

Postprint Version	1.0
Journal website	
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Zorg in en om Europa Grensoverschrijding

WERNER BROUWER, BERT HERMANS EN EDDY VAN DOORSLAER

Slechts weinig patiënten zoeken zorg over de grens. De wachtlijsten zullen er niet van slinken. Europa stuwt het Nederlandse zorgstelsel wel in de richting van meer - zij het gereguleerde - concurrentie. Notities over Europa als bron van zorg.

De eenwording van Europa kan grote gevolgen hebben voor het Nederlandse zorgstelsel. Europese regelgeving over vrij verkeer van goederen en diensten en de mededingingswetgeving grijpen in op de afzonderlijke zorgstelsels, ofschoon de lidstaten deze zoveel mogelijk onder nationale wetgeving willen houden. De mogelijke vervaging van de landsgrenzen voor zorgconsumptie naar aanleiding van de roemruchte arresten Decker en Kohll in 1998, is een eerste belangrijke verandering geweest. Twee Luxemburgse grensoverschrijders krijgen gemaakte kosten van zorg in het buitenland vergoed ook al hadden zij geen toestemming ontvangen van hun eigen sociale zekerheidsorgaan.

Maar niet alleen via grensoverschrijding is Europese invloed op het Nederlandse zorgstelsel mogelijk. Zowel de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) als het ministerie van VWS heeft vanuit Europees kader knelpunten aangegeven in het Nederlandse zorgstelsel. Een hindernis is de aanbodregulering door de overheid, geregeld via de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de Wet tarieven gezondheidszorg en het gemengde karakter van ons zorgstelsel (privaat en publiek). Een ander knelpunt is de schijnbare onmogelijkheid om particuliere verzekeraars financieel risico te laten lopen op basis van de Wet toegang ziektekostenverzekeringen uit 1998. De vraag is nu welke concrete invloed Europese regelgeving zal hebben op ons nationale zorgstelsel. En welke invloed valt ervan te verwachten op de wachtlijsten in de Nederlandse zorg?

Dat er grote verschillen bestaan tussen de nationale zorgstelsels - qua kosten, aanbod, behandelcultuur en snelheid van behandeling - mag duidelijk zijn. Maar in principe kunnen ze zonder veel problemen naast elkaar bestaan. Immers, het subsidiariteitsbeginsel (geregeld in artikel 5 van het EG-verdrag) geeft de afzonderlijke lidstaten de bevoegdheid om hun stelsel van sociale zekerheid, waartoe de (sociale) gezondheidszorg kan worden gerekend, naar eigen goeddunken in te richten. Onderlinge stelselverschillen zijn niet problematisch, zolang de mogelijkheden voor personen om in het buitenland zorg te consumeren op kosten van de zorgverzekeraar beperkt zijn tot acute zorgbehoeftes (tijdens vakanties en werkbezoeken) en gevallen waarin de verzekeraar vooraf toestemming geeft tot grensoverschrijding. Belangrijk is daarbij de mogelijkheid om met behoud van vergoeding door de Nederlandse verzekeraar zorg te consumeren in het buitenland. Kortere wachttijden over de grens kunnen dan geen massale grensoverschrijding veroorzaken.

DECKER, KOHLL EN DAARNA

Een belangrijke mogelijke implicatie van de uitspraken in de zaken Decker en Kohll is dat patiënten niet noodzakelijkerwijs van tevoren toestemming hoeven te vragen aan hun ziekenfonds wanneer zij zorg willen consumeren in het buitenland om voor vergoeding in aanmerking te komen. Volgens sommige interpretaties van de uitspraken staat het patiënten

in principe vrij om in het buitenland zorg te consumeren, met behoud van de nationale verzekeringsdekking. De zorgverzekeraar zou derhalve verplicht zijn de gemaakte kosten te vergoeden conform de aanspraken in het land van de verzekering. Het gaat dus alleen om zaken die in het land van verzekering als verstrekking worden aangemerkt en tot het tarief zoals in Nederland maximaal vergoed wordt.

In hoeverre gelden de uitspraken Decker en Kohll voor alle vormen van zorgconsumptie? Immers, in beide arresten was een relatief geringe (met name in financieel opzicht) zorgconsumptie zoals de aanschaf van een bril, de aanleiding voor de rechtszaak. Het is onduidelijk of deze uitspraken 'zomaar' mogen worden geëxtrapoleerd naar grotere zorguitgaven. Iedereen kijkt dan ook reikhalzend uit naar vervolguitspraken van het Europese Hof van Justitie. De conclusie van de advocaat-generaal in de zaken Geraets-Smits en Peerbooms is van groot belang. Het draait om vorderingen tegen twee Nederlandse ziekenfondsen (VGZ en CZ) die weigeren een behandeling in een Duitse en een Oostenrijkse kliniek te vergoeden. Het gaat over substantiële zorgconsumptie. Belangrijk is dat zowel de Nederlandse overheid als de beide zorgverzekeraars hebben benadrukt dat een toestemmingsvereiste voor buitenlandse behandelingen inherent is aan het naturastelsel van de Nederlandse ziekenfondssector. Het advies van advocaat-generaal Ruiz-Jarabo Colomer in de zaken Geraets-Smits en Peerbooms lijkt de uitspraken van de arresten Decker en Kohll te beperken tot geringere zorgconsumptie. Overigens heeft het Hof de beperking in het advies van advocaat-generaal Tesouro met betrekking tot duurdere ziekenhuishulp destijds niet overgenomen. Bovendien onderkent de advocaat-generaal in de zaken Geraets-Smits en Peerbooms het verschil tussen het Luxemburgse zorgstelsel (een restitutiesysteem) en het Nederlandse naturastelsel. Naast een erkenning van de uitzonderingen op vrij verkeer van goederen en diensten, stelt de advocaat-generaal in de zaken Geraets-Smits en Peerbooms dat gezondheidszorgverstrekingen binnen een naturastelsel niet als diensten zouden kunnen worden aangemerkt, aangezien zij het element van vergoeding missen. Dit omstreden argument is vrij nieuw in de discussie over de reikwijdte van de arresten Decker en Kohll en zou een juridische belemmering kunnen vormen in een verdere toepassing. Er valt overigens tegen in te brengen dat verstrekkingen in een naturastelsel uiteraard wel worden betaald, zij het niet direct door de patiënt. Met het tweede argument haalt de advocaat-generaal de uitzonderingen aan waarmee een vrij verkeer van goederen en diensten zou kunnen worden beperkt, zoals die in de arresten Decker en Kohll werden genoemd. Door duurdere zorgconsumptie zoals ziekenhuiszorg in het buitenland toe te staan, zou ons nationale stelsel in gevaar kunnen worden gebracht, is de redenering die overigens niet iedereen deelt. Mogelijk zal het Europese Hof uiteindelijk opnieuw anders oordelen over deze kwesties.

In de zaak Ferlini heeft het Hof van Justitie van de EG op 3 oktober 2000 (zaak C-411/98) opnieuw een belangrijk arrest gewezen. Dit voegt een dimensie toe aan de arresten Decker en Kohll. Sociaal verzekerden kunnen niet alleen rechten ontlenen aan de bepalingen in het EG-verdrag over het vrij verkeer van goederen en diensten, maar ook aan het in art. 12 EG-verdrag opgenomen verbod van discriminatie op grond van nationaliteit bij de toegang tot de zorg. Dit is volgens het Hof het geval wanneer een groep zorgverleners eenzijdig hogere tarieven voor geneeskundige verzorging en ziekenhuisverpleging (in casu 71% hogere kosten bij een bevalling) in rekening brengt dan ten aanzien van ingezetenen die bij het nationale stelsel zijn aangesloten. Het arrest sluit niet helemaal uit dat een geringer tariefverschil - bijvoorbeeld voor de financiering van de kosten van infrastructuur van ziekenhuizen - aan niet-ingezetenen in rekening wordt gebracht. De extra kosten mogen echter niet al te groot zijn en moeten gerelateerd zijn aan de kosten van de verstrekte zorg.

RANDVERSCHIJNSEL

Naast de vraag in hoeverre het mensen vrij staat om met behoud van vergoeding over de grens zorg te consumeren, is de vraag hoeveel mensen dat graag zouden willen doen.

Grensoverschrijding door Nederlanders vindt maar zeer sporadisch plaats. Ook bij experimenteel verruimde openstelling van de grenzen in de zogeheten Euregio's, wensen

relatief weinig Nederlandse patiënten hun zorg in het buitenland te ontvangen. Buitenlandse patiënten staan evenmin te popelen om het Nederlandse zorgstelsel te betreden. Dat blijkt uit de experimenten en uit SIG-gegevens van instroom van buitenlandse patiënten in Nederland. Grensoverschrijders zijn voornamelijk grensarbeiders of immigranten. Onder de rest van de bevolking is de animo voor grensoverschrijding nog lager. 'Afstand' is een motief voor grensoverschrijding wanneer buitenlandse zorg dichterbij de eigen woonplaats te vinden is dan binnenlandse zorg. Voor de meeste mensen ligt het buitenland echter juist te ver weg. Patiënten merken de Nederlandse wachttijden vaak als problematisch aan, maar toch vormen ze voor weinigen een aansporing om zorg in het buitenland te zoeken. De weinige grensoverschrijders noemen de wachtljsten echter wel als belangrijke redenen voor grensoverschrijding. Al met al is grensoverschrijding een letterlijk randverschijnsel in grensregio's en dat zal het voorlopig ook wel blijven.

STELSELCONSEQUENTIES

Met de grensoverschrijding houdt de invloed van Europa op het Nederlandse zorgstelsel zeker niet op. Onlangs heeft het ministerie van VWS een publicatie uitgebracht over de mogelijke knelpunten in het Nederlandse systeem in het kader van de Europese wet- en regelgeving. Met name het gemengde karakter van het Nederlandse zorgstelsel (zowel sociale ziekenfondsverzekering als particuliere verzekering) kan problematisch zijn. Twee mogelijke oplossingen daarvoor zijn het volledig privaat maken van de verzekeringen of het volledig collectiviseren van de verzekeringsmarkt. Dat laatste heeft duidelijk de voorkeur van de opstellers van het rapport. Vertaald naar de Nederlandse context houdt dat een beweging in de richting van een sociaal basisstelsel in, waarbij het onderscheid tussen particulier en ziekenfonds (geleidelijk) wordt opgeheven. Het concept van gereguleerde concurrentie, dat al gedeeltelijk is ingevoerd in de ziekenfondssector, kan een voor de hand liggende marktordening zijn, althans voor zover men nog voor de werking van de markt wil kiezen. Kernelementen van dit model zijn: periodieke acceptatieplicht voor verzekeraars, normuitkeringen voor verzekeraars vanuit een centrale kas, aangepast op de risicokenmerken van het verzekerdenbestand en selectieve contractering door verzekering van zorgaanbieders (in binnen- en buitenland op basis van objectieve criteria, bijvoorbeeld op basis van openbare aanbesteding).

De overheid is in zo'n stelsel een minder dominante partij dan in het huidige. Meer verantwoordelijkheden worden overgeheveld naar de marktpartijen, met name de verzekeraars. Een dergelijke ontwikkeling speelt zich nu af voor de geneesmiddelensector (zie ook de rubriek deze maand, red). Meer ruimte kan ontstaan voor uitbreiding van capaciteit en toetreding van nieuwe, private aanbieders van zorg.

Verzekeraars zullen op langere termijn trachten die ziekenhuizen te contracteren, die in staat zijn om hun patiënten snel en goed te behandelen, met effect op de wachtljsten. Ziekenhuizen kunnen medisch specialisten uit binnen- en buitenland contracteren. Eventueel kan daarbij een systeem van maximumlevertijden worden ingesteld voor verschillende aandoeeningen zoals in Nederland bepleit en ontwikkeld wordt. Indien verzekeraars niet zorgen voor een tijdige levering van zorg dan zou het de patiënt vrijstaan om die elders (bijvoorbeeld in het buitenland) alsnog te verkrijgen, op kosten van de verzekeraar. Dit overigens in analogie met het verkrijgen van niet-gecontracteerde zorg (op basis van art. 9 lid 4 ZFW en art. 10 lid 2 AWBZ) in Nederland of het buitenland. Zorgverzekeraar Anova is onlangs gestart met een levertijdgarantie voor drie specifieke operaties, waarbij het invoeren van buitenlandse aanbieders als 'laatste redmiddel' expliciet wordt genoemd. Probleem bij de invoering van maximum levertijden is echter wel dat de zorgplicht van de verzekeraar juridisch geen of nauwelijks uitstel van levering van zorg toestaat. In dit verband is het recente vonnis van de President van de Rechtbank Maastricht (van 15 september 2000, USZ 2000/69 m.nt. Van Eijs) van belang, waarbij betrokkene als gevolg van de uitspraak op de eerste plaats van de voor haar bestemde wachtljst is geplaatst.

INVLOED OP WACHTLIJST

De wachtlijsten in Nederland zullen niet volledig worden opgelost door een uitstroom van patiënten naar het buitenland. Dit gebeurt naar verwachting ook niet als het Europese Hof van Justitie de vergoeding van zorgconsumptie in het buitenland oprekt in de zaken Geraets-Smits en Peerbooms. De animo voor zorgconsumptie in het buitenland is eenvoudigweg te laag. Van de Europese invloed op de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel zouden wel grotere consequenties op Nederlandse wachtlijsten mogen worden verwacht. In een stelsel van gereguleerde concurrentie kunnen verzekeraars ziekenhuizen direct 'belonen' of 'bestrafen' voor hun prestaties in verhouding tot wachtlijsten. Door beloning en contractering afhankelijk te maken van de prestaties van de ziekenhuizen kunnen structurele wachtlijstverminderende incentives in het stelsel worden ingebouwd. De vraag blijft in hoeverre er echt sprake kan zijn van enige feitelijke marktwerking, aangezien het aantal te contracteren ziekenhuizen in Nederland door fusies e.d. tot zo'n 100 is gedaald. De vormgeving moet er wel toe leiden dat een ziekenhuis - in tegenstelling tot de huidige situatie - daadwerkelijk structureel beter wordt van het tegengaan van wachtlijsten.

Met de beweging naar een basisstelsel kunnen de bestaande verschillen tussen patiënten worden geaccentueerd. Wanneer er meer vrijheid ontstaat in het aanbieden van zorgvarianten en verzekeringsvarianten, is het voorstelbaar dat er ook een verschil ontstaat tussen verzekerden die te allen tijde zeer snel geholpen willen (en moeten) worden en daar - bijvoorbeeld via de werkgever - extra voor willen betalen en minder koopkrachtige verzekerden die een standaardpolis nemen, waarbij een (wettelijk gegarandeerde) maximaal aanvaardbare wachtperiode normaal is. Van de Ven heeft in NRC Handelsblad zogenoemde 'gepaste-zorgpolissen' beschreven die onderscheid maken in wat wel en wat niet wordt vergoed. In een dergelijke ontwikkeling kan snelheid van zorg een rol gaan spelen. Hierbij kunnen al te grote verschillen tussen individuele personen overigens weer wel worden beperkt door het instellen van maximum wachttijd-garanties.

De arresten Decker en Kohll hebben een schokgolf teweeggebracht bij Europese beleidsmakers. Hoewel deze arresten grensoverschrijding vergemakkelijken, is de animo voor zorg in het buitenland maar beperkt. Vervolguitspraken, die de reikwijdte van de arresten Decker en Kohll verder uitbreiden of juist inperken, kunnen hierop nog van invloed zijn. De invloed van Europa op het Nederlandse zorgstelsel kan echter wel aanzienlijk zijn, bijvoorbeeld door het ingrijpen van Europese regelgeving op de inrichting van ons zorgstelsel. Het scenario van verdere invoering en uitbreiding van gereguleerde concurrentie lijkt een goede mogelijkheid voor het 'Europa-compatible' maken van het Nederlandse stelsel. Vrijheid voor marktpartijen kan, bij gelijkblijvende wachttijden in de zorg, echter wel leiden tot grotere druk op bepaalde principes in het huidige zorgstelsel, zoals gelijke zorg voor iedereen bij gelijke medische noodzaak. Zo blijft Europa voorlopig een bron van zorg voor de Nederlandse gezondheidszorg. ⁷

Dr. W.B.F. Brouwer, Mr. dr. H.E.G.M. Hermans en Prof. dr. E.K.A. van Doorslaer zijn respectievelijk als EUR-fellow, hoofddocent gezondheidsrecht en hoogleraar economie van de gezondheidszorg verbonden aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. In opdracht van de werkgroep VVS hebben zij het rapport Europese invloeden op de wachtlijst geschreven. Te bestellen bij ZorgOnderzoek Nederland, e-mail zorg@zon.nl.

Referentielijst op te vragen bij de redactie