



Grensoverschrijdende zorg niet in trek

Auteur(s):

Brouwer, W.B.F.

Exel, N.J.A., van

Stoop, A.P.

*Werkzaam bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en het Institute for Medical Technology Assessment van de Erasmus Universiteit Rotterdam.***Verschenen in:**

ESB, 87e jaargang, nr. 4342, pagina 30, 11 januari 2002

Rubriek:**Trefwoord(en):**

wachtlijsten

Ondanks lange binnenlandse wachttijden consumeren weinig Nederlandse patiënten buitenlandse zorg.

In toenemende mate wordt duidelijk dat Nederland deel uitmaakt van een éénwordend Europa. Op tal van terreinen begint de invloed van 'Europa' zich te doen voelen. De gezondheidszorg blijkt daarop geen uitzondering. De arresten Decker en Kohll¹, die opeens de veilige nationale grenzen rond het gezondheidszorgstelsel leken te doorbreken, zijn hiervan wellicht nog het meest bekende voorbeeld.

Recent zijn de effecten van deze uitspraken voor het Nederlandse zorgstelsel verhelderd in de arresten Smits-Peerbooms². Deze zaken waren specifiek aanhangig gemaakt om duidelijkheid te krijgen over de reikwijdte van de arresten Decker en Kohll voor het Nederlandse natura-stelsel (dus voor de sociale ziekenfondsverzekering) en de mogelijkheid voor het handhaven van een toestemmingsvereiste bij financieel omvangrijkere zorg, zoals ziekenhuiszorg. Uit die arresten komt naar voren dat wanneer tijdige levering van zorg in Nederland niet mogelijk is, verzekeraars grensoverschrijding niet mogen weigeren. Maar wat is tijdigheid en wie wil er eigenlijk de grens over?

Tijdigheid van zorg

De tijdige levering van zorg is een heikel punt in de Nederlandse gezondheidszorg³. Immers, recent werd nog eens vastgesteld dat de werkelijke wachttijden voor ziekenhuiszorg niet alleen hoger liggen dan de door patiënten wenselijk geachte wachttijden, maar dat zij ook hoger liggen dan de door verschillende zorgpartijen aangegeven maximaal aanvaardbare wachttijden (de zogenaamde

Treeknormen)⁴. Men kan zich voorstellen dat de bestaande wachttijden in Nederland derhalve een legitimatie vormen voor grensoverschrijding. De verzekeraar mag niet weigeren zolang de wachttijden niet tot aanvaardbare normen worden teruggebracht. Of tijdigheid in Europees-rechtelijke zin ook zo moet worden uitgelegd, is onduidelijk. Het Europese Hof van Justitie heeft ook in de arresten Smits-Peerbooms niet aangegeven wat het onder tijdigheid verstaat. Algemene Europese richtlijnen voor tijdigheid in de zorg lijken moeilijk te formuleren, gezien de aanzienlijke verschillen in wachttijden tussen lidstaten. Indien lidstaten zelf tijdigheid mogen definiëren, lijken de Nederlandse wachttijden, uitgaande van de Treeknormen, te hoog en vormen de Nederlandse wachttijden een legitimatie voor grensoverschrijding.

Wie wil er over de grens?

Uit enkele experimenten met grensoverschrijdende zorg in grensregio's blijkt dat de animo voor grensoverschrijdend zorgverkeer bijzonder laag is⁵. Grensoverschrijding vindt momenteel slechts sporadisch plaats en zelfs bij een verruimde openstelling van de grenzen willen maar weinig Nederlandse patiënten in het buitenland hun zorg ontvangen. Ook zijn er maar weinig buitenlandse patiënten die staan te popelen om het Nederlandse zorgsysteem te betreden⁶. Van de weinige grensoverschrijders blijken velen grensarbeiders of immigranten te zijn, hetgeen impliceert dat onder de autochtone bevolking die minder bekend is met buitenlandse zorg, de animo voor grensoverschrijding laag is. Verder worden buitenlandse zorgvoorzieningen door grensstreek

bewoners bezocht omdat ze eenvoudigweg dichterbij hun huis zijn. Dit onderstreept nog eens het feit dat voor patiënten de afstand tussen woonplaats en zorgvoorziening belangrijk is bij de keuze voor een zorginstelling. Voor overige Nederlanders zal afstand dus al gauw een belemmering vormen voor grensoverschrijding. Verder zijn grensstreekbewoners vaak bekender met het buitenland in het algemeen. Zo tanken, winkelen en werken zij bijvoorbeeld vaak over de grens.

De urgentie waarmee zorg nodig is, zal bij patiënten waarschijnlijk meewegen in de beslissing om reistijd te accepteren om wachttijd te verkorten. Deze urgentie kan zowel medisch zijn als voortkomen uit formele en informele dagelijkse verplichtingen zoals betaald werk of zorg voor een gezin. Naarmate de urgentie van behandeling groter wordt, zal waarschijnlijk ook de bereidheid om te reizen voor zorg toenemen.

Daarnaast spelen de onzekerheid over de kwaliteit en vergoeding van zorg en nazorg een rol, alsmede ervaring met Nederlandse en

buitenlandse zorg. Ook artsen en verzekeraars stimuleren grensoverschrijding veelal niet, maar daarin lijkt langzamerhand een kentering te komen.

Mobiliteit en wachttijd

De uitruil tussen afstand, het verlaten van het Nederlandse zorgstelsel en wachttijdverkorting is overigens ook interessant om de relatieve ernst van wachten op zorg in te schatten. De experimenten met grensoverschrijding die in grensregio's werden gehouden overziend, is het opvallend dat veruit de meeste mensen de Nederlandse wachttijd niet vervelend genoeg lijken te vinden om deze via grensoverschrijding te vermijden. Hoewel goede cijfers ontbreken, blijkt dat de mobiliteit van patiënten voor het verkrijgen van zorg ook binnen Nederland vrij beperkt is. Wel is de binnenlandse mobiliteit, zoals verwacht, groter dan de grensoverschrijdende mobiliteit. Uit een recent rapport blijkt dat tien procent van de ondervraagde patiënten aangeeft openbare wachttijdinformatie (via internet, kabeltelevisie en dergelijke) te hebben geraadpleegd, maar dat slechts ongeveer één procent van de patiënten op basis van deze wachttijdinformatie daadwerkelijk heeft gekozen voor een ander dan het aangewezen ziekenhuis⁷. Verder geeft de helft van de respondenten aan wel te willen reizen voor zorg als men elders eerder terecht zou kunnen (binnen een straal van 20 tot 25 kilometer) en geeft tien procent van de respondenten aan meer dan vijftig kilometer te willen reizen voor snellere zorg. Er lijkt ten aanzien van dit punt dus een groot verschil te bestaan tussen *stated preference en revealed preference*, oftewel tussen wat patiënten zeggen en wat zij doen⁸.

Wachten problematisch?

Men kan zich afvragen of deze inertie van patiënten niet een nuancering betekent van de 'problematische wachttijden' in de zorg⁹. Hoewel voor sommige patiënten wachten op zorg inderdaad problematisch is, lijkt dit op basis van de daadwerkelijke patiëntmobiliteit voor veel patiënten maar zeer beperkt te gelden. Vrijblijvend mogen aangeven dat een kortere wachttijd prettiger is dan een lange wachttijd zegt weinig over de werkelijke belasting die wachten op zorg met zich meebrengt. Wanneer we kijken naar de daadwerkelijke belasting, in termen van percentages patiënten die werkelijk de moeite nemen om wachttijdinformatie te raadplegen en vervolgens ook echt naar een ziekenhuis met kortere wachttijd reizen, dan lijkt wachten misschien toch wat minder problematisch dan vaak gesuggereerd. Wel is uit eerder onderzoek duidelijk gebleken dat patiënten, in het algemeen, gebaat zijn bij duidelijkheid over de datum van behandeling, bijvoorbeeld door het invoeren van een systeem van vaste afspraken¹⁰.

Buitenlandse zorg

Overigens kan grensoverschrijdende zorg wel belangrijker worden in de toekomst. Bijvoorbeeld doordat verzekeraars kortere wachttijden gaan zien als een concurrentiemiddel. Zo heeft verzekeraar cz recent een contract afgesloten met een ziekenhuis in het Belgische Genk als een reactie op de lange wachtlijsten in Limburg. Verzekeraar Anova geeft wachttijdgaranties af voor een drietal procedures (open hartoperaties, staaroperaties en dotterbehandelingen), waarbij buitenlandse zorginkoop expliciet is aangemerkt als middel om aan deze wachttijd-garanties te kunnen voldoen. Daarnaast zijn er de luchtbruggen naar Spanje en Italië om daar Nederlandse patiënten sneller te helpen dan hier mogelijk is. Door het verder aangrijpen van buitenlandse zorg als aanvulling op de Nederlandse zorg kunnen verzekeraars zich onderscheiden, maar wellicht ook kostenvoordelen halen waar buitenlandse zorg goedkoper is dan binnenlandse. Dit type initiatieven kan verder leiden tot meer bekendheid met buitenlandse zorg en het reizen voor zorg.

Conclusie

De wachttijden in de Nederlandse zorg zouden wel eens een legitimatie kunnen vormen voor grensoverschrijdende zorg, gezien de recente uitspraken van het Europese Hof. Slechts weinig Nederlandse patiënten lijken echter grensoverschrijdend zorg te willen consumeren. Schijnbaar is snelle zorg in het buitenland minder aantrekkelijk dan wachten op zorg in Nederland. Ook binnen Nederland reizen maar weinig patiënten voor kortere wachttijden. Door het wegnemen van andere belangrijke belemmeringen in het grensoverschrijdend zorggebruik, zoals zorgen voor goede Nederlandstalige begeleiding, duidelijkheid over behandeltrajecten (inclusief nazorg en vergoeding) kunnen verzekeraars grensoverschrijding stimuleren. Specifieke zorgarrangementen lijken daarbij het meest voor de hand liggend. Misschien dat daarmee grensoverschrijding in de toekomst belangrijker en omvangrijker wordt. Voorlopig zal het groene gras aan de andere kant van de grens de Nederlandse patiënt een zorg zijn.

1 Europees Hof van Justitie, april 28, 1998, zaak 120/95 en zaak 158/96, Nicolas Decker versus Caisse de Maladie des Employées Privés en Raymond Kohll versus Union des Caisses de Maladie.

2 Europees Hof van Justitie, zaak C-157/99,

3 W.B.F. Brouwer, Europa, grensoverschrijding en patiëntenmobiliteit, *Handboek structuur en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg 2001*, 44/99, Elsevier/De Tijdstroom,

4 R. Friele, A. Dane en M. Andela, Wachten duurt lang. *Medisch Contact*, jrg. 56, nr. 14, 2001, blz. 542-544.

5 C.A. Grunwald en R.L.C. Smit, *Grensoverschrijdende zorg in de EU-regio Maas/Rijn*, Nederlands Ziekenhuis Instituut, Utrecht, 1999; S. Ghajar en H.E.G.M. Hermans, IZOM - behoefte van verzekerden aan grensoverschrijdende zorg en hun ervaringen, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999; P.E.M. Lottman en G.J. van der Wilt, *Eindrapportage project grensoverschrijdende zorg in de EU-regio Rijn/Waal*, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1999.

6 W.B.F. Brouwer, *Het Nederlandse zorgstelsel in Europa - een economische verkenning*, Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg (RVZ), Zoetermeer, 1999.

7 M. School, *Het nut van wachttijdinformatie*, Prismant, Utrecht, 2001.

8 G. Stimson en B. Webb, *Going to see the doctor*, Routledge, Londen, 1975.

9 A.P. Stoop en W.B.F. Brouwer, De patiënt achter de cijfers, *Medisch Contact*, jrg. 56,

10 W.B.F. Brouwer en A.P. Stoop, Vaste afspraken maken wachten draaglijker, *Medisch Contact*, jrg. 56, nr. 23, 2001, blz. 908-909.