

Grensoverschrijdende zorg in de euregio's

Mogelijkheden, ontwikkelingen en afspraken

S.G. Weekers en Y.W. van Kemenade

Over de grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van gezondheidszorg wordt veel gesproken. De suggestie wordt gewekt dat hierin verregaande vorderingen zijn geboekt en dat in de grensgebieden samenwerkingsafspraken zijn gemaakt die buiten de reguliere regelgeving vallen. In dit artikel wordt ingegaan op de mogelijkheden, de ontwikkelingen en bestaande afspraken op het gebied van grensoverschrijdende zorg.

DE TOTSTANDKOMING van een interne markt in Europa met vrij verkeer van goederen, diensten, personen en kapitaal binnen de grenzen van de Europese Unie is van invloed op het nationale gezondheidszorgbeleid van alle lidstaten. Vanwege het openen van de grenzen zal er zeer waarschijnlijk meer vraag komen naar grensoverschrijdend patiëntenverkeer. Verwacht wordt dat de behoefte aan zorg over de grens vooral groot zal zijn bij de bewoners in de grensstreken. Onder grensoverschrijdende zorg wordt hier verstaan: de vraag naar zorg in andere EU-lidstaten dan het land waar de persoon in kwestie verzekerd is. Verschillen in de toegankelijkheid tot of de capaciteit van zorgvoorzieningen of in de tarieven per land voor consumenten of verzekeraars kunnen een stimulans vormen om deze voorzieningen buiten het eigen land te zoeken. Deze ontwikkelingen kunnen consequenties hebben voor de capaciteit en financiën aan beide zijden van de grens. De overheid heeft blijk gegeven van haar intentie om te werken aan het wegnemen van de belemmeringen voor grensoverschrijdende zorg. Dit blijkt onder andere uit een aanbeveling voor een experiment in het kader van grensoverschrijdende zorg in de Euregio Maas-Rijn.¹

Regelgeving

De structuur en de regelgeving op het

gebied van de gezondheidszorg worden per land bepaald. De plannings- (Wet Ziekenhuisvoorzieningen), verzekerings- (Ziekenfondswet/Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en prijsregeling (Wet Tarieven Gezondheidszorg) zijn vooral gericht op het verlenen van gezondheidszorg aan de eigen inwoners. Alleen in de verzekeringswetgeving zijn uitzonderingen opgenomen voor zorg in het buitenland.

Planningsregelgeving

Binnen de planningswetgeving (WZV) zijn geen speciale regelingen opgenomen in het kader van de verzorging van andere dan Nederlandse patiënten. Bij de planningsnormen worden alleen Nederlandse inwoners meegeteld. Dit geldt ook voor zorginstellingen in de grensstreken.

Verzekeringsregelgeving

In Nederland, Duitsland en België biedt de verzekeringsregelgeving wel de mogelijkheid aan de verzekerden uit dat land om in een ander land van de EU zorg te verkrijgen. Deze nationale regelingen zijn een uitwerking van EG-Verordening 1408/71. Deze verordening biedt de volgende mogelijkheden voor grensoverschrijdend patiëntenverkeer:

- grensarbeiders die wonen in de grensgebieden hebben recht op verstrekkingen in zowel het woonland als in het werkland (E106);
- verzekerden die acute zorg nodig hebben bij een tijdelijk verblijf in het buitenland, hebben recht op verstrekkingen volgens de in dat land geldende wettelijke regelingen (E111);
- verzekerden kunnen vooraf toestemming krijgen van de ziektekostenverzekeraar om naar een andere lidstaat te reizen voor een behandeling, mits die behandeling deel uitmaakt van het eigen verstrekkingenpakket en niet binnen de gebruikelijke termijn in het land waar iemand verzekerd is kan worden gegeven (E112).

Er bestaan dus slechts in bepaalde gevallen mogelijkheden om grensoverschrijdende zorg te ontvangen. Voor

grenslandbewoners die geen grensarbeider zijn, gelden dezelfde rechten als voor alle andere inwoners van Nederland, terwijl de zorg in een buurland dichterbij kan zijn.

In het kader van de Ziekenfondswet (artikel 9, lid 4) kan een verzekerde toestemming krijgen voor hulp in het buitenland, wanneer het noodzakelijk is dat hij of zij de hulp daar verkrijgt. Dit artikel wordt aangevuld met de 'Regeling voor hulp in het buitenland ziekenfondsverzekering' (1988), die het onmogelijk maakt om voor verstrekkingen die buiten het reguliere ziekenfondspakket vallen naar het buitenland te gaan. EG-verordening 1408/71 ligt ten grondslag aan de regeling in de Ziekenfondswet. De AWBZ heeft een soortgelijke regeling voor grensoverschrijdende zorg als de Ziekenfondswet. De particulier verzekerden hebben recht op zorg zoals beschreven de betreffende polis.²

Prijsregelgeving

In het kader van de grensoverschrijdende zorg is in de Wet Tarieven Gezondheidszorg niets geregeld. Bij de vaststelling van de tarieven wordt geen rekening gehouden met de hoogte van de tarieven in de buurlanden. Voor gelijksoortige zorg gelden verschillende tarieven in de drie betreffende landen.

Gezondheidszorgstelsels

Naast de reeds genoemde juridische belemmeringen ontstaan er knelpunten bij grensoverschrijdende zorg in de euregio's, doordat de drie gezondheidszorgstelsels onderling verschillen (zie *overzicht 1*).

In Nederland is de huisarts de poortwachter als het gaat om de toegang tot de tweedelijnszorg, terwijl in België en Duitsland de patiënt direct een specialist kan raadplegen. De dure tweede lijn is in de buurlanden dus aanmerkelijk gemakkelijker te bereiken. Nederland kampt daarnaast met lange wachttijden voor bepaalde vormen van (topklinische) zorg. De capaciteit is vaak niet toereikend. In België en Duitsland is over het algemeen meer zorgcapaciteit, waar- **■**

door de wachttijden veelal korter zijn. Tevens speelt het verschil in verzekeringsdekking een rol bij het grensoverschrijdende patiëntenverkeer. Zorg die in eigen land niet tot het verstrekkingenpakket behoort, komt niet in aanmerking voor vergoeding in het buitenland. De vergoedingsproblemen worden versterkt doordat er verschillende eigen bijdragen gelden in de drie landen. In België wordt voor praktisch elke behandeling een eigen bijdrage gevraagd. De vraag is wie die bijdrage moet betalen wanneer een buitenlander zorg verkrijgt in België. Ten slotte zijn er verschillen in de prijsstelling. De verpleegdagtarieven zijn bijvoorbeeld in Nederland aanzienlijk hoger dan in België en Duitsland, omdat de investeringskosten in Nederland hierin worden doorberekend. De vergoedingswijze van de artsen kan een rol spelen bij de behandeling van buitenlandse patiënten. Zo worden in België bijvoorbeeld zowel de huisartsen als de specialisten per verrichting betaald. Ook de vaststelling van

het ziekenhuisbudget verschilt per land.

Euregio's

De grensstreken tussen Nederland en België en Nederland en Duitsland zijn onderverdeeld in euregio's. Euregio's zijn institutionele samenwerkingsverbanden tussen aangrenzende EU-lidstaten. Er zijn zeven euregio's in Nederland: Eems Dollard Regio, Euregio Rijn-Ems-IJssel, Euregio Rijn-Waal, Euregio Rijn-Maas-Noord, Euregio Maas-Rijn, Benelux-Middengebied en Euregio Scheldemond.

De activiteiten van deze euregio's richten zich voornamelijk op het stimuleren van grensoverschrijdende samenwerking, onder andere op het gebied van toerisme, economie en cultuur. Samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg is echter pas sinds korte tijd onderwerp van aandacht. Via Interregsubsidies van de Europese Commissie krijgen de euregio's de kans om experimenten op te zetten op allerlei vlakken.

Binnen de euregio's worden overeenkomsten getekend in het kader van de samenwerking om de belemmeringen voor grensoverschrijdende zorg voor grenslandbewoners te beperken. Grofweg zijn er intenties tot samenwerking op het gebied van vijf verschillende zorgsoorten: topzorg in ziekenhuizen, dagbehandelingen, revalidatiezorg, ouderenzorg en ambulancevervoer. In *overzicht 2* worden de samenwerkingsafspraken en/of plannen tot samenwerking per euregio schematisch weergegeven. Het kan gaan om plannen in de richting van een toekomstige samenwerking, maar ook om reeds geformaliseerde afspraken. Voor de topzorg in ziekenhuizen gelden reeds twee geformaliseerde afspraken. In deze geformaliseerde afspraken, vaak overeenkomsten of protocollen, worden de voorwaarden geregeld voor bepaalde behandelingen in het buitenland voor verzekerden uit bepaalde grensstreken. De samenwerking op het gebied van dagbehandelingen is

Overzicht 1. Vergelijking gezondheidszorgstelsels op grensoverschrijdende (knel)punten.

Kenmerken	Nederland	België	Duitsland
Poortwachter	Huisarts	Huisarts of vrijgevestigde specialist	Huisarts of vrijgevestigde specialist
Specialistische zorg	Polikliniek ziekenhuis	Vrijgevestigde specialist in eigen praktijk of in polikliniek	Vrijgevestigde specialist in eigen praktijk en in loondienst
Positie artsen	Huisarts is vrijgevestigd, medisch specialist zit in ziekenhuis (80% daarvan is zelfstandig en 20% is in loondienst)	Huisarts is vrijgevestigd. Er is een ruim aanbod van specialisten die een privé praktijk hebben of in een polikliniek of ziekenhuis werken	Huisarts is vrijgevestigd. Vrijgevestigde specialisten zijn zelfstandig en specialisten in ziekenhuizen zijn allemaal in loondienst
PLANNING			
Wachttijsten	Voornamelijk wachttijsten voor cardiologie, orthopedie en oogheelkunde	Beschikbare zorgcapaciteit veel groter dan in Nederland, geen wachttijsten	Beschikbare zorgcapaciteit veel groter dan in Nederland, minder wachttijsten
VERZEKERINGEN			
Structuur	62% verplicht verzekerd in ziekenfonds, 31% particulier en 7% ambtenaren-verzekering. Ook verzekering onverzekerbare risico's (AWBZ)	Iedereen is verplicht verzekerd, gesplitst in een algemeen stelsel (85%) en een stelsel voor zelfstandigen (15%)	92% is verplicht verzekerd (Krankenversicherung) en 8% is particulier verzekerd (mensen met hogere inkomens). Ook Pflegeversicherung mogelijk sinds kort
Verstrekkingen	Ziekenfonds biedt uitgebreid pakket, particuliere verzekeraars bieden veel keuze in poli's	Het algemene stelsel dekt zowel de grote als de kleine risico's. Het stelsel voor zelfstandigen dekt alleen de grote risico's	Verplichte verzekering biedt een uitgebreid pakket met ook financiële verstrekkingen op het gebied van inkomensderving
Eigen bijdragen	Worden amper gevraagd en hebben strikte maxima, wel relevant bij AWBZ-voorzieningen	Worden voor bijna alle voorzieningen geheven, aanvullende verzekering mogelijk	Voor tandtechnische verstrekkingen en voor medicijnen
PRIJS			
Vergoeding artsen	Een huisarts krijgt een abonnement per jaar voor een ziekenfonds-patiënt en een betaling per verrichting voor een particuliere patiënt. Een zelfstandige specialist krijgt betaald per verrichting	Zowel de specialisten als de huisartsen krijgen voor alle patiënten per verrichting betaald	Specialisten in ziekenhuizen krijgen een salaris. Vrijgevestigde artsen krijgen vanaf 1996 honorering volgens vaste bedragen plus een vergoeding per verrichting voor kostbare technische voorzieningen
Ziekenhuisbudget	Functiegerichte budgettering. Verschil tussen algemene en academische ziekenhuizen	Globaal budget en vergoeding per verpleegdag	Uitgavenplafond
Verpleegdagtarief	Redelijk hoog, investeringskosten zijn in tarieven doorberekend	Lager, geen investeringskosten meegerekend	Lager, geen investeringskosten meegerekend.

nog nergens concreet ingevoerd, er liggen slechts plannen op tafel. Revalidatieoorden in Nederland helpen veel patiënten uit de buurlanden. Er is hier geen sprake van geformaliseerde samenwerkingsverbanden met Duitse verzekeraars, maar van een soepele toepassing van EG-Verordening 1408/71. Tot concrete oplossingen op het gebied van grensoverschrijdende ouderenzorg is het nog niet gekomen, maar er zijn wel al plannen in ontwikkeling. In het kader van het grensoverschrijdend ambulancevervoer zijn er binnen de uiteenlopende euregio's al diverse geformaliseerde afspraken omtrent adherentiegebieden en betalingen.

Grensoverschrijdende samenwerking kan voor verschillende partijen in de gezondheidszorg voordelig zijn. Deze mogelijke win-winsituatie is dan ook vaak de reden waarom zorgaanbieders en zorgverzekeraars initiatieven ontplooiën om tot samenwerking over de grenzen heen te komen. Voor zorgaanbieders kan samenwerking kostenbesparingen opleveren door gezamenlijke aanschaffingen en een betere benutting van productiemiddelen en laboratoria. Ook kunnen zorgaanbieders informatie uitwisselen over bepaalde zaken en vakken en deskundigheid vergroten door de uitwisseling van personeel. Dit kan leiden tot

een versterking van de marktpositie van een zorgaanbieder/ziekenhuis. Voor verzekeraars kan grensoverschrijdende samenwerking voordelig zijn in de zin van het bieden van een extra service naar de patiënten toe. De concurrentiepositie van de verzekeraar zal worden versterkt indien op korte termijn zorg kan worden aangeboden. Ook kan grensoverschrijdende zorg leiden tot kostenbesparingen voor de verzekeraar; in België en Duitsland worden immers de investeringskosten niet meegerekend in de verpleegdagarieven. Voor de patiënt zal een samenwerking over de landsgrenzen heen over het algemeen een betere en snellere service betekenen.

Knelpunten en oplossingen grensoverschrijdende zorg

De hiervoor genoemde samenwerkingsafspraken en plannen voor samenwerking lopen niet altijd in lijn met de vigerende regelgeving. In een aantal euregio's zijn mogelijkheden aangedragen om de grensoverschrijdende samenwerking te verruimen. In *overzicht 3* staan deze mogelijkheden per zorgsoort op een rij tezamen met de knelpunten. Het gesloten systeem van gezondheidszorgregelgeving in Nederland brengt duidelijk knelpunten met zich mee voor grensoverschrijdende zorg. Deze knel-

punten werden hiervóór reeds beschreven.

Momenteel worden de meeste behandelingen (van veelal grensarbeiders) in een buurland verrekend met de zogenaamde E-formulieren volgens EG-Verordening 1408/71. E111 (tijdelijk verblijf) en E112 (zorg met toestemming van het ziekenfonds) zijn veelgebruikte formulieren voor mensen die willen worden geholpen aan de andere zijde van de grens.

Beschouwing

Gezien de eenwording van Europa en het vrije verkeer van goederen, personen, diensten en kapitaal wordt de opening van de grenzen voor gezondheidszorg ter discussie gesteld. Ook minister Borst stemt in beginsel in met het streven om de belemmeringen voor grensoverschrijdende zorg weg te nemen.

Wanneer nu wordt gekeken naar de wenselijkheid van een vrij(er) verkeer van zorg, blijken de nationale en de Europese regelgeving en zelfs de samenwerkingsafspraken in de euregio's onvoldoende mogelijkheden te bieden om hier gehoor aan te geven. Harmonisatie van gezondheidszorgstelsels is vooralsnog onhaalbaar (en onwenselijk). De mogelijkheden tot verruiming van grensoverschrijdende zorg kunnen echter ook kleinschaliger worden bekeken, binnen de euregio's. ■

Overzicht 2. Samenwerkingsafspraken binnen de euregio's.

Euregio/zorg	Topzorg-ziekenhuizen	Poliklinische zorg/ dagbehandelingen	Revalidatiezorg	Ouderenzorg	Ambulancevervoer	Overige zorg/samenwerking
Eems-Dollardregio		Scheperziekenhuis Emmen, hartcatheterisaties voor Duitsers			Scheperziekenhuis ambulance/ AZG reddingshelicopter	Nierdialyses voor Duitsers in bungalowpark Dalfsen
Euregio Rijn-Ems-IJssel		Streekziekenhuis Coevorden dagbehandeling voor Duitsers	Revalidatiecentrum Het Roessingh in Enschede	Dinxperlo en Enschede dagopvang rusthuizen	Traumazorg in MST/ reddingshelicopter	Verslavingszorg, project drugsbestrijding en gezamenlijke aanschaffingen
Euregio Rijn-Waal	Topzorg in Radboud Ziekenhuis Nijmegen voor Duitsers		Maartenskliniek is zich aan het oriënteren			
Euregio Rijn-Maas Noord						Verslavingszorg
Euregio Maas-Rijn	Wisselwerking Luik, Aken, Maastricht op komst	Polikliniek reumatologie in Maasmechelen	Revalidatiecentrum Hoensbroek en Valkenburg	Eurode: Kerkrade en Herzogenrath	GGD Zuidelijk Zuid-Limburg voor Belgen	Pilotprojecten, preventieve zorg, oncologieprojecten, CARA-netwerk en samenwerking verzekeraars
Benelux-Middengebied				Ouderenzorg door Benego	Ziekenhuis Roosendaal naar België	Oncologieproject met vier ziekenhuizen
Euregio Scheldemond	Topzorg voor Nederlanders in Gent en Brugge				Vervoer kritisch zieken en gewonden	Grensoverschrijdend zorgverzekeraarsloket, ombudsfunctie zorgverzekeraar

Overzicht 3. Grensoverschrijdende zorg en knelpunten/mogelijkheden regelgeving.

drieluik/ soorten zorg	topzorgzieken- huizen	dagbehandelingen	revalidatiezorg	ouderenzorg	ambulancevervoer/ traumazorg
KNELPUNTEN					
<i>planning</i>	- adherentie alleen Nederlandse patiënten - lange wachtlijsten - vastgesteld aantal operaties/transplantaties per jaar	- alleen Nederlanders meegerekend voor planning dagbehandelingen - wachtlijsten	- wachtlijsten - adherentie alleen Nederlanders	- wachtlijsten - adherentie alleen Nederlanders	- adherentie alleen Nederlanders - capaciteitsproblemen bij de Intensive Care
<i>verzekering</i>	- toestemming nodig voor zorg in het buitenland - verzekeraar betaalt extra voor verstrekkingen in het buitenland	- verschillende structuren voor dagbehandelingen, daarom ook verschil in verstrekkingen	- verschil in visie op revalidatie, ook in verstrekkingenpakketten	- verschil in verstrekkingenpakketten	- zorgverzekeraar betaalt alleen ambulancevervoer in eigen land
<i>prijs</i>	- tariefverschil - verschil eigen bijdragen - buitenlanders zijn niet opgenomen in Nederlands budget	- tariefverschil - verschil eigen bijdragen - buitenlanders niet opgenomen in budget	- tariefverschil - buitenlanders niet opgenomen in budget - verschil eigen bijdragen	- verschillende tarieven voor verpleeghuizen - eigen bijdragen verschillend	- tariefverschil - eigen bijdragen verschillend
MOGELIJKHEDEN					
<i>planning</i>	- eventuele extra capaciteit benutten d.m.v. aanmerking voor buitenlanders in FOZ	- verhuur restcapaciteit aan buitenlandse artsen	- dependances in het buitenland opzetten - d.m.v. aanmerking binnen FOZ capaciteit in Nederland beschikbaar stellen voor buitenlanders		- grensgemeenten aan de overzijde van de grens in het adherentiegebied opnemen
<i>verzekering</i>	- soepele toepassing EG-Verordening 1408/71 - protocol voor verwijsgedrag en indicatiestellingen	- structuren voor dagbehandelingen coördineren	- visie op revalidatie uniformeren - verzorgings- en vormingsprogramma starten		- buitenlandse ambulance opnemen in verstrekkingenpakket
<i>prijs</i>	- afrekenen volgens DRG's - wederzijdse diensten financieel tegen elkaar wegstrepen	- wederzijdse diensten financieel tegen elkaar wegstrepen	- afrekenen volgens DRG's - kostenplaatjes beter vergelijken		- tariefafspraken maken met buitenlandse verzekeraars en gemeenten

Voor de grenslandbewoners ligt het meer voor de hand om 'even' over de landsgrenzen heen zorg te verkrijgen dan voor bewoners van Nederland. De behoefte bij grenslandbewoners is veel groter vanwege de relatief korte afstand tot zorgvoorzieningen aan de overzijde van de grens. Zeker voor grenslandbewoners die geen grensarbeider zijn, zal het efficiënt zijn om aan de overzijde van de grens zorg te kunnen verkrijgen; dit scheelt vaak aanzienlijk in reiskosten en zeker ook in wachttijden. De doorgaans langere wachttijden in Nederland brengen weer het probleem met zich mee dat niet-grenslandbewoners ook lang moeten wachten op hulp in Nederland. De behoefte aan grensoverschrijdende zorg van Nederlanders die niet in een grensstreek wonen, beperkt zich meestal tot topklinische voorzieningen die in eigen land niet snel genoeg voorhanden zijn. Wanneer nu het verkrijgen van gezondheidszorg over de grens mogelijk wordt voor grenslandbewoners, strookt dat niet met het gelijkheidsbeginsel ten opzichte van de inwoners van de rest van Nederland. Van de andere kant is het voor een

grenslandbewoner vreemd dat een grensarbeider wel zorg kan verkrijgen aan de overzijde van de grens. Waar trek je de grens wanneer je uitzonderingen toestaat op de regelgeving? Moet die grens puur op geografisch gebied worden getrokken of moeten aspecten als gelijkheid en toegankelijkheid van zorg daarin ook een grote rol spelen? De vraag of het wenselijk is om de mogelijkheden tot grensoverschrijdend patiëntenverkeer te verruimen, kan dus niet simpelweg worden beantwoord met 'ja' of 'nee'. In het kader van de Europese eenwording is meer samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg zeker op de lange duur wenselijk en ook te verwachten. De verschillen tussen de nationale gezondheidszorgsystemen zijn echter niet gemakkelijk te overbruggen en maken verdergaande samenwerking dan thans plaatsvindt moeilijk. Voor de inwoners van de euregio's is een verruiming van de mogelijkheden veelal wenselijk, zeker wanneer vormen van zorg in het eigen land moeilijk toegankelijk of bereikbaar zijn. Ook de overige inwoners van Nederland zullen het onder bepaalde

omstandigheden heel wenselijk vinden wanneer de grenzen meer opengaan voor zorgverstrekkingen. •

EUREGIO'S

drs. Sylvia G. Weekers, onderzocht de grensoverschrijdende zorg in de euregio's in het kader van haar studie Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg

dr. Yvonne W. van Kemenade, werkt bij de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ)

Beide auteurs hebben het artikel op persoonlijke titel geschreven.

Literatuur

1. Ros C, Zee J van der. Grensoverschrijdende zorg: vooronderzoek in opdracht van de Ziekenfondsraad naar de haalbaarheid van een experiment in een grensgebied betreffende de verruiming van mogelijkheden voor grensoverschrijdend zorgverkeer. Utrecht: Nivel, 1996.
2. Kemenade YW van. Internationaal perspectief: recht van de Nederlandse burger op zorg over de grens. In: Gezondheidszorg en Management 1995; (9): 15-6.