

Zeer geachte heer, mevrouw,

Graag wil ik namens de leden van de studiegroep Zorg voor Europa van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, Nederland, bestaande uit diverse bestuurders van zorginstellingen, medisch hoogleraren en leden met leidende functies bij landelijke organen in het bestuur van de Nederlandse gezondheidszorg gebruik maken van de mogelijkheid onze visie te geven in het kader van de raadpleging over communautaire maatregelen op het gebied van gezondheidsdiensten.

Vooraleer op de vragen in te gaan willen wij graag stellen dat wij in ons onderzoek duidelijk bemerken dat ondanks het feit dat de gezondheidszorg in het kader van de Europese verdragen tot het domein van de individuele lidstaten behoort, er een sterk stijgende tendens waarneembaar is in grensoverschrijdende zorg. Dit betreft zowel grensoverschrijdende zorg door toegenomen patiëntmobiliteit, als in grensoverschrijdende activiteiten door professionals en instellingen in het leveren van zorg. Zonder hier in details te treden, willen wij aangeven dat de door ons geconstateerd is, dat de diversiteit en hoeveelheid van bijzondere situaties en specifieke regelingen de afgelopen jaren fors is toegenomen en ongetwijfeld in dit hoge tempo zal blijven groeien. Daarom lijkt ons een actieve houding van de Europese instituties op dit beleidsterrein van belang, om rechtszekerheid en gelijkheid voor Europese burgers en instellingen ook op termijn te kunnen garanderen.

Ten aanzien van de door gestelde vragen willen wij de volgende reactie geven:

Vraag 1

Hoewel op dit moment de gevolgen van grensoverschrijdende zorg door de geringe aantallen nog te overzien zijn, zijn twee hoofdlijnen toch wel duidelijk. Ten eerste is patiëntmobiliteit als zodanig niet meer een beperkt verschijnsel, maar neemt het steeds bredere vormen aan. Was het tot voor kort zo dat patiëntmobiliteit gelimiteerd was tot grensbewoners en/of grensarbeiders of tot acute gevallen als een patiënt zich bijvoorbeeld als toerist in het buitenland bevond, op dit moment is er een duidelijke toename van het aantal mensen dat zorg expliciet over de grens zoekt omdat deze toegankelijker is of meer is toegesneden op de eigen behoeften. Dit betreft dan ook niet meer alleen grensbewoners maar gaat voor veel grotere groepen en over grotere afstanden een rol spelen. Specifieke regelingen voor acute gevallen of voor specifieke geografisch bepaalde groepen zoals de Zeeuws-Vlaanderenregeling tussen België en Nederland zijn daarom niet meer dekkend voor het geheel.

Tweede punt is dat hoewel de getallen op het oog nog gering zijn, er grote verschillen optreden, zowel geografisch, waarbij voor sommige regio's de percentages kunnen oplopen tot meer dan tien procent, als ook voor specifieke patiëntengroepen en diagnoses c.q. behandelingen. Hierdoor kunnen er verdergaande effecten ontstaan dan het puur op basis van de getallen lijkt. Onevenwichtigheid kan ontstaan in toegankelijkheid van zorg voor patiënten, ongewenste kruissubsidiëring tussen lidstaten kan gaan optreden, maar ook bijvoorbeeld concurrentieverhoudingen tussen instellingen aan weerszijden van een grens worden verstoord. Dat is op dit moment het geval tussen Nederlandse instellingen in de buurt van de Belgische grens, waarbij de mogelijkheden voor Nederlandse patiënten om zich in België te laten behandelen in praktijk laagdrempeliger zijn dan voor Belgische patiënten die naar Nederland zouden willen komen.

Voor de toekomst zullen met het toenemen van de mobiliteit van burgers en de acceptatie van het fenomeen van grensoverschrijdende zorg deze verschillen en diversiteit van effecten groeien. Een goed evenwicht tussen keuzevrijheid voor patiënten en vrij verkeer van personen en diensten enerzijds en regulering van nationale gezondheidssystemen en een “level playing field” voor aanbieders zal meer en meer afhankelijk worden van toegesneden regelingen (liefst bilateraal, maar desnoods communautair) die een en ander in goede banen leiden.

Vraag 2.

Voor patiënten is met name op het gebied van goede informatie over verschillen in de inhoud, de wijze van verstrekken en de wijze van betalen van de zorg nog veel vooruitgang te boeken. Hoewel regelingen over het algemeen in de belangrijkste zaken voorzien, zijn deze vaak niet goed toegankelijk of leiden zij tot een grote administratieve last met lange doorlooptijden. Samen werkt dit als een serieuze drempel in het vrij verkeer van personen en diensten. Daarnaast is het voor de aanbieders van zorg door de wederzijdse onbekendheid met elkaars wijze van zorgverlening dan wel door taal en cultuurverschillen het vaak moeilijk om werkelijke continuïteit in zorg te garanderen. Daarbij komt dat als patiënten -om bijvoorbeeld economische motieven of om wachtlijsten te vermijden- een behandeling in het buitenland hebben ondergaan, voor de nabehandeling of complicaties op hun lokale zorgverleners willen terugvallen. Dit geeft zowel continuïteitsproblemen, als ook vaak economisch ongewenste effecten, omdat het de mogelijkheid voor bepaalde zorgverleners opent om alleen profijtelijke delen van de zorg te verlenen en de minder profijtelijke op anderen af te wentelen. Van groot belang zal het zijn om een Europees samenhangend systeem van afhandeling van klachten en aansprakelijkheid te organiseren, om uitwassen op dit punt te voorkomen.

Vraag 3

Deze vraagstukken zijn op dit moment alleen op te lossen door terug te vallen op de regels van de lidstaat waar de zorg verstrekt wordt. De verschillen tussen deze regels zijn op dit moment nog zo groot dat snelle convergentie of een Europese richtlijn vooralsnog ondenkbaar zijn. Voor een goed evenwicht op de veel langere termijn zal verdere convergentie zeker nodig zijn en ook gaan plaatsvinden door onderlinge kennisuitwisseling en het noodgedwongen naar elkaar toegroeien om onderlinge afstemming mogelijk te maken. In onze ogen dient dit proces ruimte en tijd gegeven te worden, doch er is (nog) geen reden hier centraal op te sturen.

Vraag 4

Ook hier zal teruggevalen moeten worden op de systemen die gelden voor de lidstaat waar de zorg geleverd wordt. Wel zal de patiënt of diens zaakgelastigde zich bewust moeten zijn van de bijzondere situatie waarin hij zich begeeft.

Vraag 5

Zolang het principe gehandhaafd blijft dat het leveren van zorg primair een nationale verantwoordelijkheid is, zal de lidstaat maatregelen moeten nemen om voldoende zorg te leveren, onafhankelijk van de hoeveelheid patiënten uit andere lidstaten die zich ter plekke laten behandelen. Uiteraard is het wel nodig dat er een goed en volledig systeem is van onderlinge verrekeningen. Deze zijn op zichzelf in theorie goed uitgewerkt, in praktijk blijkt de uitvoering bureaucratisch te verlopen en is de foutkans en het uitvalpercentage groot.

Daardoor loopt met name een lidstaat die de zorg verleent aan burgers van andere lidstaten een financieel risico.

Vraag 6

Ons zijn hiervan geen directe knelpunten bekend.

Vraag 7

Op dit punt is het van belang de administratieve procedures zo eenvoudig mogelijk te houden, omdat in praktijk de rechtszekerheid daar het meest door bedreigd wordt. Tevens is het zaak voor instellingen en zorgaanbieders die te maken hebben met mogelijke concurrentie vanuit een andere lidstaat achterstelling tegen te gaan, niet zozeer om ze tegen deze concurrentie te beschermen, maar ze veeleer in staat te stellen om op gelijke wijze te concurreren. Op dit moment is dat vaak niet het geval door de vele verschillen in de nationale stelsels en regelingen of de wisselende uitwerking c.q. doorvoering van bijvoorbeeld arresten van het Europese Hof tussen de diverse lidstaten. Wellicht dat op dit laatste punt een coördinerende en stimulerende taak ligt voor de Europese instituties.

Vraag 8

Deze vraagstukken hebben tot nu toe buiten het onderzoeksgebied van onze groep gelegen.

Vraag 9

In onze analyses is gebleken dat vraagstukken over bijvoorbeeld patiëntmobiliteit, beschikbaarheid van voorzieningen en onderlinge verrekening van zorgkosten gemaakt door burgers in andere lidstaten, bij uitstek bilateraal geregeld zouden moeten worden. Uiteraard ligt hier een mogelijke en al veel gebruikte stimulans door EU-middelen, zoals in het kader van de Interreg projecten.

Een belangrijke communautaire rol ligt in het garanderen van de rechtsbescherming van patiënten en in het creëren van een eerlijke concurrentie verhouding voor zorgaanbieders. Beide onderwerpen zijn te fundamenteel om aan het vrije spel der convergerende krachten te worden overgelaten, zeker omdat de huidige inzichten en regelingen op deze terreinen tussen de diverse lidstaten ver uiteenlopen. Ondertussen leiden deze verschillen wel tot een wezenlijke rechtsongelijkheid c.q. rechtsonzekerheid voor individuele burgers en individuele aanbieders van zorg.

Vertrouwende u met deze overwegingen van dienst te zijn,
namens de studiegroep Zorg voor Europa,

Hoogachtend,

H.P.J. Buiting
Lid Raad van Bestuur Amphia Ziekenhuis, Breda-Oosterhout
Postbus 90158
NL-4800 RK Breda

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.