



## CONTRACTEREN VOOR GRENSOVERSCHRIJDENDE GEZONDHEIDSZORG IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN: EEN ANALYSE VAN GEZICHTSPUNTEN VAN BELGISCHE, NEDERLANDSE EN ENGELSE BETROKKEN SPELERS

Irene A. Glinos, Nicole Boffin en Rita Baeten

### SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEKSRAPPORT<sup>1</sup>

Dit rapport is het resultaat van een case-study die in 2004 en 2005 werd uitgevoerd met als bedoeling een beter inzicht te krijgen in de praktijken en de motivaties achter grensoverschrijdende overeenkomsten tussen Belgische ziekenhuizen enerzijds, en Nederlandse en Engelse inkopers van gezondheidszorg anderzijds. De hoofddoelstellingen van het onderzoek waren vierledig: de context in Nederland en Engeland voor het inkopen van gezondheidszorg in het buitenland vast te stellen; de omvang en de aard van het inkopen van Belgische ziekenhuisbehandelingen nagaan; de beweegredenen van de belanghebbenden analyseren en onderzoeken wat de potentiële impact kan zijn voor de gezondheidszorgsystemen en de betrokken spelers.

Een belangrijke eerste stap was licht werpen op de omvang van het fenomeen. Wij vonden dat patiëntenmobiliteit in België relatief beperkt is, maar wel toeneemt. Op basis van statistische gegevens van 2002 over ziekenhuisopnamen van niet-Belgische patiënten stelden wij vast dat deze opnamen slechts een marginale 0,5% van de totale opnamen in Belgische ziekenhuizen vertegenwoordigen. De grootste instroom komt uit Nederland, dat goed was voor ongeveer 60% van de niet-Belgische patiënten. Uit de gegevens bleek ook dat ongeveer 63% van de buitenlandse opnamen plaatsvond in ziekenhuizen in het Vlaamse Gewest. Cijfers over patiëntenstromen binnen het E112-systeem maken een vergelijking tussen 1998 en 2003 mogelijk. Het blijkt dat het totaal aantal E112-patiënten in die periode meer dan verdubbelde (van 10.773 tot 22.333), terwijl het aantal Nederlandse E112-patiënten verdrievoudigde (van 3.970 tot 12.503). Gegevens van de twee Nederlandse ziekenfondsen met de langste ervaring in het uitwijken naar Belgische ziekenhuizen (het OZ en het CZ), toonden aan dat in 2001 ongeveer 3.000 van hun leden in Belgische ziekenhuizen werden behandeld, zowel voor ambulante zorgen en ziekenhuisopnames, terwijl dat cijfer in 2004 tot bijna 7.300 was gestegen. Deze gegevens uit verschillende bronnen bevestigen de sterke stijging van de nog steeds relatief marginale volumes van buitenlandse patiënten die in België worden behandeld. Cijfers van specifieke ziekenhuizen wijzen er echter op, dat wat landelijk gezien een vrij beperkt fenomeen is, in specifieke ziekenhuisafdelingen toch tot concentraties kan leiden. Zo was in een bepaald Belgisch academisch ziekenhuis 9,3% van de patiënten in de chirurgieafdeling van buitenlandse oorsprong.

---

<sup>1</sup> Glinos, I. A., Boffin, N. en Baeten, R. (2005), "Contracting Cross-border Care in Belgian Hospitals: An Analysis of Belgian, Dutch and English Stakeholder Perspectives", Report for the project "Europe for patients", Observatoire social européen, Brussels, August 2005 ([http://www.ose.be/files/health/BelgianCaseStudy\\_ForPrint.pdf](http://www.ose.be/files/health/BelgianCaseStudy_ForPrint.pdf)).

Aangezien directe grensoverschrijdende contracten nog een nieuwe en vrij onbekende praktijk zijn, is het belangrijk om uit te leggen hoe zij functioneren. Uit een analyse van de initiële fases blijkt dat het voor het afsluiten van de nieuwe contracten vanuit Nederland belangrijk is dat er reeds samenwerking aanwezig was in de grenszones tussen België en Nederland. De NHS-contracten met België werden vergemakkelijkt door een eerder proefproject; door het ondertekenen van een bilateraal raamakkoord tussen België en Engeland en door de oprichting was er het London Patient Choice Project, dat gericht was op het inkorten van de wachttijden en een betere patiëntenzorg. Een onderzoek van de contractuele overeenkomsten leverde vier soorten spelers op:

- Buitenlandse inkopers: vier Nederlandse zorgverzekeraars en de NHS Lead Commissioner (dit is de GST die contracten afsluit in naam van vier NHS Hospital Trusts) die gezondheidszorg in België inkopen.
- Belgische zorgverstrekkers: ziekenhuizen en ziekenhuisartsen.
- De overheden van de twee "uitsturende" landen (Nederland en Engeland) en van België.
- Een tussenpersoon: een Belgisch ziekenfonds, de CM, dat een bemiddelende rol speelt tussen Nederlandse zorgverzekeraars en Belgische ziekenhuizen.

De eerste Nederlandse contracten met Belgische ziekenhuizen werden in de late jaren 90 afgesloten. De contracten zijn gebaseerd op een officieel "modelcontract" dat in principe wordt gebruikt tussen zorginkopers en verstrekkers in Nederland. Nederlandse zorgverzekeraars hebben verscheidene evaluatieprocedures opgesteld om Belgische ziekenhuizen te selecteren. Grensoverschrijdende contracten moeten weliswaar de limieten van de Nederlandse gezondheidszorgpakketten respecteren, maar toch variëren ze. Sommige zijn zeer ruim en bevatten alle behandelingen die Belgische ziekenhuizen aanbieden, terwijl andere de behandelingen waarvoor men naar België kan gaan beperken. Patiënten kunnen vrij kiezen of ze in Nederlandse of Belgische ziekenhuizen worden behandeld en er is geen verschil in het verwijzingsstelsel als een patiënt verkiest naar België te gaan. Op medisch gebied zijn de Belgische normen van toepassing en Belgische verstrekkers zijn niet verplicht om Nederlandse normen na te leven. Voor Nederlandse zorgverzekeraars stemmen de prijzen en medische tarieven voor de behandeling van Nederlandse patiënten overeen met Belgische tarieven. Het Belgische ziekenfonds werkt samen met twee van de vier Nederlandse zorgverzekeraars en ziet erop toe dat de tarificatie door het Belgische ziekenhuis correct gebeurt, conform de Belgische wetgeving. Hierbij moet worden vermeld dat een Nederlandse zorgverzekeraar, OZ, een speciaal hybride contractstelsel gebruikt dat de E112-procedure combineert met directe contracten.

De NHS sloot in 2003 contracten af met vijf Belgische ziekenhuizen voor heup- en kniechirurgie. Het was een zeer lang en uiterst nauwgezet proces om Belgische ziekenhuizen te selecteren en te kwalificeren en onderhandelingen te voeren over de contracten. In de 21 bijlagen van de contracten stonden alle details van de behandelingen, de weg die de patiënten moesten volgen en de samenwerking tussen de ziekenhuizen. Er werd een "buddy" stelsel opgezet om de samenwerking tussen Engelse en Belgische artsen te bevorderen, maar dit liep niet altijd zoals verwacht. De patiënten werden bovendien bijgestaan door niet-medische verbindingsofficiërs, Euro-PALs. De contracten vermeldden "pakketprijzen" die alle kostcomponenten van de heup- of kniechirurgie dekten en die gebaseerd waren op officiële Belgische tarieven.

Om de motieven van de betrokken spelers voor een grotere patiëntenmobiliteit te begrijpen, keken we eerst naar de Nederlandse zorgverzekeraars. De belangrijkste redenen voor het afsluiten van buitenlandse contracten waren de wachtlijsten en de groeiende concurrentie tussen de zorgverzekeraars. Belgische ziekenhuizen liggen voor de hand als contractpartners wegens de geografische nabijheid en taalverwantschap, het feit dat miljoenen leden van Nederlandse zorgverzekeraars in de grensstreek met België wonen en omdat de Belgische ziekenhuisprijzen 10% goedkoper zijn dan de Nederlandse. Omdat Nederlandse zorgverzekeraars het contractstelsel dat zij "thuis" gebruiken exporteren, is de samenwerking met Belgische ziekenhuizen eenvoudig. NHS en Hospital Trusts die patiënten naar het buitenland sturen, wilden vooral de wachtlijsten korter maken en

de overheidsdoelstellingen in verband met het inkorten van de wachtlijsten halen. Directe contracten werden beschouwd als de beste manier om ervoor te zorgen dat de gezondheidszorg die Engelse patiënten in het buitenland zouden krijgen, kwaliteitsvol en veilig zou zijn. De belangrijkste reden om Belgische ziekenhuizen onder de Europese verstreckers te kiezen was de goede verbinding vanuit Londen. Zowel voor de Nederlandse zorgverzekeraars als voor de NHS kunnen grensoverschrijdende contracten worden beschouwd als een manier om druk uit te oefenen op de (openbare en/of privé) verstreckers in eigen land, omdat het contracteren met buitenlandse verstreckers monopolistisch gedrag kan ontmoedigen doordat ze het aanbod van verstreckers vergroten.

Belgische ziekenhuizen nemen anderzijds graag buitenlandse patiënten op. Zij willen contracten afsluiten omdat de ziekenhuisfinanciering grotendeels gebaseerd is op het activiteitsniveau. Er zijn financiële incentives om de optimale capaciteit te bereiken en de extra inkomsten die daaruit voortvloeien, kunnen helpen om de kosten van dure investeringen te dekken. Omdat het aanbod overvloedig is en er concurrentie heerst tussen de ziekenhuizen, kan het opnemen van buitenlandse patiënten cruciaal zijn voor sommige kleinere ziekenhuizen. Aangezien het ereloon van de artsen gebaseerd is op de prestaties die ze verlenen, hebben zij er financieel belang bij om meer patiënten te behandelen. Grensoverschrijdende samenwerking kan bovendien hun reputatie en vaardigheden verbeteren en banden met buitenlandse collega's smeden.

De belangrijkste drijfveren voor de overheden van de twee "uitsturende" landen waren de aanbodtekorten en de wachtlijsten in hun systemen. De arresten van het Europees Hof van Justitie hebben patiënten het recht op grensoverschrijdende verzorging gegeven wanneer ze die thuis niet kunnen krijgen "zonder buitensporige wachttijd". Contracten met buitenlandse verstreckers geeft aan de inkopers de mogelijkheid om zowel de patiëntenstromen als de kwaliteit, de hoeveelheid en het soort aangeboden verzorging te controleren. Anderzijds wilden de Belgische overheden het Belgische systeem veiligstellen, om te vermijden dat grensoverschrijdende contracten prijsstijgingen of wachttijden voor nationale patiënten voor gevolg zouden hebben

Voor de CM als tussenpersoon bood de deelname als derde contracterende partij de kans om de situatie in het oog te houden en ervoor te zorgen dat de Belgische tarieven en de algemene aspecten van het Belgische systeem gerespecteerd worden. De CM heeft er belang bij dat er geen wachtlijsten ontstaan voor zijn leden en dat de buitenlandse contracten de Belgische prijzen niet omhoog stuwten. Tegen de achtergrond van de groeiende concurrentiestrijd onder de Belgische ziekenfondsen, kan deelname aan dergelijke contracten de CM de mogelijkheid geven om zijn positie zowel nationaal als internationaal te versterken door bevoorrechte relaties met Belgische verstreckers aan te gaan en aan grensoverschrijdende samenwerking te doen.

De patiëntenmobiliteit wordt ook beïnvloed door een reeks bijkomende factoren, die zowel stimulerend als hinderlijk kunnen zijn. In een grensoverschrijdende situatie is het organiseren van voor- en nabehandelingen niet vanzelfsprekend. De Belgische ziekenhuizen vonden dat de zware bureaucratische procedures en de langdurige onderhandelingen de patiëntenmobiliteit onnodig ingewikkeld maakten. Anderzijds vond men dat de Euro-PALS die de NHS-patiënten tijdens hun verblijf in België assisteerden, erg nuttig waren. Door de onbekendheid van de aard van het contractstelsel en de onvoorspelbaarheid van de volumes aan patiëntenstromen nam de onzekerheid rond mobiliteit toe, terwijl het gebrek aan samenwerking van de Engelse en Nederlandse verstreckers in sommige gevallen de patiënten rechtstreeks verhinderde naar het buitenland te gaan. Door de Belgische manier van het berekenen van de ligdagprijs, die de gehele kosten niet weerspiegelt, zouden Belgische ziekenhuizen ervoor kunnen kiezen om alleen die buitenlandse patiënten te behandelen die voor hen geen verlies inhouden. Grensoverschrijdende gezondheidszorg geeft de patiënten een keuze: ofwel wachten zij om thuis, in hun vertrouwde omgeving, te worden behandeld, ofwel reizen zij naar het

buitenland waar ze snel toegang krijgen tot een systeem dat voor hen veel minder vertrouwd is. Dit onzekerheids- of onveiligheidsgevoel kan een hinderpaal zijn voor de mobiliteit. Op functioneel gebied kan de patiëntenmobiliteit worden bevorderd door lokale spelers te betrekken bij grensoverschrijdende overeenkomsten en door nieuwe praktijken eerder vanuit de basis dan vanuit de top te benaderen. Ten slotte stelden wij een verschil vast tussen de Belgische-Nederlandse grens en de Belgische-Engelse grens. Door een aantal geografische, linguïstische en sociaal-culturele factoren lijkt de eerste meer transparant, waardoor de gezondheidszorg aan de andere kant van de grens toegankelijker kan lijken.

Als we ten slotte kijken naar de mogelijke impact van patiëntenmobiliteit en de bijbehorende opportuniteiten en risico's voor de "exporterende" systemen dan kunnen grensoverschrijdende contracten patiënten extra mogelijkheden geven, aangezien ze sneller of dichterbij huis toegang krijgen. Buitenlandse contracten kunnen nationale verstrekkers ertoe aanzetten om hun prestaties te verbeteren en/of hun prijzen te laten dalen, wanneer zij beseffen dat zij contracten en patiënten aan buitenlandse verstrekkers zouden kunnen verliezen. Maar grensoverschrijdende rivaliteit kan de concurrentie ook verstoren wanneer de prijzen voor de gezondheidszorg in beide landen de kostelementen niet dekken.

De grenzen openstellen voor mobiele patiënten betekent ook dat het totale gezondheidszorgverbruik toeneemt. Toegang tot buitenlandse gezondheidszorg gaat immers in tegen nationale mechanismen om de kosten te beperken. Dit kan potentieel gevolgen hebben voor de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Voor de verstrekkers van het "importerende" systeem is het toelaten van buitenlandse patiënten een manier om reservecapaciteit aan te wenden en extra inkomsten te verwerven. Maar als buitenlandse zorginkopers hogere prijzen kunnen aanrekenen dan de officiële Belgische tarieven, dan ontstaat het risico dat grensoverschrijdende contracten de prijzen kunnen de hoogte in jagen. Dit risico is ook meer dan eens concreet geworden. Een ander probleem is het ontstaan van wachttijden voor nationale patiënten. We hebben daarvan geen aanwijzingen gevonden, maar die zouden we ook zeer moeilijk kunnen vinden, aangezien er in België geen officiële registratie is. Er is bovendien juridische onzekerheid over de budgetberekeningen van Belgische ziekenhuizen en de Belgische overheid heeft geen informatie over de praktijken op zijn eigen grondgebied. Hervormingen van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem kunnen ook een belangrijke weerslag hebben in België, want de impact van die hervormingen stopt niet langer aan de grens. Naarmate buitenlandse patiënten in België verzorgd worden, dringen buitenlandse en nieuwe procedures het gezondheidszorgsysteem van het land binnen.

Ons onderzoek suggereert dat mobiele patiënten, buitenlandse zorginkopers en Belgische verstrekkers tot nu toe voordeel halen uit de toenemende mogelijkheden voor grensoverschrijdende gezondheidszorg. Maar voorzichtigheid is geboden. Patiëntenstromen lijken te groeien. Het risico van prijsstijgingen bestaat wanneer de Belgische tarieven niet in de contracten worden opgenomen. Omdat buitenlandse patiënten in hogere concentraties lijken voor te komen in specifieke ziekenhuizen en specifieke ziekenhuisafdelingen, verdient het aanbeveling om de toegang voor nationale patiënten te waarborgen.

Een kader op Europees niveau voor grensoverschrijdende contracten tussen verstrekkers en zorginkopers die garandeert dat de overheden van de uitzendende en de ontvangende landen bij het systeem betrokken worden, zou een geschikt instrument kunnen zijn om de juridische zekerheid voor alle betrokken partijen te verhogen en om te garanderen dat alle patiënten, dus zowel zij die over de grens op zoek gaan naar gezondheidszorg als zij die in hun nationale systeem worden behandeld, op een duurzame wijze voordeel halen uit een grotere patiëntenmobiliteit.

Onze case-study heeft een veel duidelijker beeld opgeleverd van wat er gebeurt, hoe grensoverschrijdende contracten in de praktijk werken en welke belanghebbenden erbij betrokken zijn.

Een beter begrip van de praktische aspecten geeft inzicht in de redenen achter de grensoverschrijdende contracten. Het verklaart waarom belanghebbenden al dan niet gemotiveerd zijn om aan dergelijke innoverende praktijken deel te nemen. Maar hoewel het nu duidelijker geworden is hoe grensoverschrijdende overeenkomsten functioneren en wat de motieven ervoor zijn, zijn er ook een aantal meer controversiële vragen aan het licht gekomen. Meer algemeen dringt de vraag zich op of patiëntenmobiliteit gebaseerd is op een vrije keuze van de patiënten of door de omstandigheden opgedrongen wordt, en meer abstract of grensoverschrijdende patiëntenstromen uiteindelijk als een succes dan wel als een mislukking moeten beschouwd worden.

Patiëntenmobiliteit kan gezien worden als een kunstmatige oplossing voor het probleem van de wachtlijsten: in plaats van het probleem binnen het nationale systeem op te lossen, gaan de zorginkopers gewoon in het buitenland op zoek naar oplossingen. Dit komt neer op het exporteren van de problemen van hun land. Landen die systematisch een beroep doen op buitenlandse gezondheidszorgcapaciteit zouden hiermee bovendien dure nationale investeringen in medische infrastructuur kunnen beperken. Dergelijke strategieën lijken relevant voor regio's met zeer specifieke kenmerken, zoals een geografische isolatie of een lage bevolkingsdichtheid.

Voor de patiënten is het essentieel dat de gezondheidszorg dichtbij huis wordt verstrekt. De instanties die verantwoordelijk zijn voor het verstrekken van gezondheidszorg hebben daarom de verantwoordelijkheid om die zo te organiseren dat aan deze vereiste wordt voldaan. Het belang van geografische en culturele nabijheid wordt geïllustreerd door de volumes aan Nederlandse patiëntenstromen: terwijl de ziekenfondsleden die in de Belgisch-Nederlandse grensstreek leven met duizenden naar België gaan, zijn zorgverzekeraars met leden over heel Nederland ontgoocheld over de lage aantallen patiënten die voor verzorging in België kiezen. In dit opzicht dienen wij een onderscheid te maken tussen:

- De bevolking die in de grensstreek met België woont, waar grensoverschrijdende contracten een praktische, logische en eenvoudige oplossing lijken voor de bevolking die dicht bij Belgische gezondheidszorginstellingen woont dan bij Nederlandse. In deze context kan het buitenland dichterbij zijn en kunnen patiënten de voorkeur geven aan grensoverschrijdende gezondheidszorg.
- Mensen die verder weg van de grens wonen, hetzij in Nederland, hetzij in Engeland. Voor hen is mobiliteit een alternatief voor lange wachttijden in het eigen land. Zij aarzelen vaak meer om naar het buitenland te gaan, omdat ze liever zo dicht mogelijk bij huis blijven als ze gezondheidszorg nodig hebben.

Dit onderscheid roept de vraag op of patiëntenmobiliteit gaat over de voorkeur van patiënten en het verruimen van hun keuzes, dan wel of de belangen van andere spelers ermee gediend zijn. In dat laatste geval zijn patiënten slechts de instrumenten van de grensoverschrijdende gezondheidszorg, eerder dan de reden ervoor. Een van de zekere motieven van grensoverschrijdende overeenkomsten is het belang dat zorginkopers van gezondheidszorg hebben in het vermijden van nationale aanbodtekorten. Als zij een beroep doen op buitenlandse verstrekkers geven zij de nationale verstrekkers een signaal dat zij inkomsten zouden kunnen verliezen als zij hun prestaties niet verbeteren. Voorbeelden uit zowel de Nederlandse als de Engelse systemen geven aan dat de lokale verstrekkers bereid zijn om harder te werken als de dreiging van patiëntenmobiliteit erg reëel wordt. Er zijn aanwijzingen dat hun prestaties dan verbeteren en de wachttijden inkrimpen. Een andere voor de hand liggende verklaring van patiëntenmobiliteit is het belang dat de verstrekkers hebben bij het opvangen van buitenlandse patiënten. Zowel het structurele overaanbod aan ziekenhuiszorg, de rechtstreekse financiële stimulansen voor de verstrekkers als de concurrentiële Belgische ziekenhuisomgeving dragen ertoe bij dat Belgische ziekenhuizen en Belgische ziekenhuisartsen graag

meer patiënten behandelen. Als we uitgaan van de grote belangen van zowel zorginkopers als verstrekkers, lijkt patiëntenmobiliteit eerder een neveneffect dat het doel op zich.

Observatoire social européen  
<http://www.ose.be>

Europe For Patients Project  
<http://www.europe4patients.org>