeiende behoefte aan een richtlijn die enerzijds de verscheidene rechtspraak preciseert en codificeert en die daarnaast de rechten van patiënten met be-

trekking tot het vrije verkeer van diensten vastlegt. En die kwam er. In maart 2011 werd de Europese patiëntenrichtlijn een feit.

De komst van deze richtlijn neemt echter niet weg dat er voor patiënten praktische belemmeringen kunnen gelden voor grensoverschrijdende zorg. Veel genoemde belemmeringen die patiënten kunnen ervaren bij grensoverschrijdende zorg zijn de afstand tot de buitenlandse zorginstelling, een taalbarrière in de communicatie met verschillende zorgverleners, de financiële onzekerheid omtrent de vergoeding van de behandeling, het wantrouwen in een zorgverzekeraar en tot slot de onbekendheid met buitenlandse zorginstellingen en het gebrek aan informatie.

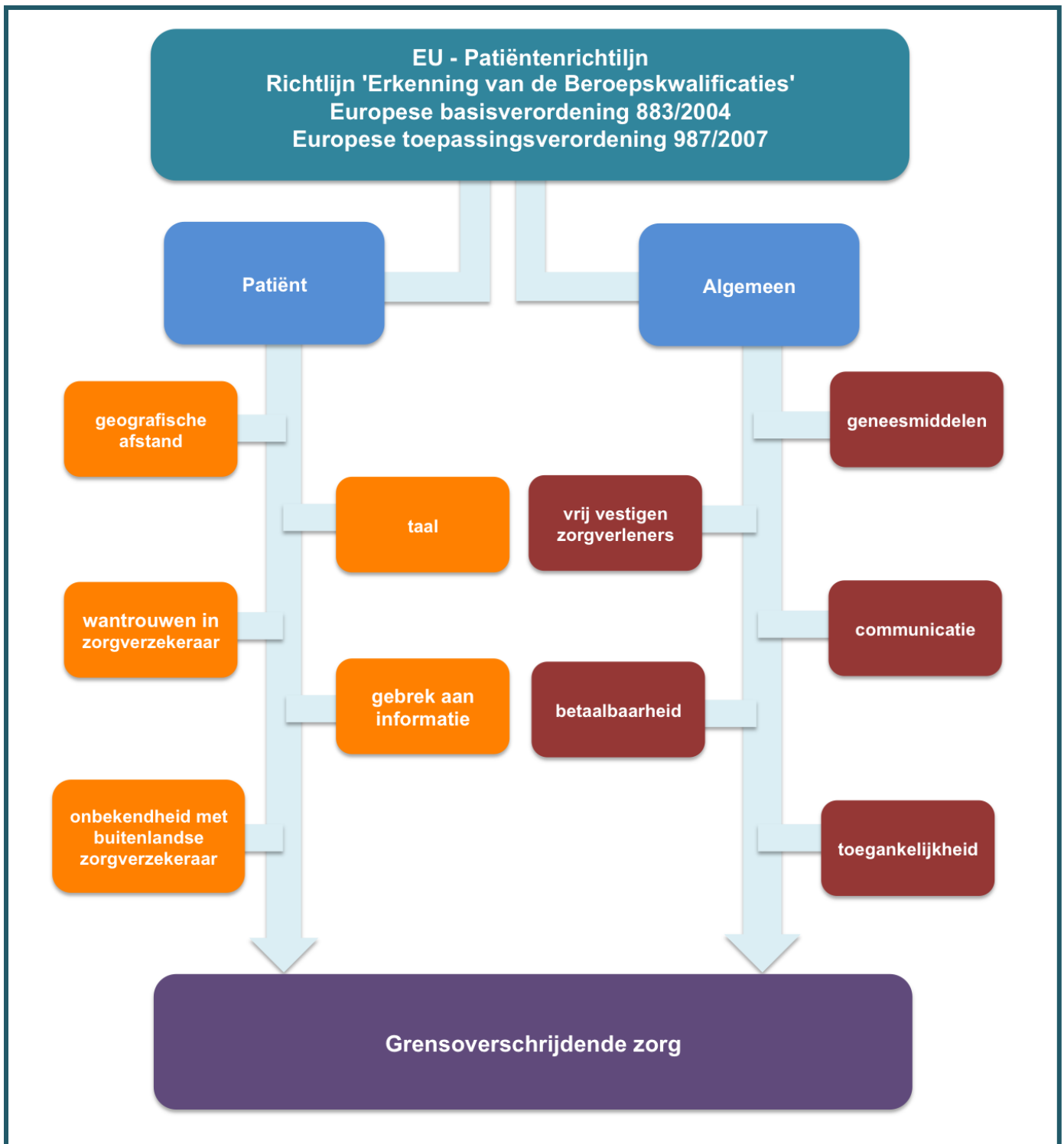
Uit onderzoek wordt tevens duidelijk dat er belemmeringen gelden in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Sinds de Richtlijn Erkenning van de Beroepskwalificaties van kracht is geworden zijn zorgverleners vrij om zich in een andere lidstaat te vestigen om daar hun beroep uit te oefenen. Daarbij is het wel van belang dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft. Uit de praktijk blijkt echter dat dit nog onvoldoende gebeurt, wat een belemmering zou kunnen vormen voor grensoverschrijdende zorg.

Wanneer we kijken naar het internationale verkeer van geneesmiddelen dan zijn ook daar nog de nodige belemmeringen te bespeuren. Zo bestaan er grote verschillen in het voorschrijfgedrag tussen professionals uit verschillende lidstaten en zijn er verschillen te zien in de dosering van de medicatie en de informatie die vermeldt staat in de bijsluiters.

Concluderend kan gesteld worden dat er juridisch gezien niet veel belemmeringen zullen gelden voor grensoverschrijdende zorg, doordat middels diverse Europese Richtlijnen en verdragen het recht op grensoverschrijdende zorg is gefaciliteerd. Uit diverse onderzoeken blijkt echter dat dit niet wegneemt dat er voor patiënten (meer praktische) belemmeringen kunnen gelden in hun keuze om al dan niet in een andere lidstaat zorg te consumeren. Tevens gelden er belemmeringen voor grensoverschrijdende zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

2.7 Conceptueel model

Uit het theoretisch kader is een conceptueel model voortgekomen, waarin de belangrijkste begrippen en relaties binnen dit onderzoek zijn beschreven.



3 Methodologie

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de wijze van onderzoek beschreven. In paragraaf 2 wordt onder andere ingegaan op de manier van dataverzameling, de keuze voor de respondenten en de wijze waarop de verkregen data is geanalyseerd. Vervolgens wordt er in paragraaf 3 ingegaan op de relevantie van de deelvragen. In paragraaf 4 wordt gekeken in hoeverre dit onderzoek objectief is, aan de hand van betrouwbaarheid en validiteit. Tot slot wordt in paragraaf 6 de zoekstrategie toegelicht en in paragraaf 7 de beperkingen van het onderzoek.

3.2 Methodiek

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van diverse onderzoeksmethoden. Allereerst is er deskresearch gedaan. Op internet, in vakbladen en boeken is gezocht naar bestaande informatie over grensoverschrijdende zorg. Deze informatie is gelezen, geanalyseerd en vervolgens gebruikt ter onderbouwing van het theoretische kader. Om er vervolgens achter te kunnen komen hoe mensen vanuit de praktijk naar grensoverschrijdende zorg kijken is er gebruik gemaakt van semigestructureerd interviews. Bij deze onderzoeksmethode wordt gebruik gemaakt van een topic-lijst waarin de belangrijkste topics (onderwerpen) die de onderzoeker wil bespreken naar voren komen (Mortelmans 2007:217-218). Er is voor een kwalitatieve onderzoeksmethode gekozen, omdat op die manier goed inzicht kan worden verkregen in achterliggende wensen, ervaringen, meningen of behoeften van diverse disciplines met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Dit inzicht kan minder goed verkregen worden middels kwantitatieve onderzoeksmethoden omdat deze alleen maar cijfermatige overzichten opleveren. (Alles over Marktonderzoek 2012).

De topiclijst die in dit onderzoek is gebruikt ziet er als volgt uit:

- wenselijkheid van grensoverschrijdende zorg;
- belemmeringen voor patiënten;
- belemmeringen met betrekking tot kwaliteit, toegankelijk en betaalbaarheid;
- vrij vestigen van artsen;
- erkenning van de beroepskwalificaties;
- registratie;
- harmonisatie opleidingen, protocollen en standaarden;
- vergoeding reis- en verblijfkosten;
- geneesmiddelen;
- communicatie tussen lidstaten;

- verbeteringen.

Om een zo compleet en reëel mogelijk beeld te kunnen krijgen van alle percepties omtrent grensoverschrijdende zorg is er voor gekozen om diverse partijen, die al dan niet belang hebben bij grensoverschrijdende zorg, te interviewen. De volgende partijen zijn benaderd:

- zorgverzekeraar (CZ, Achmea);
- patiënt;
- kinderarts;
- artsenfederatie, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG);
- gezondheidsjurist;

De respondenten zijn vervolgens zorgvuldig uitgekozen middels de ‘theoretical sampling’. Dit houdt in dat de onderzoeker bewust stilstaat bij de keuze van de respondenten (Mortelmans 2007:21).

Er is voor de onderstaande groep respondenten gekozen, omdat ze een belang hebben bij grensoverschrijdende zorg en daarnaast complementair zijn aan elkaar. Hierdoor wordt grensoverschrijdende zorg vanuit veel verschillende visies belicht. Later in dit hoofdstuk wordt duidelijk waarom juist voor deze instanties en of personen gekozen is, door over iedere instantie/persoon wat meer te vertellen. Eén van de respondenten wenste echter anoniem te blijven. De overige respondenten hebben toestemming gegeven voor het noemen van hun naam en functie.

Zorgverzekeraar, CZ

Er is gekozen om zorgverzekeraar CZ te benaderen, omdat deze verzekeraar vooruitstrevend is met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. CZ heeft bijvoorbeeld een aantal contracten gesloten met zorgaanbieders in Duitsland en België om hun verzekerde, die veelal woonachtig zijn in grensgebieden als Limburg, Zeeuws-Vlaanderen en Noord-Brabant, toegankelijke zorg te bieden over de grens. Meneer Stevens is benaderd, omdat hij ten eerste werkzaam is in Zuid-Limburg en daarom veel te maken heeft met grensoverschrijdend verkeer en ten tweede omdat hij voorzitter is van EPED (European Network for Electronic Data exchange in the health care sector). Het EPED is een netwerk welke zich bezig houdt met het elektronisch uitwisselen van medische informatie tussen diverse lidstaten.

Zorgverzekeraar Achmea, Zoja Vermeij

Achmea is interessant voor dit onderzoek om te kijken of er opmerkelijke tegenstellingen te zien zijn tussen Achmea en CZ. Zoals hiervoor vermeld ligt het werkgebied van CZ voornamelijk in de grensgebieden terwijl Achmea veel actiever is in de randstad en het noorden van het land. Mevrouw Vermeij is geïnterviewd omdat zij zich binnen Achmea bezig houdt met grensoverschrijdende zorg. Zij is werkzaam als teamleidster van het Compliance Center Buitenland en heeft derhalve zicht op het grensoverschrijdende zorgverkeer.

Patiënt, Martinus Olthuis

De heer Olthuis, woonachtig in Vroomshoop, is voor dit onderzoek benaderd, omdat hij voor een specialistische behandeling bewust naar het St. Antonius Hospital te Gronau (Duitsland) is afgereisd. De heer Olthuis was bereid om vanuit zijn eigen ervaringen meer te vertellen over de mits en maren van grensoverschrijdende zorg.

Kinderarts, mevrouw L.

Mevrouw X. is kinderarts in het VU Medisch Centrum te Amsterdam. Mevrouw X is benaderd, omdat zij vanuit het oogpunt van medisch professionals naar grensoverschrijdende zorg kan kijken.

Gezondheidsjurist en hoogleraar, André den Exter

André den Exter is gezondheidsjurist aan het instituut Beleid Management en Gezondheidswetenschappen. André den Exter houdt zich voornamelijk bezig met het internationaal en Europees (gezondheids-) recht en is derhalve zeer geschikt als respondent voor dit onderzoek.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Hilda van der Meer

KNMG is een landelijke artsenfederatie ter bevordering van de kwaliteit, veiligheid en toetsbaarheid van medisch handelen. Deze federatie is benaderd omdat zij in het verleden onderzoek hebben gedaan naar grensoverschrijdende zorg en derhalve over kennis beschikken die relevant is voor dit onderzoek. Zeker wanneer het gaat om het vrij vestigen van medische beroepsbeoefenaars. Mevrouw of Hilde van der Meer is werkzaam als beleidsadviseur gezondheidsrecht bij de KNMG. Mevrouw van der Meer is voor dit onderzoek benaderd, omdat zij meerdere artikelen omtrent grensoverschrijdende zorg heeft geschreven.

3.3 Objectiviteit

Objectiviteit betekent grofweg de afwezigheid van subjectiviteit van de onderzoeker. Het is op te delen in twee aspecten: betrouwbaarheid en (interne) validiteit. Deze zullen achter-eenvolgens besproken worden in samenhang met dit onderzoek.

3.3.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek hangt onder meer samen met de mate van consistentie en repliceerbaarheid (Mortelmans 2007:434). Dit houdt in dat wanneer iemand anders dit onderzoek opnieuw uit gaat voeren, er in principe dezelfde uitkomsten uit moeten komen. De mate van repliceerbaarheid wordt beïnvloedt door een aantal factoren, namelijk: de mate van objectiviteit van de onderzoek(st)er en de repliceerbaarheid van de interviews. In dit onderzoek is getracht zo objectief mogelijk te blijven door ten alle tijden kritisch te zijn. Tijdens de literatuurstudie is er steeds kritisch gekeken naar de auteur van het wetenschappelijke artikel. Voor de interpretatie van een wetenschappelijk artikel is van belang dat helder is wie de auteur is en welk belang hij/zij heeft. Op deze wijze kan eventuele subjectieve informatie gescheiden van objectieve informatie.

De repliceerbaarheid van de (semigestructureerde) interviews is over het algemeen zeer beperkt. Immers, iedere interviewer interviewt anders, de een heeft er meer feeling voor dan de andere en de ene interviewer zal meer moeite hebben met het doorvragen op antwoorden dan de andere. Bovendien is de repliceerbaarheid van de interviews beperkt doordat deze semigestructureerd zijn, waardoor de interview(st)er het gesprek maar beperkt kan sturen in vergelijking tot een volledig gestructureerd interview. De kans dat het interview een volgende keer hetzelfde verloopt en of de zelfde uitkomsten heeft is daarmee minimaal .

De interviews in dit onderzoek waren niet uniform. Dit komt doordat de respondenten uit diverse disciplines afkomstig waren. Iedere discipline heeft een ander belang bij grensoverschrijdende zorg en bovendien beschikken ze ieder over een ander kennisniveau. Dit is anders wanneer je bijvoorbeeld alleen zorgverzekeraars of alleen patiënten interviewt. De uitkomsten van de diverse interviews zijn daarom moeilijk met elkaar te vergelijken. Ze zijn eerder complementair aan elkaar. Immers, de diverse percepties omtrent grensoverschrijdende zorg, die middels deze interviews op tafel komen voegen iets toe aan de algemene perceptie die men heeft met betrekking tot grensoverschrijdende zorg.

Om de betrouwbaarheid van de interviews te verhogen is er voor gezorgd dat, indien de respondenten daar geen bezwaar tegen hadden, alle interviews opgenomen zijn. Hierdoor

kon de interview(st)er zich volledig richten op het gesprek. Tevens is de kans op vertekening van de verkregen informatie minimaal, doordat de interviews teruggeluisterd kunnen worden (Mortelmans 2007:436) De interviews zijn naderhand volledig 'woord voor woord' uitgetypt, volgens het Verbatim-principe (Mortelmans 2007:265). Deze volledig uitgewerkte interviews zijn teruggestuurd naar de respondent ter controle (member check) (Mortelmans 2007: 440) Vervolgens zijn alle relevante gegevens eruit gehaald en verwerkt in dit onderzoek.

3.3.2 *Validiteit*

Tevens is het van belang dat het onderzoek valide is. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe validiteit, waarbij onder interne validiteit de geloofwaardigheid van het onderzoek verstaan wordt (Mortelmans 2007: 436). De externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van het onderzoek (Mortelmans 2007:442).

In dit onderzoek is allereerst getracht de geloofwaardigheid zoveel mogelijk te maximaliseren door triangulatie toe te passen. Triangulatie betekent dat het resultaat van een onderzoek krachtiger wordt naarmate het vraagstuk vanuit diverse perspectieven bekeken wordt. Er bestaan verschillende vormen van triangulatie. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van data- en theorie-triangulatie. Onder datatriangulatie wordt verstaan het gebruik van diverse databronnen (Mortelmans 2007:437-438). In dit onderzoek zijn diverse data bronnen geraadpleegd, te weten: wetenschappelijke artikelen, rechtsbronnen, onderzoeken en de semigestructureerde interviews. Van theorie-triangulatie is sprake wanneer er vanuit diverse theoretische perspectieven naar een bepaald vraagstuk wordt gekeken. In dit onderzoek zal sprake zijn van theorie-triangulatie doordat vanuit diverse invalshoeken naar grensoverschrijdende zorg gekeken wordt (Mortelmans 2007:437-438). Immers, voor dit onderzoek zijn diverse wetenschappelijke artikelen gelezen die vanuit diverse perspectieven geschreven zijn. Daarnaast zijn diverse belanghebbende disciplines geïnterviewd, waarmee getracht werd een zo compleet en reëel mogelijk beeld te creëren van alle percepties op grensoverschrijdende zorg. Deze vormen van triangulatie zorgen voor meer geloofwaardigheid.

Een tweede aspect dat van invloed kan zijn op de geloofwaardigheid van dit onderzoek is de wijze van meten. Daarbij gaat het er om of de onderzoek(st)er daadwerkelijk meet wat hij/zij wil meten (Mortelmans 2007:436). In hoeverre dat in dit onderzoek is gelukt is moeilijk te zeggen. Getracht is om zo goed mogelijk antwoord te krijgen op de topics die vooraf vastgesteld waren door tijdens de interviews de topiclijst als leidraad te gebruiken.

De geloofwaardigheid van een interview is discutabel. Dit komt doordat de realiteit sociaal geconstrueerd is (Mortelmans 2007:433). Immers, vele aspecten kunnen van invloed zijn op

de uitkomst van een interview. Voorbeelden daarvan zijn de omgeving (aanwezigheid van derden). De interviewer (hoe neutraal staat hij/zij erin) en de geïnterviewde (zal/hij zij wel op alles eerlijk antwoord geven, wat is zijn belang?) (Mortelmans 2007:243-244). In dit onderzoek is getracht deze aspecten zoveel mogelijk uit te schakelen. Zo is er allereerst voor gezorgd dat er geen derden aanwezig waren bij het afnemen van de interviews. Daarnaast heeft de onderzoek(st)er getracht diepgang te creëren tijdens de interviews, door steeds door te vragen op de antwoorden die de respondent gaf. Het gebruik van de audio-recorder tijdens de interviews bevordert tevens de geloofwaardigheid van de interviews.

3.4 Zoekstrategie

Zoals eerder vermeld, is in dit onderzoek gebruik gemaakt van wetenschappelijke artikelen en rechtsbronnen omtrent grensoverschrijdende zorg ten behoeve van informatievergaring. Gezien het internationale onderwerp is tevens gebruik gemaakt van Engelse literatuur.

Voor het zoeken naar relevante literatuur is gebruik gemaakt van diverse wetenschappelijke databanken die de Erasmus Universiteit te Rotterdam aanbied, waaronder pubmed. Voor het zoeken naar relevante artikelen is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Dit houdt in dat literatuur gevonden wordt middels citaten of verwijzingen die gebruikt zijn in een sleuteldocument (aangeprezen artikel). Deze citaten of verwijzingen leiden naar andere bronnen over het zelfde onderwerp, en zo verder (Erasmus 2012).

Om helder te krijgen hoe de ontwikkeling van grensoverschrijdende zorg tot stand is gekomen is literatuur geraadpleegd vanaf 1998 (eerste bekende arrest omtrent grensoverschrijdende zorg) tot nu. Voor de beschrijving van het huidige juridische kader omtrent grensoverschrijdende zorg is zoveel mogelijk gezocht naar recente literatuur (na 2006 i.v.m. zorgverzekeringswet) en naar de meest recente richtlijnen en verdragen.

4 Onderzoekresultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende deelvraag:

Waar liggen volgens diverse belanghebbende partijen belemmeringen ten aanzien van grensoverschrijdende zorg en hoe kunnen deze volgens hen worden opgelost?

Dit wordt gedaan middels een analyse van de interviewresultaten. In paragraaf 2 zal eerst worden ingegaan op de wenselijkheid van grensoverschrijdende zorg. In paragraaf 3 zal in gegaan worden op mogelijke belemmeringen voor patiënten en in paragraaf 4 op de belemmeringen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Tot slot zal in paragraaf 4 een deelconclusie volgen, waarin antwoord wordt gegeven op de bovenstaande deelvraag.

4.2 Wenselijkheid van grensoverschrijdende zorg

In deze paragraaf wordt bekeken in hoeverre de respondenten grensoverschrijdende zorg wenselijk en of zelfs noodzakelijk achten. Hoewel de respondenten allemaal vanuit een andere discipline afkomstig zijn en derhalve met een wisselende beroepsvisie naar grensoverschrijdende zorg kijken, zijn ze het er allemaal over eens dat grensoverschrijdende zorg een ontwikkeling is die onontkoombaar is gezien de steeds verdere internationalisering van de maatschappij. Tevens vinden de respondenten dat grensoverschrijdende zorg in sommige situaties zeer wenselijk is en noodzakelijk. Dit blijkt uit de volgende citaten:

Mevr. van der Meer, KNMG

‘Bij het KNMG zijn we ervan overtuigd dat grensoverschrijdende zorg een ontwikkeling is die langzaam gaat, maar die wel voortschrijdt en die ook onvermijdelijk is. Daar zijn positieve effecten aan wat ons betreft; voor bepaalde ziekten zien we dat het heel nuttig is, bijvoorbeeld voor weinig voorkomende ziekten. Voor dat soort aandoeningen zouden wij het buitengewoon wenselijk vinden als de Europese samenwerking en dus ook de zorgverlening internationaler wordt.’

Dhr. Den Exter, gezondheidsjurist

'Ik kan me voorstellen dat er situaties zijn waarin grensoverschrijdende zorg gewenst is en zelfs noodzakelijk. Denk bijvoorbeeld aan situaties van lange wachttijden voor noodzakelijke zorg. Wanneer mensen te lang moeten wachten voor deze zorg dan kan dat gezondheidsschade teweeg brengen. Vanuit puur medische optiek is de mogelijkheid tot grensoverschrijdende zorg dan ook zeer gewenst en zelfs noodzakelijk. Vanuit juridisch oogpunt is grensoverschrijdende zorg een gegeven, omdat het doelbewust zo is georganiseerd. We hebben doelbewust de patiënt de mogelijkheid gegeven om niet alleen in Nederland zorg te kunnen zoeken maar ook in het buitenland en dan moet je er niet gek van op kijken als mensen van deze mogelijkheid gebruik maken. Dit is in zekere zin een vorm van internationalisering.'

Grensoverschrijdende zorg lijkt met name wenselijk te zijn voor patiënten die woonachtig zijn in grensregio's, omdat voor hen de zorginstellingen in het buitenland soms dichterbij gelegen zijn dan de zorginstellingen in eigen land. Dit blijkt uit het interview met Dhr. Stevens:

Dhr. Stevens, CZ

'Grensoverschrijdende zorg is wenselijk wanneer je kijkt naar grensregio's zoals Limburg, Noord-Brabant en Zeeuws-Vlaanderen. Wanneer je kijkt naar Zuid-Limburg bijvoorbeeld dan zie je dat er veel grensoverschrijdend verkeer is voor allerlei zaken. Dit is niet zo opmerkelijk want als je een cirkel van 40 kilometer om Maastricht trekt dan zit je ruim in Duitsland en België. Derhalve zou het voor de mensen die woonachtig zijn in bijvoorbeeld Maastricht raar zijn als de zorg voor hen stop bij de grens. Daarbij komt dat voor deze groep mensen de buitenlandse academische ziekenhuizen vaak dichterbij gelegen zijn dan de Nederlandse academische ziekenhuizen. Denk bijvoorbeeld aan mensen woonachtig in Terneuzen. Het dichtstbijzijnde Nederlandse academische ziekenhuis voor hen is het Erasmus MC te Rotterdam, zo'n 150 kilometer van hen verwijderd. Dit terwijl het dichtstbijzijnde academische ziekenhuis in België gelegen is in Gent, zo'n 35 kilometer van hen vandaan. Voor mensen die dichtbij de grens wonen is grensoverschrijdende zorg dan ook zeer wenselijk.'

4.3 Belemmeringen voor patiënten

In deze paragraaf wordt onderzocht hoe de respondenten tegen de belemmeringen aankijken die wellicht voor patiënten gelden met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Daarbij zal ingezoomd worden op de volgende aspecten: geografische afstand, financiële onzekerheid, taalbarrière en de onbekendheid met het buitenlandse zorgsysteem en gebrek aan informatie.

Zorgverzekeraar CZ geeft aan dat voor hun verzekerden nauwelijks belemmeringen gelden met betrekking tot grensoverschrijdende zorg, doordat ze daar van oudsher op inspelen en deze dan ook zoveel mogelijk weg proberen te nemen. Dit blijkt uit het volgende citaat:

Dhr. Stevens, CZ

‘Eigenlijk zijn er heel weinig belemmeringen voor patiënten. CZ is vanuit de historie heel erg actief op het gebied van grensoverschrijdende zorg. Wij hebben sinds jaar en dag gewerkt met partners in Duitsland en België om alle bureaucratische beperkingen te slechten en de continuïteit van de zorg te waarborgen. Op dit moment hebben we eigenlijk een grenzeloze en een drempelloze toegang tot gecontracteerde zorg over de grens. Wij zien dus eigenlijk niet zoveel belemmeringen.’

Toch blijkt uit de interviews dat voor patiënten wel degelijk belemmerende factoren kunnen zijn met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Deze zullen achtereenvolgens besproken worden.

4.3.1 Geografische afstand

Uit diverse interviews komt naar voren dat patiënten het liefst zo dicht mogelijk bij huis geholpen willen worden en derhalve eerder op zoek zullen gaan naar beschikbare behandelingen in hun eigen lidstaat. Volgens de heer Den Exter ligt dit echter anders wanneer in een lidstaat onvoldoende capaciteit aanwezig is om alle zorgvoorzieningen te bieden of wanneer er een gebrek aan know-how is met betrekking tot een bepaalde behandeling. Patiënten zullen dan eerder bereid zijn om naar andere lidstaten af te reizen, zodat ze de beoogde behandeling toch kunnen ondergaan.

Dhr. Den Exter, gezondheidsjurist

‘Patiënten zullen niet snel naar het buitenland gaan voor een medische behandeling omdat zij per definitie om de hoek geholpen willen worden. Alleen wanneer het gaat om zeer specifieke behandelingen, die in hun eigen lidstaat niet aangeboden worden, zullen patiënten bereid zijn om naar een andere lidstaat af te reizen voor zorg. Er kunnen diverse redenen zijn waarom een land bepaalde behandelingen niet kan aanbieden. Het kan zijn dat er in een lidstaat onvoldoende capaciteit is om alle voorzieningen aan te bieden en daarnaast kan het zijn dat er een gebrek is aan know-how voor een bepaalde behandeling. Dit geldt bijvoorbeeld voor het kleine eiland Malta. Malta heeft onvoldoende capaciteit om alle specialistische behandelingen aan te kunnen bieden. De inwoners van Malta zullen derhalve gewend zijn om verder te reizen voor deze zorg. Zij zullen veel eerder zorg gaan consumeren in bijvoorbeeld België, Nederland of Frankrijk.’

Uit het interview met de heer Olthuis blijkt echter dat patiënten die woonachtig zijn in grensgebieden minder moeite hebben om naar een andere lidstaat af te reizen voor een bepaalde behandeling, omdat voor hen een buitenlandse zorginstelling soms dichterbij gelegen is dan een vergelijkbare Nederlandse zorginstelling. Dit blijkt uit het citaat van de heer Olthuis:

Dhr. Olthuis, patiënt

‘De behandeling die ik wilde ondergaan werd in negen Nederlandse ziekenhuizen aangeboden. Gezien het feit dat ik vlakbij de grens Nederland-Duitsland woonachtig ben, was het dichtstbijzijnde Nederlandse ziekenhuis voor mij het Radboud ziekenhuis te Nijmegen. Dit is echter nog zo’n 128 kilometer van mijn huis verwijderd. Het dichtstbijzijnde Duitse ziekenhuis was het ziekenhuis in Gronau, zo’n 60 kilometer van mijn huis verwijderd. Naast de goede kwaliteit die het ziekenhuis in Gronau kon bieden, was deze geringe afstand tot de zorginstelling voor mij een reden om daar zorg te genieten.’

Ondanks dat buitenlandse zorginstellingen voor patiënten die woonachtig zijn in grensregio’s soms dichterbij gelegen zijn, gaat ook voor hen de voorkeur vaak toch uit naar een behandeling in hun eigen land, mits daar dezelfde kwaliteit van zorg geboden kan worden en de behandeling even snel kan. Dit blijkt uit het citaat van de heer Stevens:

Dhr. Stevens, CZ

‘CZ heeft in het verleden wel eens aan klanten die in België zorg hadden genoten gevraagd wat zij van deze zorg vonden. Bijna iedereen gaf daarbij aan dat ze erg tevreden waren over de zorg in België. Driekwart van de ondervraagden gaf echter ook aan dat ze liever in Nederland zouden blijven voor een medische behandeling, indien ze hier net zo snel en goed geholpen kunnen worden als in België.’

4.3.2 Financiële onzekerheden

De financiële onzekerheid lijkt een minder belangrijke belemmerende factor sinds de Europese lidstaten, middels de Patiëntenrichtlijn en de Verordening, het een en ander hebben afgestemd omtrent de vergoeding van grensoverschrijdende zorg. In deze rechtsbronnen staat beschreven tot op welk niveau een verzekeraar verplicht is te vergoeden.

Enige onzekerheid over de vergoeding zou kunnen bestaan wanneer een behandeling in het buitenland duurder is dan in het eigen land of wanneer het buitenland andere regels hanteert voor wat betreft eigen bijdragen en de vergoeding van reis-en verblijfkosten. Volgens CZ kunnen zorgverzekeraars inspelen op deze onzekerheid. Dit blijkt uit het volgende citaat:

Dhr. Stevens, CZ

‘CZ biedt zekerheid aan patiënten wanneer het gaat om de vergoeding van grensoverschrijdende zorg door patiënten middels de website en de servicelijn informatie te verschaffen over de mate/hogte van vergoedingen. Op deze manier weten patiënten precies waar ze aan toe zijn. Daarnaast zorgt CZ ervoor dat patiënten geen hinder ondervinden wanneer gecontracteerde zorg in het buitenland duurder blijkt te zijn dan in eigen land of wanneer in het buitenland andere regels gelden omtrent eigen bijdragen. CZ vergoedt altijd overeenkomstig de polisvoorwaarden zoals de verzekerde deze in Nederland kent. Heel concreet betekent dit dat patiënten geen eigen bijdrage per verpleegdag verschuldigd zijn (zoals dat in Duitsland wel gebruikelijk is) wanneer zij dit in Nederland ook niet zijn. De klant krijgt in dat geval de volledige kosten door CZ vergoed. Ook wanneer de behandeling in het buitenland duurder is dan in Nederland, zal de patiënt hier geen hinder van ondervinden. Financiële onzekerheid lijkt voor verzekerden van CZ hierdoor minder te gelden.’

Uit zowel het interview met CZ als Achmea blijkt dat reis- en verblijfkosten lang niet altijd vergoed worden. In enkele gevallen worden reis- en verblijfkosten vanuit de aanvullende verzekering vergoed, maar ook dat is minimaal.

Mevr. Vermeij, Achmea

‘Vanuit onze aanvullende verzekering worden de reiskosten in bepaalde gevallen deels vergoed. Vanuit de basisverzekering geldt dit alleen voor zeer specifieke gevallen, bijvoorbeeld wanneer iemand rolstoel gebonden is of wanneer sprake is van chemotherapie.’

Dhr. Stevens, CZ

‘Reis en verblijfkosten worden meestal niet vergoed. Behalve wanneer een patiënt intern ligt, dan zit het bij de behandeling inbegrepen. Alleen voor noodzakelijk ambulance of taxivervoer is de aanspraak identiek aan hetgeen binnen Nederland zou gelden.’

De heer Den Exter is van mening dat het niet vergoeden van reis- en verblijfskosten in sommige situaties in strijd kan zijn met het gelijkheidsbeginsel en een belemmering kan zijn voor grensoverschrijdende zorg. Immers, mensen die meer middelen te besteden hebben zullen

eerder gebruik kunnen maken van grensoverschrijdende zorg wanneer de reis- en verblijfkosten niet vergoed worden, dan mensen die minder middelen te besteden hebben. Dit terwijl een ieder recht heeft op gezondheidszorg en een ieder gelijk behandeld dient te worden. Zo blijkt uit het volgende citaat:

Dhr. Den Exter, gezondheidsjurist

‘De nieuwe EU-patiëntenrichtlijn en de verordening regelen de afstemming tussen lidstaten met betrekking tot de administratieve voorwaarden voor grensoverschrijdend verkeer. Wat zij niet regelen zijn de aanvullende voorwaarden met betrekking tot reis- en verblijfkosten. Het gaat louter en alleen om sociale zekerheid. Het is aan de lidstaten zelf om te bepalen of zij tevens voorzien in een vergoeding van reis- en verblijfkosten voor hun eigen onderdanen. Voor sommige mensen is dit inherent aan grensoverschrijdende zorg. Immers, als je reis- en verblijfkosten kostbaar zijn, dan kan dat een drempel vormen voor grensoverschrijdende zorg.

In die zin zou je kunnen zeggen dat er onderscheid gemaakt wordt op grond van nationaliteit. Daar zou men iets aan moeten doen, want het kan eigenlijk niet zo zijn dat het in Spanje niet vergoed wordt en in Nederland wel. Dat is een ongelijkheid die je dus wel ziet en die een drempel zou kunnen vormen voor grensoverschrijdende zorg. Het Europese Hof heeft echter besloten dat het niet aan de Europese Unie is om daarover te beslissen. Artikel 152 VWEU regelt immers dat iedere lidstaat zelf mag bepalen hoe zij de gezondheidszorg financiert en organiseert.’

4.3.3 Taalbarrière

Een taalbarrière in de communicatie met specialisten en de verpleging kan een belemmering vormen voor grensoverschrijdende zorg. Immers, wanneer een patiënt zich niet goed verstaanbaar weet te maken in een andere taal, zal hij/zij minder snel kiezen om naar een andere lidstaat te gaan voor zorg.

Volgens CZ hebben de Nederlanders die gebruik maken van grensoverschrijdende zorg echter niet veel last van een taalbarrière. Dit zou komen doordat bijna al deze patiënten woonachtig zijn in de grensregio's en derhalve beter bekend zijn met de buitenlandse cultuur. Bovendien zouden deze mensen vaak reeds affiniteit hebben met gesproken taal.

Dhr. Stevens, CZ

‘Patiënten die in het Vlaamse gedeelte van België zorg consumeren ervaren uiteraard weinig tot geen problemen met de gesproken taal. Vlaams lijkt immers veel op Nederlands, in tegenstelling tot de Duitse taal. Maar ook de Duitse taal lijkt voor de mensen die daar zorg gaan

consumeren nauwelijks een probleem te zijn. Dit komt doordat de meeste mensen die zich oriënteren voor een behandeling in Duitsland, zelf vaak dicht bij de Oostgrens wonen. Derhalve hebben zij vaker te maken met de Duitse cultuur en hebben zij bovendien meer affiniteit met de Duitse taal. ‘

Anders kan het zijn voor mensen die níetniet woonachtig zijn in één van de grensregio's. Zij zullen meer moeite hebben met de taal die over de grens gesproken wordt, doordat zij daar over het algemeen minder mee in aanraking komen. Bovendien is het niet in ieder land vanzelfsprekend dat artsen een redelijk niveau van Engels spreken. Om er voor te zorgen dat patiënten in het vervolg beter kunnen communiceren met buitenlandse zorgverleners en om er voor te zorgen dat zorgverleners goed kunnen communiceren met collega's en andere instanties pleit het KNMG voor het opnemen van een taaltoets bij het registratieproces van hen.

Mevr. Van der Meer, KNMG

‘De taalbarrière in de communicatie met de arts en verpleegkundigen lijkt een belangrijke belemmering voor patiënten. Wij zijn van mening dat hier door de Europese lidstaten op ingespeeld moet worden door in ieder geval te zorgen dat de arts die zich in een land vestigt de taal die daar gesproken wordt goed spreekt. Dit kan gerealiseerd worden door bij de registratie van een professional te toetsen op taalkennis. Immers, als je in de zorg gaat werken dan is de communicatie met patiënten, collegae en bijvoorbeeld zorgverzekeraars of de inspectie van de gezondheidszorg cruciaal om goed te kunnen functioneren. Hier mocht tot op heden niet op getoetst worden.’

4.3.4 *Informed consent*

Uit diverse interviews kwam naar voren dat patiënten belemmeringen ondervinden bij de informatievergaring omtrent grensoverschrijdende zorg. Dit blijkt onder meer uit het citaat van de heer Olthuis:

Dhr. Olthuis, patiënt

‘Ik heb alle informatie omtrent de behandeling in het buitenland zelf moeten zoeken, daarin heb ik weinig support gekregen van mijn Nederlandse arts. Die bood eigenlijk alleen maar weerstand, omdat hij liever had dat ik een vergelijkbare behandeling zou ondergaan in het ziekenhuis waar hij werkzaam was. Dat ziekenhuis bood echter niet de behandeling die ik wilde ondergaan en daarom ben ik via internet op zoek gegaan naar zorginstellingen die de beoogde behandelingen wel uitvoerde. Dit vergde best wat tijd. Nu merk ik dat meer mensen uit mijn omgeving elders een behandeling willen ondergaan. Ook zij krijgen weinig hulp van artsen en komen daarom naar mij voor advies. Enerzijds vind ik het prima, maar anderzijds

vind ik eigenlijk dat het de taak is van een zorgverzekeraar of zorgverlener om een patiënt te helpen bij zijn/haar zorgvraag.'

Om de patiënt beter bij te kunnen staan bij het beantwoorden van hun zorgvraag is het volgens mevrouw Van der Meer en meneer Den Exter wenselijk en zelfs noodzakelijk dat er een nationaal informatiepunt komt, zoals deze is beoogd in de nieuwe Europese patiëntenrichtlijn.

Mevr. Van der Meer, KNMG

'KNMG pleit voor een informatiepunt waar voorlichting aan patiënten wordt gegeven over de weg die ze moeten bewandelen om in het buitenland zorg te krijgen. Omgekeerd kan dit informatiepunt ook gebruikt worden wanneer buitenlandse patiënten in Nederland een behandeling willen ondergaan.'

Dhr. Den Exter, gezondheidsjurist

'Ieder land heeft een contactpunt of moet een contact-/informatiepunt organiseren waar patiënten terecht kunnen met hun zorgvraag. Eén nationaal informatiepunt waar patiënten geholpen kunnen worden in bijvoorbeeld het zoeken naar de meest geschikte zorginstelling voor een bepaalde behandeling. Voor een gedeelte is dit al in ontwikkeling echter is dit nog niet alle lidstaten voldoende gerealiseerd.'

Tevens zijn zij van mening dat artsen ook een belangrijke rol kunnen vervullen bij deze informatievergaring. Artsen dienen volgens hen hun patiënten beter te informeren over de mogelijkheden om elders zorg te halen, ook wanneer het gaat om grensoverschrijdende zorg. Over de mate waarin artsen dit moeten doen moet volgens Den Exter echter nog meer consensus worden gesloten. Dit blijkt uit de volgende citaten:

Mevr. Van der Meer, KNMG

'Als een patiënt aangeeft "ik wil naar het buitenland voor zorg", dan zal het de taak van de arts hier in Nederland zijn dat de patiënt de informatie die hij/zij nodig heeft meekrijgt.'

Mevr. Vermeij, Achmea

'Veel mensen volgen het advies van hun huisarts of Nederlandse specialist op. Als een van hen verwijst naar een ziekenhuis dan gaan mensen daar gewoon vaak heen. Het is voor hen een grote stap om naar een onbekend ziekenhuis ver weg te gaan. Wellicht gaan patiënten eerder naar het buitenland als artsen hen over de mogelijkheden informeren.'

Dhr. Den Exter

'Hulpverleners dienen patiënten beter te helpen bij het vinden van een juiste zorgaanbieder/behandeling. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld aan een dokter vraagt: 'Dokter, waar kan ik deze behandeling het beste genieten?' dan dient een arts daar informatie over te verschaffen. Er moet echter nog meer consensus worden bereikt over de mate waarin artsen hun patiënten informeren over bijvoorbeeld de exacte behandeling, de alternatieven en mogelijke risico's. De mate van informed consent verschilt nu nog erg tussen de verschillende lidstaten en dat levert conflictstof op. Derhalve dient het 'informed consent' gestandaardiseerd te worden. Dit hoeft echter niet in regelgeving, maar in de richtlijnen en protocollen van de beroepsgroepen.'

4.4 Belemmeringen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

In deze paragraaf zal aan de hand van de interviews bekeken worden waar volgens de respondenten nog belemmeringen liggen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Deze drie factoren zijn niet altijd helemaal gescheiden van elkaar te zien, maar om er voor te zorgen dat het hoofdstuk enigszins overzichtelijk blijft, zal deze indeling toch zoveel mogelijk gehandhaafd blijven.

4.4.1 Kwaliteit

In deze subparagraaf wordt ingegaan op de belemmeringen die gelden op het gebied van kwaliteit met betrekking tot grensoverschrijdende zorg.

Vrij vestigen artsen

In de Europese Unie hebben we, in het kader van het vrije verkeer van goederen en diensten, geregeld dat artsen zich in een andere lidstaat kunnen vestigen om daar hun beroep verder uit te voeren. Aan deze mobiliteit van artsen zitten een aantal voordelen verbonden. Zo kan het voor artsen wenselijk zijn om werkervaring op te doen in andere lidstaten en kan het voor de kwaliteit van de zorg goed zijn als artsen hun kennis en kunde delen met zorgverleners in andere lidstaten.

Mevr. van der Meer, KNMG

'Wanneer een arts zich gaat vestigen in een andere lidstaat dan brengt hij/zij enerzijds kennis en kunde mee vanuit de lidstaat van herkomst, maar zal anderzijds kennis en kunde opdoen in de lidstaat van vestiging. Als dat allemaal goed geregeld is dan kan die uitwisseling voordelen hebben voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan het voor artsen prettig zijn in het kader

van het opdoen van werkervaring. Het is voor hen natuurlijk prettig om ook in een ander land te kunnen werken.'

Echter zijn er op dit moment nog een aantal zaken met betrekking tot het vrij vestigen van artsen in andere lidstaten die belemmerend kunnen werken en negatief zijn voor kwaliteit van de zorg. Een voorbeeld hiervan is het registratieproces. Dit zal hierna nader worden toegelicht.

De zaak Jansen-Steur bevestigt dat de richtlijn 'Erkenning van de Beroepskwalificaties' de kwaliteit van de zorg nog onvoldoende waarborgt wanneer artsen zich in een andere lidstaat gaan vestigen. Dit komt onder andere doordat de wijze van registratie in iedere lidstaat op een andere wijze georganiseerd is en de communicatie tussen de verschillende bevoegde autoriteiten moeizaam verloopt. Hierdoor kan het voor de lidstaat van vestiging soms lastig zijn om te achterhalen wat het beroepsverleden van een hulpverlener is die zich daar wil vestigen.

Het KNMG is dan ook van mening dat lidstaten verplicht gebruik zouden moeten maken van het IMI systeem. Middels dit digitale communicatiesysteem kunnen mogelijke beperkingen die opgelegd zijn aan een zorgverlener makkelijker gecommuniceerd worden naar andere lidstaten en kan voorkomen worden dat hulpverleners als Jansen-Steur elders onopgemerkt hun praktijken kunnen voortzetten.

Mevr. van der Meer, KNMG

'De registratie van artsen is op dit moment nog niet eenduidig geregeld. In Nederland regelen we de registratie landelijk en is er dus ook maar één bevoegde autoriteit. In andere landen gebeurt dit soms door enkele of tientallen bevoegde autoriteiten. In Frankrijk is het bijvoorbeeld departementaal geregeld door 48 bevoegde autoriteiten, terwijl het in Italië weer provinciaal is geregeld. Door de verschillen in organisatie vormt de communicatie tussen die autoriteiten een probleem. Dit zien wij als een groot punt van zorg voor wat betreft het grensoverschrijdende verkeer van artsen en andere zorgverleners. De bevoegde autoriteiten die zouden met elkaar moeten communiceren via een computersysteem, het IMI.

Het IMI is een beveiligd online communicatiesysteem waarmee lidstaten gemakkelijk informatie met elkaar uit kunnen wisselen. Het gebruik van het IMI is op dit moment nog vrijwillig. In Nederland gebruiken wij dit systeem consequent, maar een hele hoop autoriteiten in andere Europese landen niet. Het verplicht stellen van dit systeem lijkt wenselijk om communicatie tussen diverse lidstaten te bevorderen en daarmee ook indirect de kwaliteit van de gezondheidszorg. Middels

dit systeem kunnen mogelijke beperkingen die opgelegd zijn aan een arts wegens disfunctioneren, gemakkelijk gecommuniceerd worden naar andere lidstaten. Daarmee kan voorkomen worden dat personen als Jansen-Steur onopgemerkt hun praktijken in het buitenland voort kunnen zetten.'

Communicatie tussen zorgverleners

Niet alleen de communicatie omtrent de beroepskwalificaties van de professionals is nog onvoldoende, ook de communicatie omtrent de patiënt en het zorgproces. Dit lijkt met name te komen door taalbarrières en het gebrek aan een goed communicatiemiddel.

Uit het interview met de heer Olthuis blijkt dat er op dit moment heel weinig gecommuniceerd wordt alleen schriftelijk. .

Dhr. Olthuis, patiënt

'Er was weinig contact tussen mijn Nederlandse arts en de behandelende arts in Duitsland. Toen ik ontslagen werd uit het ziekenhuis in Duitsland, kreeg ik een kopie van het dossier mee waarin de buitenlandse arts alles had bijgehouden. Dit was eigenlijk de enige vorm van communicatie tussen de beide artsen.'

De heer Den Exter is van mening dat het Elektronisch Patiëntendossier uitkomst zou kunnen bieden, mits de privacy van patiënten voldoende gewaarborgd is.

Dhr. Den Exter

'De patiënt krijgt op dit moment een zorgpas mee waarop de belangrijkste informatie van de patiënt vermeld staat. In sommige gevallen moet een patiënt ook een kopie van het medische dossier meenemen wanneer hij/zij naar het buitenland gaat en of wanneer hij weer terug gaat naar het land van herkomst. Het dossier is echter niet altijd voor iedere arts begrijpelijk en leesbaar vanwege verschillen in taal en slordigheden. Een Elektronisch patiëntendossier zou uitkomst kunnen bieden, mits de privacy van de patiënt voldoende gewaarborgd is. Als de privacy voldoende gewaarborgd is dan is het een efficiënte verbetering en zal het de kwaliteit van de zorg ten goede komen.'

Het KNMG is echter van mening dat een Elektronisch Patiëntendossier op Europees niveau de komende jaren niet haalbaar is. Het KNMG ziet daarom meer in kleine Europese projecten waarin duidelijke afspraken worden gemaakt tussen lidstaten.

Mevr. Van der Meer, KNMG

'Voor de korte termijn zie ik nog niet veel in een Europees Elektronisch Patiëntendossier, omdat we dat landelijk nog niet eens een EPD hebben. Laat staan op Europees niveau. Ik vrees

dat het nog heel lang gaat duren voordat het EPD Europees is. dat nog heel lang gaat duren. Voor de korte termijn zie ik meer in Europese projecten waarin bijvoorbeeld wordt vastgesteld welke koffertje met informatie een patiënt daadwerkelijk nodig heeft wanneer hij/zij gebruik maakt van grensoverschrijdende zorg.'

Contracteren buitenlandse zorgverzekeraars

Om de kwaliteit en veiligheid van zorg in het buitenland te waarborgen zullen zorgverzekeraars bepaalde zorgaanbieders in het buitenland selectief gaan contracteren. Echter lijkt het op dit moment voor zorgverzekeraars nog niet gemakkelijk om buitenlandse zorgaanbieders te 'toetsen' op kwaliteit, doordat er nog maar zeer beperkt kwaliteitsparameters/-keurmerken beschikbaar zijn. Dit blijkt uit de volgende citaten:

Dhr. Stevens, CZ

'In Nederland stuurt men de laatste jaren erg aan op kwaliteit en kwaliteitsparameters. Dit betekent voor zorgverzekeraars dat zij bij het contracteren van zorg in het buitenland dienen te letten op de kwaliteit van de zorg die daar geboden wordt. Een probleem hierbij is echter het beperkt aantal beschikbare kwaliteitsparameters. Zorgverzekeraars moeten op dit moment derhalve op andere manieren er achter zien te komen welke kwaliteit van zorg een zorgaanbieder biedt. Zo 'toetst' CZ buitenlandse zorgaanbieders door voorafgaand aan het sluiten van een contract, gesprekken te voeren met betrekking tot de kwaliteitseisen. Deze gesprekken worden gevoerd door een medisch adviseur en een inkoper. Daarnaast kijkt CZ ook naar de consequentie waarin een zorgverlener zijn medische verrichting verricht, hoe het medische team eruit ziet en in welke mate dit team beschikbaar is. Tot slot spelen ook de 'subjectieve' meningen van de verzekerde die reeds gebruik hebben gemaakt van de zorg een belangrijke rol. Beter en makkelijker zou het echter zijn wanneer er duidelijke kwaliteitsparameters beschikbaar zouden zijn. Daarbij is het voor de interpretatie wel van belang dat het duidelijk is voor welke factoren de parameters zijn gecorrigeerd en voor welke niet.'

Mevr. Vermeij, Achmea

'In het buitenland hebben wij als verzekeraar minder invloed op de kwaliteit van de behandelingen. Daarom zouden Europese kwaliteitskeurmerken ons kunnen helpen om onze verzekerde toch de beste kwaliteit zorg te kunnen garanderen. Op dit moment kijken wij naar een combinatie van kwaliteit en aantallen verzekerden die een buitenlands ziekenhuis bezoeken. Daarnaast beschikken wij over zwarte lijsten, waarop zorgverleners die disfunctioneren vermeld staan. Nota's van zorgverleners die op de zwarte lijst staan worden strikt gecontroleerd, desnoods bezoeken we de zorgverlener zelf of zetten we een contactorganisatie in. Op deze manier proberen we patiënten kwalitatief goede zorg te bieden in het buitenland.'

Geneesmiddelen

De nieuwe EU-Patiëntenrichtlijn regelt de wederzijdse erkenning van geneesmiddelen. In de praktijk blijkt echter dat nog een hoop verschillen te zien zijn tussen lidstaten met betrekking tot de registratie en verstrekking van geneesmiddelen. Verschillen zijn met name te zien in de dosering van de medicatie, de inhoud van de bijsluiter en het registratiesysteem. Daarnaast blijkt ook de inhoud van de recepten onvoldoende. Dit blijkt uit een viertal citaten:

Dhr. Den Exter, gezondheidsjurist

‘Ondanks dat de Europese richtlijn omtrent geneesmiddelen regelt dat geneesmiddelen internationaal erkend moeten zijn, zijn er nog wat praktische problemen. Zo kunnen de dosering en bijsluiter anders zijn in buitenland dan in Nederland. Als in Frankrijk bijvoorbeeld 100 capsules voorgeschreven worden voor een hele kuur, dan wordt in Nederland tegen de patiënt gezegd dat die hoeveelheid ongebruikelijk is en de patiënt zal de geneesmiddelen in kleinere hoeveelheden meekrijgen. Deze zaken moeten meer geharmoniseerd worden.’

Mevr. Van der Meer, KNMG

‘De terminologie en de aanduiding van de hoeveelheid medicatie moet hetzelfde zijn in alle lidstaten. Wat ons betreft is het ook cruciaal dat op het recept informatie over de voorschrijver staat. De apotheker moet kunnen achterhalen of degene die het recept heeft voorgeschreven daar ook daadwerkelijk voor bevoegd is. De Europese artsorganisatie (GPME) heeft een richtlijn aangenomen waarin is vastgesteld wat er minimaal aan informatie in een recept moet staan om goed over de grens erkend te kunnen worden. De apotheker is verder in principe verantwoordelijk voor een veilig medicatiebeleid en voor het controleren van de medicatie. De apotheker dient alert te zijn op mogelijke interacties tussen verschillende geneesmiddelen. Bij onduidelijkheden zal de apotheker en de patiënt het een en ander met de eigen huisarts kortsluiten.’

Mevrouw X, kinderarts

‘Het registratiesysteem moet nog verbeterd worden. Sommige geneesmiddelen zijn in Nederland niet geregistreerd, maar in het buitenland wel. Dit moet beter geharmoniseerd worden.

Een arts is zelf verantwoordelijk voor hetgeen hij of zij voorschrijft. Dus wanneer een arts uit het buitenland een recept schrijft voor een Nederlandse patiënt, dan is hij daar verantwoordelijk voor en niet de Nederlandse arts. Desondanks vind ik wel dat de geneesmiddelen die in Nederland niet geregistreerd zijn, niet door de apotheek geleverd zou moeten worden.’

Dhr. Stevens, CZ

‘Op het gebied van farmacie is in Europa nog niet alles volledig geharmoniseerd. We proberen dat voor de klant zo goed mogelijk te regelen, maar soms zit je met een situatie waarin een patiënt in het buitenland geneesmiddelen heeft voorgeschreven welke in Nederland nog niet beschikbaar zijn, nog niet is toegelaten of onder een andere naam beschikbaar is. Dit zijn kleine problemen die op dit moment nog steeds spelen. Dit moet beter geharmoniseerd worden.’

4.4.2 Betaalbaarheid

De betaalbaarheid van grensoverschrijdende zorg hangt onder meer af van de kwaliteit – en prijsverschillen tussen diverse lidstaten. Wanneer patiënten uit een lidstaat voornamelijk gebruik maken van grensoverschrijdende zorg in de aangrenzende lidstaat, waar de kwaliteit en de prijs van de zorg hoger ligt, dan zal dat voor de lidstaat van aansluiting negatieve gevolgen kunnen hebben met betrekking tot de betaalbaarheid van deze zorg. Dit blijkt uit het volgende citaat:

Dhr. Stevens, CZ

‘In Nederland is de grensoverschrijdende zorg nog betaalbaar. Dit komt allereerst omdat maar een beperkt aantal patiënten gebruik maakt van grensoverschrijdende zorg en deze zorg bovendien genoten wordt in één van onze buurlanden, Duitsland of België. Daarnaast hebben we in Nederland het geluk dat de kwaliteit en prijs van deze zorg ongeveer op hetzelfde niveau ligt als in Nederland. Dit is anders wanneer je kijkt naar bijvoorbeeld Oostenrijk en Hongarije. Daar bestaan veel meer kwaliteit- en prijsverschillen. Je kunt je voorstellen dat iedere Hongaar in Oostenrijk naar de dokter wil. Als dat leidt tot een grote uittocht van patiënten dan zal Hongarije de toegang tot zorg in Oostenrijk weigeren, omdat het interne systeem anders teveel wordt aangetast en de zorg onbetaalbaar wordt.’

De heer Den Exter is derhalve van mening dat het in sommige situaties gerechtvaardigd kan zijn om een systeem van voorafgaande toestemming te hanteren. Op die wijze kun je er voor zorgen dat het nationale (financiële) systeem in evenwicht blijft.

Dhr. Den Exter, gezondheidsjurist

‘In sommige situaties kan een systeem van voorafgaande toestemming wenselijk zijn, met name bij specialistische intramurale zorg en zorg waarbij gebruik wordt gemaakt van geavanceerde apparatuur. Voor deze zorg is het namelijk wenselijk om een planning te maken. Wanneer een patiënt op een planning staat maar zonder toestemming naar het buitenland gaat, dan staat in de lidstaat van aansluiting een ziekenhuisbed leeg en een operatieteam stil. Dit betekent een desinvestering en daarmee kapitaalvernietiging. Bovendien komt hiermee in de andere lidstaat de faciliteiten onder druk te staan terwijl deze in eigen land onderbenut/leeg zijn.’

4.4.3 Toegankelijkheid

Rol zorgverzekeraars

De mate van toegankelijkheid lijkt deels te liggen bij de zorgverzekeraar. Wanneer een zorgverzekeraar het proces van grensoverschrijdende zorg goed heeft gefaciliteerd, zal dit stimulerend werken op de omvang van grensoverschrijdende zorg. CZ heeft bijvoorbeeld het hele buitenlandse zorgproces geïmplementeerd binnen de bestaande routines. Dit heeft twee voordelen. Enerzijds worden patiënten niet belemmerd wanneer ze naar het buitenland gaan en anderzijds betekent dit dat grensoverschrijdende zorg minder belemmerend werkt voor zorgverzekeraars. Zo blijkt uit het volgende citaat:

Dhr. Stevens, CZ

‘CZ heeft het hele proces van grensoverschrijdende zorg operationeel heel erg goed op orde en gefaciliteerd. Het gehele proces is geïmplementeerd binnen de bestaande routines. Hierdoor kan een patiënt zonder belemmeringen naar het buitenland en vergt het daarnaast voor CZ niet veel tijd om de nota’s te verwerken.’

‘Het proces gaat bij CZ als volgt:

Patiënten die naar één van de gecontracteerde buitenlandse zorginstellingen willen krijgen een speciaal pasje mee die hij of zij af dient te geven aan de desbetreffende buitenlandse zorgverlener. Dit pasje bevat een chip met daarop de dataset van Duitsland. De zorgaanbieder heeft een smartcardreader waarmee hij de patiëntengegevens uit kan lezen. De factuur die hij vervolgens maakt stuurt hij niet naar CZ maar naar onze partner in Duitsland, het AOK Krankenkas. Het AOK controleert voor CZ de rekening en betaalt deze bij akkoord. Naderhand wordt deze factuur digitaal naar CZ verzonden en wordt het bedrag verrekend. Op deze manier vergt het voor CZ niet veel tijd om de nota’s te verwerken en zullen zij om die reden geen patiënten weerhouden om zorg bij een van de gecontracteerde zorgaanbieders in het buitenland te consumeren.’

‘Ik kan me echter voorstellen dat andere zorgverzekeraars, die minder met grensoverschrijdende zorg te maken hebben, omdat ze niet in een bepaalde grensregio actief zijn, meer problemen hebben met het proces. Dit komt doordat bij hen de zaken veel vaker via de Europese Verordening lopen. Doordat dit project veel omslachtiger is en derhalve meer tijd kost, kan dat een reden vormen waarom zorgverzekeraars patiënten minder stimuleren om naar het buitenland te gaan voor zorg.’

Dit kan niet hard gemaakt worden door het citaat van mevrouw Vermeij, maar het lijkt zeker mee te spelen.

Mevr. Vermeij, Achmea

‘Achmea bemiddelt naar diverse gecontracteerde ziekenhuizen in België en Duitsland om op deze wijze patiënten de beste zorg te kunnen garanderen. Een nadeel is echter dat de aanvragen en nota’s die uit het buitenland terug komen uitvoeringstechnisch erg tijdrovend zijn. De nota’s en machtigingen uit het buitenland zijn moeilijk te automatiseren. Controle op verzekerde zorg vereist veel kennis bij onze medewerkers en de aanlevering van de hiervoor benodigde gegevens vanuit het buitenland is niet altijd optimaal.’

Clustering van zorg

Een ander aspect wat op dit moment speelt en wat zeker van invloed kan zijn op de toegankelijkheid van zorg is het clusteren van zorg. Op dit moment zijn discussies gaande of bepaalde type zorg geclusterd dient te worden binnen een land of zelfs binnen bepaalde lidstaten. De respondenten zijn eigenlijk allemaal van mening dat niet alle zorgvoorzieningen en behandelingen (inter)nationaal geclusterd dienen te worden. Lidstaten willen immers het liefst alle vormen van zorg kunnen aanbieden. Daarnaast geven patiënten aan het liefste dichtbij huis behandeld te worden. Om die redenen lijkt het wenselijk om alleen zeer gespecialiseerde vormen van zorg te clusteren daar waar de kennis en kunde het hoogste is.

Mevr. Van der Meer, KNMG

‘De zorg daar organiseren waar de kennis en kunde het hoogste is zou voor een deel mooi zijn, maar het is ook een beetje een sprookjesbeeld. Er zijn een heleboel mensen die hun zorg dichtbij huis willen halen. Bovendien lukt het ons in Nederland al tot op heden in zeer beperkte mate zorg te clusteren. Voor de toekomst is het denk ik alleen reëel om zeer complexe zorg te clusteren daar waar de kennis en kunde het hoogste is.’

Mevrouw X., kinderarts

‘De zorg moet niet volledig geclusterd worden omdat de zorg voor iedereen goed toegankelijk moet blijven. Wel is het goed om kennis en wetenschap te verenigen. Dit gaat in Nederland nu deels gebeuren. Een goed voorbeeld daarvoor is het centrum voor kinderoncologie. Door kennis en wetenschap te verenigen kan men tot optimale behandelplannen komen.’

Contracteren in andere lidstaten dan de aangrenzende lidstaten

Door internationalisering van de samenleving zien we dat steeds meer Europeanen de grenzen overgaan voor goederen en diensten, maar ook voor vakanties en of eventuele tijdelijke onderkomens. Een stijgende lijn is bijvoorbeeld te zien in het aantal gepensioneerden dat in de wintermaanden aan de Spaanse kust verblijft. Aan de respondenten is gevraagd of zij in spelen op deze ontwikkeling. Uit de interviews blijkt dat zorgverzekeraars daar op dit moment nog voorzichtig mee zijn en dat het uitmaakt hoe hun verzekerdenbestand eruit ziet.

Dhr. Stevens, CZ

'Recentelijk is een belangenvereniging van allochtonen bij ons geweest die vragen stelde over behandelingen in bijvoorbeeld Turkije of Marokko. Veel Turken en Marokkanen die in Nederland wonen gaan vaak terug naar hun land van herkomst voor bijvoorbeeld een vakantie. Gezien het feit dat deze groep mensen daar vaak nog familie heeft wonen, verblijven meestal voor langere tijd in hun land van herkomst. De vraag aan CZ was hoe zij daar in de toekomst mee om willen gaan. Gaan zij daar zorgaanbieders contracteren, zodat de zorg voor deze groep allochtonen ook daar beter toegankelijk wordt. CZ is echter van mening dat er adequaat zorgaanbod is in Nederland en ziet op dit moment onvoldoende aanleiding om in dergelijke landen contracten te sluiten. Dit hangt onder meer samen met de opbouw van hun verzekerdenbestand. CZ heeft relatief weinig allochtonen in haar verzekerdenbestand. Anders is dit bij de zorgverzekeraar Agis. Agis beschikt over een relatief grote allochtonen populatie. Voor hen is dan ook aantrekkelijker om in bijvoorbeeld Turkije of Marokko contracten te sluiten met zorgaanbieders. Ten eerste is de zorg daar veel goedkoper dan in Nederland. Dus vanuit het financiële oogpunt loont het voor hen de moeite om daar contracten te sluiten. Bovendien vinden allochtonen het fijn om door een arts uit hun land van herkomst behandeld te worden. Agis zal hierdoor een ander beleid voeren dan CZ.

Dit blijkt al uit het interview met Mevr. Vermeij. Zij vertelt in het interview het volgende:

'Vanuit Agis hebben wij ook servicekantoren in Turkije, Marokko en Suriname.'

4.5 Deelconclusie

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de vierde en laatste deelvraag, namelijk:

'Hoe kijken de verschillende respondenten aan tegen belemmeringen die op dit moment gelden met betrekking tot grensoverschrijdende zorg en wat zijn volgens hen mogelijke oplossingen?'

Hoewel de respondenten allemaal vanuit een andere discipline afkomstig zijn en derhalve met een wisselende beroepsvisie naar grensoverschrijdende zorg kijken, zijn ze het er allemaal over eens dat grensoverschrijdende zorg een ontwikkeling is die onontkoombaar is gezien de steeds verdere internationalisering van de maatschappij. Tevens zijn de respondenten van mening dat grensoverschrijdende zorg in sommige situaties zeer wenselijk en of noodzakelijk is. Dit is met name het geval in situaties waarin lange wachttijden gelden voor strikt noodzakelijke zorg. Wachten kan in acute situaties immers gezondheidsschade teweeg brengen. Daarnaast lijkt grensoverschrijdende zorg zeer wenselijk te zijn voor patiënten die woonachtig zijn in grensregio's, omdat voor hen de zorginstellingen in het buitenland veelal dichterbij gelegen zijn dan de zorginstellingen in hun eigen land.

Volgens de respondenten gelden op dit moment echter nog een aantal belemmeringen met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Belemmeringen die patiënten ervaren, maar ook belemmeringen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Voor patiënten lijkt allereerst de afstand tot een buitenlandse zorginstelling een belemmerende factor te zijn. Alle respondenten zijn het er over eens dat patiënten het liefst zo dicht mogelijk bij huis behandeld willen worden. Volgens de heer Den Exter is dit echter anders wanneer er in een lidstaat onvoldoende capaciteit beschikbaar is om alle (specialistische) zorg aan te kunnen bieden of wanneer er onvoldoende know-how is over een bepaalde behandeling. Patiënten zullen dan eerder bereid zijn om naar een andere lidstaat af te reizen. Uit het interview met dhr. Olthuis blijkt echter dat patiënten die woonachtig zijn in grensgebieden minder moeite hebben om naar een andere lidstaat af te reizen voor een bepaalde behandeling, omdat voor hen een buitenlandse zorginstelling soms dichterbij gelegen is dan een vergelijkbare Nederlandse zorginstelling.

Desalniettemin is dhr. Stevens van mening dat ook deze groep patiënten uiteindelijk liever in hun eigen land geholpen wil worden, mits zij daar even snel terecht kunnen en de kwaliteit hetzelfde is.

De financiën zijn volgens de respondenten veel minder belemmerend voor patiënten, omdat de Europese lidstaten, middels de Patiëntenrichtlijn en de Verordening, het een en ander

hebben afgestemd omtrent de vergoeding van grensoverschrijdende zorg. Patiënten weten derhalve precies welk deel van de kosten zij vergoed kunnen krijgen van hun zorgverzekeraar en welk deel niet. Volgens de respondenten zou alleen enig onzekerheid over de vergoeding kunnen bestaan wanneer een behandeling in het buitenland duurder is dan in het eigen land of wanneer het buitenland andere regels hanteert voor wat betreft eigen bijdragen en de vergoeding van reis- en verblijfkosten. Deze aspecten worden namelijk niet op Europees niveau vastgesteld en kunnen tussen lidstaten dan ook verschillen. De heer Stevens is van mening dat zorgverzekeraars deze onzekerheden bij patiënten weg kunnen/moeten nemen, door een eenduidig buitenlands beleid te voeren en patiënten te informeren over de hoogte van de vergoedingen.

De heer Den Exter pleit bovendien voor meer eenduidigheid omtrent de vergoeding van reis- en verblijfkosten. Het niet vergoeden van reis- en verblijfkosten is volgens hem in sommige situaties in strijd met het gelijkheidsbeginsel en vormt derhalve een belemmering voor het grensoverschrijdende zorgverkeer.

De respondenten zijn het niet helemaal eens of voor de patiënten die naar het buitenland gaan taalbarrières zijn en voor wie deze dan gelden. Volgens de heer Stevens hebben de Nederlanders die gebruik maken van grensoverschrijdende zorg niet veel last van een taalbarrière, doordat bijna al deze patiënten woonachtig zijn in de grensregio's en derhalve beter bekend zijn met de buitenlandse cultuur en affiniteit hebben met gesproken taal.

Mevrouw Van der Meer stelt echter dat dit anders kan zijn voor mensen die niet woonachtig zijn in een van de grensregio's. Zij zullen meer moeite hebben met de taal die over de grens gesproken wordt, en zullen het verschil in taal daarom meer als een belemmering ervaren. Daar komt bij dat artsen de gesproken en of Engelse taal niet altijd voldoende beheersen. KNMG pleit dan ook voor het opnemen van een taaltoets bij het registratieproces van zorgverleners.

Tot slot lijkt het gebrek aan informatie en de onbekendheid met de buitenlandse gezondheidszorg een belemmerende factor te zijn voor patiënten. Patiënten worden op dit moment nog onvoldoende geholpen bij hun zorgvraag, zo blijkt uit het interview met de heer Olthuis. Artsen informeren patiënten nauwelijks over de mogelijkheden om in een andere lidstaat zorg te consumeren en verwijzen patiënten dan ook maar zeer zelden door naar een buitenlandse zorgaanbieder. De heer Den Exter en mevrouw Van der Meer zijn dan ook van mening dat artsen hier een grotere rol in zouden moeten spelen. Artsen moeten patiënten beter

helpen bij hun zorgvraag, door hen voldoende te informeren over de mogelijkheden en hen in indien wenselijk/noodzakelijk door te verwijzen naar een buitenlandse aanbieder.

Den Exter voegt daaraan toe dat er op dit moment nog onvoldoende consensus is over de wijze en mate van informeren, waardoor conflictstof ontstaat. Hij is dan ook van mening dat lidstaten en zorgverleners betere afspraken moeten maken over de mate en wijze van informed consent.

Om de patiënt beter bij te kunnen staan bij het beantwoorden van hun zorgvraag is het volgens alle respondenten wenselijk en zelfs noodzakelijk dat er een nationaal informatiepunt komt, zoals deze is beoogd in de nieuwe Europese patiëntenrichtlijn.

Uit de interviews blijkt tevens dat er belemmeringen gelden in termen van kwaliteit, toegankelijk en betaalbaarheid met betrekking tot grensoverschrijdende zorg. Middels de Richtlijn Erkenning van de Beroepskwalificaties hebben we in de Europese Unie, in het kader van het vrije verkeer van goederen en diensten, geregeld dat artsen zich in een ander lidstaat kunnen vestigen om daar hun beroep uit te oefenen. Volgens mevrouw Van der Meer en de heer Den Exter is dit enerzijds een wenselijke ontwikkeling, omdat artsen op deze manier kennis en kunde kunnen delen en ervaring op kunnen doen in het buitenland. Anderzijds zijn er volgens hen nog een aantal belemmeringen te zien in het vrije verkeer van artsen, waardoor de kwaliteit op dit moment nog onvoldoende gewaarborgd is en blijft, wanneer artsen zich tussen verschillende lidstaten gaan bewegen. Een mogelijke oorzaak hiervoor is, volgens Den Exter en Van der Meer, de grote verschillen die te zien zijn in de wijze van registratie en de gebrekkige communicatie tussen diverse lidstaten omtrent de beroepsbeoefenaars. Doordat er onvoldoende gecommuniceerd wordt over onder andere het beroepsverleden van artsen, kunnen disfunctionerende artsen op dit moment na uitschrijving in hun eigen lidstaat hun praktijken gewoon voortzetten in andere lidstaten. Om de communicatie tussen de lidstaten te kunnen verbeteren pleit het KNMG voor het verplicht stellen van het digitale communicatiesysteem, het IMI.

Ten tweede lijkt ook de communicatie tussen diverse zorgverleners omtrent de patiënt en het zorgproces de kwaliteit van de zorg te kunnen beïnvloeden. Op dit moment lijkt deze communicatie nog onvoldoende. Dit lijkt met name te komen door taalbarrières en het gebrek aan een goed communicatiemiddel. De heer Den Exter is dan ook van mening dat het Elektronisch Patiëntendossier uitkomst zou kunnen bieden, mits de privacy van patiënten voldoende gewaarborgd is. Mevrouw Van der Meer is echter van mening dat een Elektronisch Patiëntendossier op Europees niveau de komende jaren niet haalbaar is en ziet daar-

om meer in kleine Europese projecten waarin duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de diverse lidstaten en zorgaanbieders.

Ten derde zijn nog belemmeringen te zien bij het contracteren van buitenlandse zorgaanbieders door zorgverzekeraars. De heer Stevens en mevrouw Vermeij geven beide aan dat het lastig is om buitenlandse zorgaanbieders te 'toetsen' op kwaliteit, omdat er nog maar zeer beperkt kwaliteitsparameters/-keurmerken voorhanden zijn.

Tot slot lijken er, ondanks de nieuwe Patiëntenrichtlijn, nog belemmeringen te bestaan in het vrije verkeer van geneesmiddelen. Volgens de respondenten komt dit met name doordat er tussen de lidstaten grote verschillen te zien zijn in de dosering van de medicatie, de inhoud van de bijsluiters en het geneesmiddelen registratiesysteem. Daarnaast blijkt ook de inhoud van de recepten onvoldoende.

De betaalbaarheid van grensoverschrijdende zorg hangt onder meer af van de kwaliteit – en prijsverschillen tussen diverse lidstaten. Wanneer patiënten uit een lidstaat voornamelijk gebruik maken van grensoverschrijdende zorg in de aangrenzende lidstaat, waar de kwaliteit en de prijs van de zorg hoger ligt, dan zal dat voor de lidstaat van aansluiting negatieve gevolgen kunnen hebben met betrekking tot de betaalbaarheid van deze zorg. De heer Den Exter is derhalve van mening dat het in sommige situaties gerechtvaardigd kan zijn om een systeem van voorafgaande toestemming te hanteren. Op die wijze kun je er voor zorgen dat het nationale (financiële) systeem in evenwicht blijft.

De toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg lijkt beïnvloed te kunnen worden door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen volgens CZ de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg vergroten door contracten te sluiten met buitenlandse zorgaanbieders en door eventuele bureaucratische belemmeringen voor patiënten weg te nemen. Den Exter is van mening dat de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg ook beïnvloed wordt door het aantal beschikbare zorgvoorzieningen/behandelingen in een lidstaat en de mate van know-how met betrekking tot bepaalde (specialistische) behandelingen. Hoewel hier verschillen in bestaan tussen diverse lidstaten zijn de respondenten van mening dat niet alle zorgvoorzieningen en behandelingen (inter)nationaal geclusterd moeten te worden. Lidstaten willen immers het liefst alle vormen van zorg kunnen aanbieden en patiënten geven aan het liefste zo dicht mogelijk bij huis behandeld willen worden. Om die redenen is het volgens de respondenten wenselijk om alleen zeer gespecialiseerde vormen van zorg te clusteren daar waar de kennis en kunde het hoogste is.

5 Conclusie en aanbevelingen

In dit afsluitende hoofdstuk wordt een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag van deze scriptie. Deze luidde als volgt:

“ Welke belemmeringen gelden er met betrekking tot grensoverschrijdende zorg en hoe kunnen deze worden opgelost?”

Juridisch gezien gelden er op dit moment nauwelijks belemmeringen voor grensoverschrijdende zorg. De Europese patiëntenrichtlijn, de richtlijn Erkenning van de Beroepskwalificaties en de Europese Verdragen 883/2004 en 987/2009 faciliteren zowel voor patiënten, zorgverleners als zorginstanties het grensoverschrijdende verkeer. Dit betekent echter niet dat er op dit moment geen belemmeringen meer gelden voor grensoverschrijdende zorg. Het werkelijke aantal patiënten wat de grens oversteekt voor zorg is immers nog altijd zeer gering en ook de (onacceptabele) lange wachttijden die Nederland voor sommige behandelingen kent, vormen voor patiënten blijkbaar onvoldoende redenen om elders zorg te gaan consumeren.

Voor patiënten gelden dan ook wel degelijk belemmeringen voor grensoverschrijdende zorg. De meest genoemde belemmering is de afstand tot de buitenlandse zorginstelling. Patiënten geven om diverse redenen aan het liefst zo dicht mogelijk bij huis geholpen te willen worden. Andere veel genoemde belemmeringen zijn: de taalbarrière in de communicatie met zorgverleners, financiële onzekerheden, wantrouwen in zorgverzekeraars, de onbekendheid met het buitenlandse zorgsysteem en tot slot het gebrek aan informatie. De eerste twee genoemde belemmeringen zijn vooral subjectief van aard. Immers voor de patiënten die woonachtig zijn in grensregio's zal de afstand tot de buitenlandse zorginstelling en de vreemde taal minder belemmerend zijn dan voor patiënten die elders in het land woonachtig zijn en derhalve minder bekend zijn met de taal en cultuur van het vreemde land. De overige belemmeringen lijken meer van organisatorische aard. Deze belemmeringen zouden theoretisch gezien op een vrij eenvoudige wijze opgelost kunnen worden, indien zowel zorgverzekeraars als -verleners actiever in zouden spelen op de wensen en behoefte van de patiënt.

Uit dit onderzoek blijkt tevens dat er organisatorische belemmeringen gelden met betrekking tot grensoverschrijdende zorg in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Zo blijkt uit dit onderzoek dat de kwaliteit van de grensoverschrijdende zorg nog onvoldoende gewaarborgd is, doordat er op organisatorisch niveau te grote verschillen bestaan binnen en tussen diverse lidstaten. Systemen sluiten niet goed op elkaar aan en de communicatie

tussen diverse zorgverleners en lidstaten is minimaal.

Tot slot zijn ook op het gebied van 'toegankelijkheid' en 'betaalbaarheid' organisatorische belemmeringen te zien. Grensoverschrijdende zorg is voor sommige lidstaten immers niet betaalbaar doordat er op dit moment te grote prijs- en kwaliteitsverschillen te zien zijn tussen diverse lidstaten. Bovendien lijkt de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg sterk beïnvloed te kunnen worden door het gedrag van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zouden de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg voor patiënten kunnen vergroten door contracten te sluiten met buitenlandse zorgaanbieders en door eventuele bureaucratistische belemmeringen weg te nemen.

Samenvattend kan op basis van dit onderzoek geconcludeerd worden dat het juridisch faciliteren van grensoverschrijdende zorg een grote stap in de goede richting is, maar dat het niet alle belemmeringen voor grensoverschrijdende zorg wegneemt. Naast de afstand tot de buitenlandse zorginstelling en de beperkte bereidheid van patiënten om elders zorg te consumeren, lijken het vooral organisatorische belemmeringen te zijn die patiënten er uiteindelijk van weerhouden om elders zorg te gaan consumeren. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat er nog altijd belemmeringen gelden in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Theoretisch zouden veel van deze belemmeringen op een vrij eenvoudige wijze weggenomen kunnen worden door zorgverzekeraars en –verleners. In de praktijk blijkt echter dat er door deze partijen nauwelijks ingespeeld wordt op de bestaande belemmeringen. Of, en zo ja welke achterliggende redenen hiervoor zijn wordt in dit onderzoek echter niet duidelijk.

5.1 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden twee aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

De eerste aanbeveling wordt gevormd door het idee dat zorgverleners- en -aanbieders nog maar zeer beperkt in spelen op de organisatorische belemmeringen die op dit moment gelden voor grensoverschrijdende zorg. Voor een volgend onderzoek zou het interessant zijn om te onderzoeken of en zo ja welke achterliggende redenen er voor deze partijen zijn voor dit 'terughoudende' gedrag.

Een tweede aanbeveling voor grensoverschrijdende zorg heeft daar ook deels mee te maken. Uit dit onderzoek blijkt immers dat de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg mede beïnvloed wordt door het gedrag van zorgverzekeraars. De ene zorgverzekeraar lijkt meer aandacht te besteden aan de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg dan de andere. In dit onderzoek was bijvoorbeeld te zien dat CZ heel erg actief is in de grensregio's

en daarom veel aandacht besteedt aan de toegang tot zorg in aangrenzende landen. Dit lijkt met name te komen doordat CZ in haar verzekerdenbestand veel mensen heeft die woonachtig zijn in grensregio's. Andere zorgverzekeraars, als Achmea en Agis, lijken zich veel meer te richten op Turkije, Marokko en Suriname, doordat zij in hun verzekerdenbestand meer allochtonen uit die landen hebben.

Voor een volgend onderzoek zou het interessant zijn om meerdere zorgverzekeraars met elkaar op deze punten te vergelijken. Op deze manier kan het gedrag van een zorgverzekeraar met betrekking tot grensoverschrijdende zorg wellicht beter verklaard worden.

6 Discussie

Aan de hand van de veelal gehanteerde criteria van betrouwbaarheid en validiteit wordt deze scriptie geëvalueerd. De sterke en zwakke punten van deze scriptie zullen bij het analyseren van de betrouwbaarheid en de validiteit benoemd worden. Ook zullen er aanbevelingen worden gedaan voor verder onderzoek.

6.1 *Betrouwbaarheid*

Met betrouwbaarheid doelt men op de mate waarin de scriptie consistent en repliceerbaar is. Zoals in hoofdstuk 3 is beschreven zijn er in dit onderzoek verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd. Allereerst is er deskresearch gedaan. Op internet, in vakbladen en boeken is gezocht naar bestaande informatie over grensoverschrijdende zorg. Deze informatie is gelezen, geanalyseerd en vervolgens gebruikt ter onderbouwing van het theoretische kader. De betrouwbaarheid van deze onderzoeksmethode is enerzijds heel hoog, omdat dezelfde literatuur bij een volgend onderzoek opnieuw geraadpleegd kan worden. Anderzijds blijft literatuur gevoelig voor de interpretatie van de onderzoeker. Een volgende onderzoeker zou de literatuur die in dit onderzoek is geraadpleegd wellicht op een andere manier interpreteren dan hier is gedaan. De betrouwbaarheid van de interviews is redelijk goed, omdat alle interviews zijn opgenomen, woord voor woord zijn uitgetypt en vervolgens ter controle naar de respondenten gemaïld. Wel is gebleken dat het verwerken en analyseren van de interviews niet altijd even gemakkelijk is doordat deze heel erg interpretatiegevoelig zijn.

In dit onderzoek is geprobeerd dit zo goed mogelijk in beeld te krijgen door tijdens de interviews zoveel mogelijk door te vragen naar achterliggende belangen, gedachten en visies en door daarnaast bevestigende vragen te stellen.

De repliceerbaarheid van de interviews in dit onderzoek is redelijk goed. Tijdens de interviews is getracht zoveel mogelijk de vooraf vastgestelde topics te hanteren. Dit bleek echter niet altijd eenvoudig doordat de respondenten ieder vanuit een andere beroepsgroep naar de kwestie keken en bovendien allemaal over een ander kennis niveau beschikten. Derhalve was het soms noodzakelijk om de topics iets aan te passen. Het is de vraag in hoeverre een volgende onderzoeker dezelfde resultaten zal verkrijgen, gezien het feit dat een interview een moment opname is en bovendien deels vorm krijgt door de rol van de onderzoeker. Een onderzoeker die minder door vraagt op de antwoorden van de respondenten zal immers minder uitgebreide informatie verkrijgen. Desalniettemin valt te verwachten dat een volgen-

de onderzoeker, indien hij/zij dezelfde setting, topics en respondenten gebruikt, tot gelijksoortige uitkomsten zal komen.

6.2 Validiteit

Het begrip validiteit is onderverdeeld in interne en externe validiteit. Met interne validiteit wordt de geloofwaardigheid van het onderzoek bedoeld. Meet de onderzoeker wat hij/zij wil meten? In dit onderzoek is geprobeerd de geloofwaardigheid van het onderzoek te vergroten door personen te interviewen die al dan niet belang hebben bij grensoverschrijdende zorg. Deze personen zijn zorgvuldig uitgezocht middels 'theoretical sampling'. Doordat de personen ieder uit een andere invalshoek naar grensoverschrijdende zorg kijken, zijn ze complementair aan elkaar. Wil men een kwalitatief onderzoek echt geloofwaardig maken dan is het van belang dat er meerdere personen van iedere belanghebbende partij geïnterviewd worden. In dit onderzoek is dit echter maar in beperkte mate gelukt. Zo zijn er twee verschillende zorgverzekeraars bereid gevonden om mee te werken aan dit onderzoek. Ook voor het perspectief van de patiënt is getracht meerdere personen/organisaties te interviewen. Er is gezocht naar patiënten die ervaring hebben met het consumeren van zorg over de grens of daar onderzoek naar hebben gedaan. Eén patiënt is bereid gevonden om mee te werken aan dit onderzoek. Om toch meer inzicht te kunnen krijgen in de perceptie van de patiënt op grensoverschrijdende zorg is de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie benaderd. Spijtig genoeg was deze Federatie niet bereid om mee te werken aan dit onderzoek.

Voor het perspectief van artsen is gezocht naar artsen die werkzaam zijn in een van de grensregio's en ervaring hebben met grensoverschrijdend zorgverkeer. Naar meerdere telefoontjes gepleegd te hebben naar zorginstellingen in Zuid-Limburg bleek het lastig te zijn om artsen te vinden die bereid zijn mee te werken aan dit onderzoek. Gelet op de tijd die voor deze bachelorscriptie stond is er derhalve uiteindelijk voor gekozen om de kinderarts uit Amsterdam te interviewen.

De interne validiteit van dit onderzoek is door het beperkt aantal respondenten discutabel.

De externe validiteit heeft te maken met de mate van generaliseerbaarheid van het onderzoek. Ondanks het feit dat de personen die geïnterviewd zijn ieder vanuit een andere discipline afkomstig zijn en derhalve met een andere perceptie naar grensoverschrijdende zorg kijken, zijn er toch veel overeenkomsten gevonden in de antwoorden van de respondenten.

De respondenten kaartten over het algemeen dezelfde belemmeringen aan, wat duidt op een redelijke mate van generaliseerbaarheid.

7 Literatuurlijst

Alles over Marktonderzoek, 2012. *Onderzoeksmethoden* [Internet]. Alles over Marktonderzoek, 2012 [20-04-2012] bereikbaar op: www.allesovermarktonderzoek.nl

Brouwer et al. 2002. 'Grenzeloos informeren'. *Medisch Contact* 39, (25 september 2002)

Brouwer et al. 2002. 'Grensoverschrijdende zorg niet in trek'. *Economische Statistische Berichten (STB)* (87/nr. 4342) 11 januari 2002: 30

Brouwer et al. 2003. 'Should I stay or should I go?' *Health Policy* (63) 2003:289-298

Busch, M.C.M. 2005. *Welke normen zijn er voor aanvaardbare wachttijden in de zorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid* [Internet] RIVM 26 september 2005 [20-09-2012] bereikbaar op: <http://www.nationaalkompas.nl/Nationaal Kompas Volksgezondheid/Zorg/Sectoroverstijgend, 26 september 2005>.

CIBG. *Zorgverleners* [Internet] CIBG [30-06-2012] bereikbaar op: www.bigregister.nl

Dooper, M. 2010. 'Voorschrijfgedrag Antibiotica ingewikkeld krachtenspel'. *Radbode* 36, (15):5

Erasmus. 2012. *Sneeuwbal methode* [Internet] Erasmus Universiteit, 2012 [10-05-2012] bereikbaar op: www.eur.nl

(Europese Unie). 2010. Samenvatting stelsel voor de erkenning van de beroepskwalificaties [Internet] 19-01-2010 [27 april 2012] bereikbaar op: <http://europa.eu>

Evers et al. 2001. 'Integrated care accross borders: possibilities and complexities'. *International Journal of Integrated Care*. (1) september 2001:1-7

Friele et al. 2001. 'Wachten duurt lang (waiting takes long)'. *Medisch Contact* 2001;56 (14):542.

Hendriks, A en Van der Meer, H. 2011. 'Europese zwarte lijst de oplossing?: Slechte artsen wijken uit naar het buitenland' *Arts in spe*. (05-2011): 38-39

Herbert & Hermans. 2000. 'Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of 'Decker and Kohll'. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (6) 13 maart 2000:431-439

HvJ EG 28 april 1998, zaak C-120/95, Decker, Jur. 1998

HvJ EG 29 april 1998, zaak C-158/96, *Kohll*, Jur. 1998

HvJ EG 12 juli 2001, zaak C-157/99, *Geraets-Smits en Peerbooms*, Jur.

HvJ EG 12 juli 2001, zaak C-368/98, Verbraekel, Jur. 2001

HvJ EG 16 mei 2006, zaak C-372/04, *Watts*, Jur. 2006

(ICER). 2001. *Advies arrest Smits en Peerbooms (C-157/99)* [Internet] ICER, 2 oktober 2009 [07-05-2012]. Bereikbaar op: www.minbuza.nl

Leijten en Bakker. 2012. *Onderzoek wachttijden in ziekenhuizen*. [Internet] SP september 2012 [20-09-2012] bereikbaar op: http://www.sp.nl/service/rapport/120905_Rapport_Wachttijsten.pdf

Lemstra et al. 2009. *En waar was de patiënt*. [Internet] Commissie Lemstra 01-09-2009 [20-07-2012] bereikbaar op: www.mst.nl

Legido-Quigley et al. 2011. 'Cross-border healthcare in Europe: clarifying patients' rights.' *BJM* (342) 12 februari 2011: 364-367

Loermans, M en Jong, J. de. 2008. *Veel mensen zijn bereid om voor zorg naar het Buitenland te gaan (samenvatting)* [internet] NIVEL, 2008 [10-06-2012] bereikbaar op: www.nivel.nl

Mei, A.P. van der. 2011. 'Zorg over de grens: de arresten Commissie/Frankrijk en Elchinov' *Nederlands tijdschrift voor Europees recht (NtEr)* 3 (april 2011):88-94

Mortelmans, D. 2007. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethode* Leuven/Den Haag: Acco. [2007]

Neth-ER. 2011. *EC wil erkenning beroepskwalificaties moderniseren* [Internet] Neth-ER, 21-

12-2011 [30 mei 2012] Bereikbaar op: www.neth-er.eu

Nieuwenhuijzen Kruseman, A.C. 2011. Brief aan Minister VWS: *Suggesties KNMG ter verbetering uitwisseling bevoegdheidsbeperkingen beroepsbeoefenaren in Europees verband* [Internet] KNMG, 15-03-2011 [30-07-2012] Bereikbaar op: www.knmg.artsennet.nl

Nuffic.2012. *Gereguleerde beroepen en bevoegde autoriteiten* [Internet] Nuffic, 29-06-2012 [aangehaald op] bereikbaar op: www.nuffic.nl

Patiëntenrichtlijn, overweging 30 van de preambule

Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg, Pb. EU 2011, L 88/45.

Richtlijn 2005/36/EG Betreffende de erkenning van beroepskwalificaties Pb. EU 2005, L255/22

Roermund, S van. 2008. *Wordt het toestemmingsvereiste nog steeds gehanteerd en hoe wordt het vormgegeven?* [Internet] 03 september 2008 [04-01-2012] Bereikbaar op <http://oathesis.eur.nl>

(RVZ). 2000. *Het Nederlandse gezondheidsstelsel in Europa: een economische verkenning* [internet] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg , 11 januari 2000 [06-06-2012] Bereikbaar op: www.rvz.net/publicaties/bekijk/europa-en-de-gezondheidszorg

Sauter, W. 2009. 'Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg'. *Nederlands tijdschrift voor Europees recht* (NtEr) 1(Februari 2009): 2-7

Schnabel et al. 2010. 'Autozorg: mobiele zorgvrager gaat zijn eigen weg' In: Schnabel et al. *Europa en de Nederlandse zorgverzekering*. 80-96 SKGZ

Shenfield et al. 2010. 'Cross border reproductive care in six European countries' *Human reproduction* (volume 25, nr. 6) 26 maart 2010:1361-1368.

Staatssecretaris van Buitenlandse zaken. 2008. *Nieuwe Commissievoorstellen en initiatieven van de lidstaten van de Europese Unie (Kamerstuk 22 112 nr. 677)* [Internet] 3 september 2008 [26-06-2012] bereikbaar op:www.parlement.com

The Gallup Organisation, 2007. 'Cross-border health services in Europe'. *Flash Eurobaro-*

meter 210 (2007):1-42

Thesaurus Zorg en Welzijn.2012. *Begrippenlijst* [Internet] 2012 [04-05-2012] Bereikbaar op: www.thesauruszorgenwelzijn.nl

Twynstra Gudda. 2007. *Begrippenlijst* [Internet] 2007 [04-05-2012] Bereikbaar op: www.facana.nl

Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Pb. 51, C115: 47-1999

Verordening (EG) Nr. 883/2004 ,L166

Verordening (EG) Nr. 987/2009, L.285

VGZ. 2012. *Zorg in het Buitenland* [Internet] VGZ, 2012 [6 mei 2012] Bereikbaar op: www.vgz.nl/vergoedingen/buitenland

Vissers, N en Smolders, D. 2012. *Verordening* [Internet] Europese Unie, 2011 [november 2011] bereikbaar op: www.europa-nu.nl

Vissers, N en Smolders, D. 2012. *Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU)* [Internet] Europese Unie, 2011 [november 2011] bereikbaar op: www.europa-nu.nl

Vries, S.A. 2011. 'De Europese Patiëntenrichtlijn: van *privileges* naar *rechten* voor alle patiënten in Europa?' *Nederlands tijdschrift Europees recht (NtEr)* 7 (september 2011):215-224

Wismar et al. 2011. *Cross-border health care in the European Union: Mapping and analysing practices and policies* [Internet] WHO, 2011 [20 april 2012] bereikbaar op: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_210_en.pdf

Woorden-boek.nl

(Zilveren Kruis Achmea) 2012. *Voorbeeld E-112 Formulier* [Internet] Zilveren Kruis Achmea, 2012 [15 augustus 2012] bereikbaar op: www.zilverenkruis.nl