



INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

## RECHT VAN NEDERLANDSE BURGER OP ZORG OVER DE GRENS

Dr. Y.W. van Kemenade

*Yvonne van Kemenade is adviseur bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Daarnaast heeft zij een onderzoeks- & adviesbureau in de gezondheidszorg te Zwijndrecht.*

In de kabinetsvoorstellen betreffende het gezondheidszorgbeleid de komende jaren wordt veel aandacht besteed aan internationale aangelegenheden. Met de totstandkoming van de Europese Unie, inclusief de strikte regelgeving omtrent mededinging, is de markt van producten voor gezondheid en zorg al enige tijd een Europese aangelegenheid geworden. Zo vindt besluitvorming rond toelating van farmaceutische producten en over veiligheid van voedingsmiddelen en non food consumentenartikelen vooral in Brussel plaats, met dwingende regelgeving voor alle lidstaten. De organisatie en financiering van zorg behoren nadrukkelijk tot de competentie van de lid-staten, behalve wanneer het Verdrag van Maastricht daartoe noopt, zoals bijvoorbeeld over kwesties rond mededinging (VWS, Gezond en Wel, maart 1995;47). Toch kunnen er bepaalde spanningen ontstaan tussen de Europese en de nationale regelgeving. Waarschijnlijk zal in de toekomst steeds meer sprake zijn van grensoverschrijdend patiëntenverkeer.

### VERZEKERINGSWETGEVING

De laatste jaren bestaat er steeds meer onduidelijkheid over de mogelijke rechten van patiënten op behandeling in het buitenland. Bij recht op behandeling in het buitenland kan een onderscheid wor-

den gemaakt in zorg in de volgende situaties: in de grensgebieden, acute zorg, vakantie en zorg die in Nederland niet wordt toegewezen. Over het recht op zorg in de grensgebieden, acute zorg en vakantie zijn veelal samenwerkingsafspraken gemaakt of bestaan uitzonderingen in de verzekeringswetgeving. Dit artikel beperkt zich tot de laatste categorie, omdat hier juist die onduidelijkheid bestaat over het recht op zorg over de grens.

Uit de jurisprudentie blijkt dat het recht op zorg over de grens door de verschillende rechters op andere wijze worden geïnterpreteerd. Voor hulp van een patiënt in het buitenland is geen eenduidige uitspraak te doen. De interpretaties kunnen per rechtelijk college bovendien nog sterk verschillen. De toegang tot de

om over te gaan tot een, voor dit soort gevallen meer eenduidige omschrijving van het recht op zorg over de grens, een wettelijke regeling.

De rechten verschillen naar de aard van de regeling waarop de patiënt zijn afspraken baseert: particuliere polissen en de verplichte verzekering (ZFW en AWBZ).

Voor de *particulier verzekerden* gelden in de eerste plaats de polisvoorwaarden als basis voor hun recht op behandeling. Deze polisvoorwaarden kunnen per verzekeraar verschillen en de verzekeraars hebben hierin onder bepaalde voorwaarden (bijv. als de zorg in Nederland niet tijdig beschikbaar is wegens capaciteitsproblemen) de mogelijkheid van het ondergaan van een medische behandeling in het buitenland, opgenomen.

### STEEDS MEER ONDUIDELIJKHEID OVER RECHTEN OP BEHANDELING IN BUITENLAND

gezondheidszorgvoorzieningen in het buitenland is mede door de interpretatie die de rechters aan de begrippen 'redelijke termijn' en 'noodzakelijke spoedbehandeling' hebben gegeven, zeker niet vergroot. Er bestaan geen pasklare en standaardoplossingen voor alle gevolgen van het grensoverschrijdend verkeer binnen de Europese Unie. Steeds zal van geval tot geval moeten worden bekeken of en in welke mate aan de uitgangspunten in Europese en nationale wetgeving is voldaan. De jurisprudentie maakt duidelijk dat de uitkomsten van procedures soms zeer tegenstrijdig zijn of lijken te zijn. De rechtsonzekerheid is groot, hetgeen een reden kan zijn voor de overheid

Een particuliere verzekeraar weigerde de kosten te betalen van een harttransplantatie en beriep zich daarbij op de polisvoorwaarden. Hierin was bepaald dat alleen wordt betaald voor ingrepen in een Nederlands ziekenhuis. De Nederlandse specialisten hadden op medische gronden geweigerd de behandeling uit te voeren. De specialisten in het Belgische ziekenhuis Aalst verwachtten wel dat de behandeling succesvol kon verlopen. De verzekeraar werd in het ongelijk gesteld, omdat in de polisvoorwaarden is opgenomen dat wordt beoogd het verstrekkingspakket aan particulieren zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de Ziekenfondswet (artikel 9, lid 4 ZFW),

waarin de mogelijkheid is opgenomen om, indien nodig, een behandeling in het buitenland te vergoeden. De verzekeraar heeft hoger beroep ingesteld.

In de *Ziekenfondswet* staat vermeld dat artikel 9, lid 4 ZFW niet mag leiden tot een uitbreiding van het pakket.

Harttransplantatie behoort tot het verstrekkingspakket van het ziekenfonds. Een honorering van harttransplantatie in België zou dus niet leiden tot een uitbreiding van het ziekenfondspakket.

Een ander voorbeeld betreft de rechtszaak over de *Immuun-therapie in GIT-centrum Duitsland*, hetgeen niet gebruikelijk werd geacht in de kring der beroepsgenoten en derhalve geen verstrekking was. Ingevolge nationaal recht is er dus ook geen aanspraak.

De *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* kent een soortgelijke regeling als in de ZFW (artikel 10, lid 2 AWBZ). Artikel 10, lid 4 AWBZ (in 1990) geeft ziekenfondsen bevoegdheid hun cliënten toestemming te verlenen zich, voor het geldend maken van hun aanspraak op een verstrekking, te wenden tot een andere instelling binnen of buiten Nederland dan gevestigd in zijn woonplaats of naaste omgeving daarvan, indien zulks voor een hem te verlenen verstrekking *nodig* is. In combinatie met de EEG-Verordening 1408/71 moet onder 'nodig' worden verstaan dat er een medische noodzaak aanwezig moet zijn en de zorg niet binnen de gebruikelijke termijn in Nederland kan worden aangeboden.

*Een patiënte die al jaren onder behandeling was bij het RIAGG verzocht het ziekenfonds om in Duitsland in een psycho-somatische kliniek een behandeling te mogen ondergaan. Het ziekenfonds weigerde omdat deze psycho-somatische hulp afdoende en in voldoende mate in Nederland beschikbaar was.*

Door de behandelend psychiater is de noodzaak voldoende aannemelijk gemaakt. Van toepassing is artikel 22, lid 2 van de EEG-Verordening 1408/71, waarin wordt bepaald dat voor zover van belang die toestemming niet mag worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling de verzekerde, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, niet kan worden gegeven binnen de termijn, die gewoonlijk nodig is voor die behandeling in de lid-staat waar de verzekerde woont. De rechtbank oordeelde dat het ziekenfonds onvoldoende ruimte had geboden

voor een beoordeling van de noodzaak van de gevraagde verstrekking in het individuele geval. Toestemming mag niet worden geweigerd op basis van artikel 22, lid 2 van de EEG-verordening 1408/71, omdat de behandeling aan de verzekerde niet binnen de *gebruikelijke termijn* kan worden gegeven. De noodzakelijkheid van de verstrekking werd voldoende aannemelijk gemaakt door de behandelend psychiater.

#### PLANNINGSWETGEVING

In het algemeen wordt gedacht dat de gezondheidszorg een zaak is van nationaal beleid en geen onderdeel vormt van de gemeenschappelijke doelstellingen van de Europese Unie. Lid-staten van de Europese Unie hebben in principe de bevoegdheid hun gezondheidszorgstelsel

handelsbeperking in zich dragen. Gezien het doel van artikel 18 WZV (dat niet ligt in de beperking van de invoer als zodanig maar in kostenbeheersing, concentratie, stimulering, handhaving van de kwaliteit en de noodzaak van een landelijke planning) is het niet goed vol te houden dat de Nederlandse wetgeving in strijd zou zijn met de Europese. De WZV streeft er naar dat de gezondheidszorgvoorzieningen zijn afgestemd op de zorg die is vereist. Zorginhoudelijke motieven gaan duidelijk voor op meer economisch gerichte motieven. Sommige juristen zijn echter van mening dat de topklinische zorg een zodanige economische verstrekking is, dat deze wel onder het bereik van artikel 30 EG-Verdrag valt.

De centrale vraag die rijst is, hoe legitiem de Nederlandse budgettaire beperkingen

#### STEEDS MEER GRENSOVERSCHRIJDEND PATIENTENVERKEER

zo in te richten als hun goed dunkt, zij het dat aan bepaalde randvoorwaarden dient te worden voldaan. Dit uitgangspunt sluit aan bij het subsidiariteitsbeginsel op Europees niveau. Dat betekent dat de Europese Gemeenschap pas optreedt wanneer de doelstellingen die men met het optreden heeft, niet voldoende door de lid-staten kunnen worden verwezenlijkt.

Een nationaal stelsel is echter niet geheel aan de werking van het EG-recht onttrokken. Spanningen ontstaan vanwege de doorwerking van de algemene rechtsbeginselen van Europees recht in de nationale rechtsorde. Een van de basis-rechtsbeginselen is het non-discriminatiebeginsel. Dit betekent bijvoorbeeld voor instellingen in de gezondheidszorg dat geen ongerechtvaardigde belemmeringen mogen worden geschapen bijvoorbeeld bij de bouw en plaatsing van kostbare apparatuur. Bij een conflict tussen nationale en internationale regelgeving gaat het Gemeenschapsrecht voor. Volgens artikel 30 EG Verdrag bestaat er een vrij verkeer van goederen. Uitzondering op deze regel vormt artikel 36 EG Verdrag waarin de bescherming van de gezondheid en het leven door middel van controlemaatregelen wordt genoemd en de dringende behoefte in verband met een nationaal belang.

De nationale regulering van topklinische zorg (artikel 18 WZV) kan elementen van

in de gezondheidszorg zijn. Het toekennen van rechten buiten dit stelsel om betekent een doorkruising van dit nationale planningssysteem en de verdeling van de schaarse middelen en daarmee de mogelijkheid tot een rechtvaardige verdeling van middelen en voorzieningen in relatie tot kostenbeheersing in de Nederlandse gezondheidszorg.

De vraag is in hoeverre kan worden geoordeeld op basis van medische of zorginhoudelijke argumenten (jurisprudentie) en (nationale) budgettaire mogelijkheden buiten beschouwing kunnen worden gehouden.

Ook kan er de komende jaren een spanning ontstaan tussen de in Nederland gemaakte keuzen in het pakket (die niet alleen op medische gronden berusten) en de visie daarop van de ons omringende landen. De selectiecriteria in Nederland ten aanzien van voorzieningen staat hierbij ter discussie. Een voorbeeld is de prenatale diagnostiek waar in Nederland een leeftijdsgrens van 36 jaar wordt gehanteerd. Deze vraagstukken zullen in de toekomst van groot belang zijn indien wordt overgegaan tot pakketverkleining. De grote discrepanties die internationaal bestaan tussen geaccepteerde behandelingen, indicatiestellingen en selectiecriteria zouden aanleiding kunnen zijn tot discussie op macro-niveau. ♦