



NEDERLANDSE PATIËNTEN EVALUEREN GECONTRACTEERDE ZORG IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN: RESULTATEN VAN EEN ONDERZOEK VIA EEN POSTENQUÊTE

Nicole Boffin en Rita Baeten

SAMENVATTING VAN HET ONDERZOEKSRAPPORT¹

Achtergrond

Dit onderzoek is een onderdeel van een ruimere studie over grensoverschrijdende gezondheidszorg in Belgische ziekenhuizen via contractuele overeenkomsten². Ze werd georganiseerd om het standpunt van de patiënten te beschrijven over de grensoverschrijdende zorg die door twee Nederlandse ziekteverzekeraars, OZ en CZ, in Belgische ziekenhuizen werd gecontracteerd.

De belangrijkste vragen van ons onderzoek waren:

1. Hoe gemakkelijk is de toegang tot grensoverschrijdende zorg? Welke informatiebronnen worden gebruikt en hoe doeltreffend waren die? Met andere woorden, sloten de gewenste en de geleverde informatie op elkaar aan?
2. Welke argumenten aan beide kanten van de grens stimuleerden de patiënten om gezondheidszorg in het buitenland te zoeken?
3. Hoe evalueren patiënten de zorg die zij in het Belgische ziekenhuis hebben gekregen? Om de ziekenhuis kwaliteit te beoordelen wordt gekeken naar de algemene zorg en de behandeling op zich, aspecten van de ziekenhuisservice en informatie over de nabehandeling.

Methodes

Een toevallige steekproef van 1195 personen werd getrokken uit een bestand van de volwassen leden van CZ en OZ die zich in het tweede deel van 2004 voor behandeling in het buitenland inschreven in het CareNet Scheldemond informatiesysteem voor gecontracteerde zorg. De vragenlijsten werden in februari 2005 verstuurd naar 1120 personen die in aanmerking kwamen.

¹ Boffin, N. en Baeten, R. (2005), "Dutch patients evaluate contracted care in Belgian hospitals: results of a mail survey", Report for the project "Europe for patients", Observatoire social européen, Brussels, November 2005 (<http://www.ose.be/files/health/RepDutchPatients.pdf>).

² Zie ook 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).

Resultaten

Eind mei 2005 namen wij ingevulde vragenlijsten van 802 respondenten op. De aangepaste responsgraad bedroeg 71,6% voor de totale populatie. De respons was onafhankelijk van verzekeraar, geslacht, ziekenhuis en de tijd die verliep tussen de factuur en het onderzoek. In vergelijking met de niet-respondenten waren de respondenten iets ouder. Personen die geen behandeling kregen (maar naar het ziekenhuis gingen voor een scan) of niet in het ziekenhuis overnachtten, waren minder bereid om de vragenlijst in te vullen. Van de CZ-patiënten had 16,3% een privéverzekering (alle OZ-patiënten hadden een ziekenfondsverzekering).

Onze analyse toont aan dat OZ-patiënten en CZ-patiënten twee verschillende populaties zijn. OZ-patiënten zijn ouder en hebben een lagere sociaal-economische status, gemeten aan de hand van hun onderwijsniveau en belangrijkste inkomensbron. Hoewel de evaluatie van hun huidige gezondheidstoestand vergelijkbaar is met die van CZ-patiënten, werden de voorbije vijf jaar meer OZ-patiënten in Nederlandse ziekenhuizen opgenomen. Hun gezondheid is dus waarschijnlijk slechter.

De belangrijkste bevinding is dat Nederlandse OZ-patiënten niet naar een Nederlands ziekenhuis zouden zijn gegaan, ook niet als zij even snel zorg hadden gekregen in hun thuisland. Verscheidene vaststellingen in het onderzoek staan in verband met deze voorkeur. OZ-patiënten leven dicht bij het Belgische ziekenhuis dat zij bezochten en zijn ook meer op België gericht om te gaan winkelen, vrienden of familie te bezoeken en uit te gaan. Zij zijn ook beter vertrouwd met de Belgische gezondheidszorg en services, aangezien ongeveer de helft van de OZ-populatie reeds eerder naar België ging om medische redenen, hoofdzakelijk voor een of meer bezoeken aan een specialist. Er waren meer OZ-patiënten die reeds wisten dat zij naar een Belgisch ziekenhuis konden gaan voor medische verzorging, nog voor zij meer recent zelf zorg nodig hadden. Wij hebben geen gegevens over het soort medische specialist die door OZ-patiënten werd geraadpleegd, maar de onderzoeksgegevens suggereren diverse problemen en daarop aansluitende medische ingrepen. Minder dan een kwart van de OZ-patiënten had een medische ingreep nodig waarvoor er in Nederland een wachtlijst bestond. Meer OZ-patiënten werden intern verpleegd, dat wil zeggen dat zij minstens één nacht in het ziekenhuis doorbrachten. Zij bleven ook meer nachten in het ziekenhuis en moesten er meer dan één keer naartoe gaan, wat wijst op ernstigere gezondheidsproblemen dan die van CZ-patiënten. De OZ-patiënten die pas iets over grensoverschrijdende zorg hoorden toen zij die nodig hadden, werden erover ingelicht door een medisch specialist. Volgens de meeste OZ-patiënten was het ook de medisch specialist die hen het specifieke Belgische ziekenhuis adviseerde en die het meeste bijdroeg tot de beslissing om naar een Belgisch ziekenhuis te gaan. Er is meer dan een uitleg mogelijk voor de belangrijke rol van de medisch specialisten in het pre-ziekenhuispad van OZ-patiënten. Om te beginnen kan het een indicatie zijn voor de ernst van hun gezondheidsproblemen. Dit werd bevestigd door onze OZ-informanten, die verklaarden dat talrijke grensoverschrijdende patiënten chronische patiënten zijn, bijvoorbeeld nierpatiënten en diabetici. Maar van onze informanten en de literatuur weten wij ook dat OZ een meer restrictief beleid voert op het punt van patiëntenmobiliteit naar België, aangezien zij vrezen dat het regionale ziekenhuis in Zeeuws-Vlaanderen te weinig zal worden gebruikt. Dit ziekenhuis heeft de voorbije jaren een slechte reputatie gekregen. De grote tevredenheid van de OZ-patiënten over de informatie die zij hadden over ziekenhuisreputaties kan erop wijzen dat OZ-patiënten hiervoor heel gevoelig zijn. Nog overtuigender is het feit dat een betere reputatie van zowel de arts als het ziekenhuis doorslaggevend is voor de beslissing om naar België te gaan. Het openlijke beleid van OZ om grensoverschrijdende zorg te beperken wordt bevestigd door de resultaten van het onderzoek. OZ-patiënten vinden de behulpzaamheid van hun verzekeraar en het gemak waarmee zij toelating krijgen iets minder belangrijk. Ten slotte wijzen ook OZ-informanten erop hoe belangrijk de rol van medisch specialisten is in het pre-ziekenhuispad van OZ-patiënten bij grensoverschrijdende professionele activiteiten. Verscheidene medisch specialisten werken of werkten zowel in Belgische als in

Nederlandse ziekenhuizen en de stromen van OZ-patiënten worden bijgevolg mede gestuurd door grensoverschrijdende netwerken van medisch specialisten.

De andere zijde van onze belangrijkste bevinding is dat CZ-patiënten de voorkeur zouden gegeven hebben aan een Nederlands ziekenhuis als zij daar even snel verzorging hadden kunnen krijgen. Hier spelen de wachtlijsten dus een belangrijke rol. Driekwart van de CZ-patiënten verklaarde dat er in Nederland een wachtlijst was voor de zorg die zij nodig hadden. Het ontbreken van een wachtlijst is overduidelijk het belangrijkste argument in hun beslissing om naar een Belgisch ziekenhuis te gaan. Over de CZ-patiëntenpopulatie hebben wij basisbehandelingsgegevens. Wij vonden dat patiënten die medisch specialisten raadpleegden voor zwaarlijvigheid, abdominale chirurgie, plastische en andere chirurgie de langste wachtlijsten opgaven, en deze groep vertegenwoordigt bijna een vierde van de CZ-patiënten. Zij woonden verder weg van een Belgisch ziekenhuis, zijn minder op België gericht en hebben minder ervaring met de Belgische gezondheidszorg. Kortere reistijden naar het ziekenhuis zijn geen argument voor grensoverschrijdende gezondheidszorg voor de CZ-patiënten. Minder CZ-patiënten waren vertrouwd met de mogelijkheid van grensoverschrijdende gezondheidszorg en de meesten hoorden erover van niet professionele gezondheidswerkers, dat wil zeggen familie of vrienden. In tegenstelling tot de OZ-populatie, gebruiken CZ-patiënten informele kanalen om informatie te verkrijgen en te beslissen of ze naar een Belgisch ziekenhuis gaan. Hun verzekeraar stelt het ziekenhuis voor en helpt hen ook bij het beslissingsproces. Medisch specialisten spelen een ondergeschikte rol bij het geven van voorafgaande informatie, het kiezen van het ziekenhuis en hulp aan de CZ-patiënten om te beslissen. Wanneer de patiënten eenmaal toegang hebben tot de Belgische gezondheidszorg, zijn er geen significante verschillen tussen OZ-patiënten en CZ-patiënten met betrekking tot het post-ziekenhuispad en hun evaluatie van de zorgkwaliteit.

De algemene evaluatie van de Belgische ziekenhuiszorg en de evaluatie van de behandeling en de zorg in het ziekenhuis scoren even hoog in beide groepen. Aspecten die te maken hebben met de servicekwaliteit in het ziekenhuis en de informatie over de nabehandeling worden iets lager gewaardeerd. Voor zowat alle evaluatieaspecten is er geen verband met het bezochte ziekenhuis.

Een van de bekommernissen bij de grensoverschrijdende gezondheidszorg is de continuïteit van de zorg. Onze resultaten tonen aan dat er problemen voorkomen, maar in relatief kleine patiëntengroepen. Wij vonden dat bijna de helft van de populatie het ziekenhuis verliet met een voorschrift voor een geneesmiddel en dat de beschikbaarheid van het geneesmiddel thuis minder positief scoorde dan de andere zorgaspecten. De beschikbaarheid van hulpmiddelen werd negatief beoordeeld door de minderheid (14%) van de patiënten die deze nodig hadden. Zeer weinig patiënten (3%) werden opgenomen in een verpleeginstelling of een revalidatiecentrum nadat ze het ziekenhuis hadden verlaten. Zij lieten zich ook minder positief uit over de nabehandeling informatie die zij kregen van het Belgische ziekenhuis. Één op 10 patiënten kreeg achteraf thuisverzorging en ook zij waren verdeeld in hun oordeel over de kwaliteit van informatie die hun thuisverzorgingsorganisatie had gekregen van het Belgische ziekenhuis.

Conclusies

Dit onderzoek werd georganiseerd om drie onderzoeksvragen te bestuderen:

1. Hoe gemakkelijk is de toegang tot grensoverschrijdende zorg? Welke informatiebronnen worden gebruikt en hoe doeltreffend waren die? Met andere woorden, sloten de gewenste en de geleverde informatie op elkaar aan?
2. Welke argumenten aan beide kanten van de grens stimuleerden de patiënten om gezondheidszorg in het buitenland te zoeken?

3. Hoe evalueren patiënten de zorg die zij in het Belgische ziekenhuis hebben gekregen? Om de ziekenhuis kwaliteit te beoordelen wordt gekeken naar de algemene zorg en de behandeling op zich, aspecten van de ziekenhuisservice en informatie over de nabehandeling.

Wij vonden dat de CZ-populatie en de OZ-populatie op de eerste en de tweede vraag meestal een verschillend antwoord gaven. De antwoorden op de derde vraag worden gedeeld door de twee subpopulaties.

- **Hoe evalueren patiënten de zorg die zij in het Belgische ziekenhuis hebben gekregen?**

Zowel CZ-patiënten als OZ-patiënten hebben positieve ervaringen over de zorg die zij ontvangen in Belgische ziekenhuizen. De ziekenhuiszorg en de eigenlijke behandeling halen de hoogste score, samen met de algemene evaluatie van de meest recente ervaring met de Belgische ziekenhuiszorg. Aspecten van de ziekenhuisservice en de algemene nabehandeling, of meer specifiek, informatie over het herstel, kregen minder hoge scores, maar waren nog steeds positief. Minder optimaal waren de mate waarin de geneesmiddelen en vooral de hulpmiddelen die door het ziekenhuis werden voorgeschreven thuis beschikbaar waren. Zoals verwacht kregen slechts weinig patiënten professionele nabehandeling nadat zij het ziekenhuis hadden verlaten. Maar deze patiënten lieten zich niet positief uit over de informatie die aan hun thuisverzorgingsorganisatie, revalidatiecentrum of verpleegtehuis werd gegeven.

- **Welke argumenten aan beide kanten van de grens stimuleerden de patiënten om gezondheidszorg in het buitenland te zoeken?**

OZ-patiënten en CZ-patiënten worden door verscheidene argumenten naar de Belgische gezondheidszorg geduwd of getrokken. CZ-patiënten worden naar Belgische ziekenhuizen geduwd door de lange wachtlijsten in hun land. Waren die er niet geweest, dan waren zij liever in Nederland gebleven. OZ-patiënten worden aangetrokken door de nabijheid van België, in alle betekenissen van het woord. Ook zonder wachtlijsten zouden zij de voorkeur hebben gegeven aan een Belgisch ziekenhuis. Verscheidene gegevens wijzen erop dat de mobiliteit van OZ-patiënten naar België los staat van wachtlijsten en in verband staat met hun ernstigere gezondheidsproblemen, het beleid van OZ en de grensoverschrijdende professionele activiteiten van medisch specialisten. OZ-patiënten worden ook naar de Belgische ziekenhuizen getrokken door hun goede reputatie.

- **Hoe gemakkelijk is de toegang tot grensoverschrijdende zorg?**

Meer OZ-patiënten waren vertrouwd met de mogelijkheden van grensoverschrijdende gezondheidszorg voor zij die meer recent ook echt nodig hadden. Medisch specialisten hadden een meer uitgesproken rol in de toegang van OZ-patiënten tot de Belgische gezondheidszorg. CZ-patiënten gebruiken meer informele, dat wil zeggen niet-professionele, informatiebronnen en ondersteuning voor hun beslissingsproces om naar een Belgisch ziekenhuis te gaan. Over het algemeen is informatie over grensoverschrijdende zorg passend. De keuzevrijheid en de gemakkelijke toegang worden als nog positiever beoordeeld.