

Grenseffectenrapportage 2021

Dossier 4: Is de EU-richtlijn betreffende de rechten van patiënten geschikt om te voorzien in goed functionerende gezondheidszorg in grensoverschrijdende regio's? Een ex-post beoordeling



Universiteit Maastricht

Grenseffectenrapportage 2021

Dossier 4: Is de EU-patiëntenrichtlijn geschikt om te voorzien in goed functionerende gezondheidszorg in grensoverschrijdende regio's?

Een ex-post beoordeling

Susanne Sivonen

Met de steun van Dr. Nina Büttgen

Het *Institute for Transnational and Euregional cross border cooperation and Mobility / ITEM* is de spil van wetenschappelijk onderzoek, advisering, kennisuitwisseling en trainingsactiviteiten omtrent grensoverschrijdende samenwerking en mobiliteit.

ITEM is een initiatief van Universiteit Maastricht (UM), het Nederlands Expertise en Innovatiecentrum Maatschappelijke Effecten Demografische krimp (NEIMED), Zuyd Hogeschool, de Gemeente Maastricht, de Euregio Maas-Rijn (EMR) en de Provincie Limburg (NL).



Gemeente Maastricht



Maastricht University



Zuyd
Hogeschool **ZU**
YD

provincie limburg
gesubsidieerd door de Provincie Limburg



Inhoud

Afkortingen.....	3
1. Inleiding & Methode	4
1.1 Methode en afbakening	4
1.2 De onderzoeksthema's, beginselen, benchmarks en indicatoren van het dossier	6
2. Grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's: uitdagingen en bijzonderheden	7
2.1 Belemmeringen voor grensoverschrijdende gezondheidszorgverlening.....	9
2.2 Nationale discrepanties bij de organisatie van de gezondheidszorg - een vereenvoudigd overzicht	10
3. EU-wetgevingskader inzake de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg.....	14
3.1 Toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg uit hoofde van Verordening 883/2004 ...	15
3.2 De Richtlijn betreffende de rechten van patiënten 2011/24	16
3.3 Zijn de belemmeringen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's het gevolg van tekortkomingen in het EU-rechtskader?	18
4. Goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's: hindernissen overwinnen.....	22
4.1 De EU-Richtlijn Patiëntenrechten in het licht van de bijzondere kenmerken van grensregio's .	22
4.2 Voorbeelden van <i>good practice</i> : ZOAST, IZOM en euPrevent	24
4.3 Obstakels overwinnen: succesfactoren voor de totstandkoming van een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's	26
5. Conclusies	28
5.1 Inhoudelijke conclusies	28
5.2 Vooruitzichten en verder onderzoek	30
Bijlage: Andere voorbeelden van belemmeringen voor de toegang tot zorgvoorzieningen voor inwoners van grens(overschrijdende)regio's	31

Afkortingen

APR-DRG	<i>All Patients Refined</i> diagnosegerelateerde groep
BE	België
DBC	Diagnose Behandelcombinatie
DE	Duitsland
DRG	Diagnosegerelateerde Groep
EC	Europese Commissie
EHIC	Europese gezondheidskaart/zorgpas
EU	Europese Unie
EUCFR	Handvest van de grondrechten van de Europese Unie
EMR	Euregio Maas-Rijn
BBP	Bruto Binnenlands Product
D-DRG	Duitse diagnosegerelateerde groep
NL	Nederland
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
VEU	Verdrag betreffende de Europese Unie
VWEU	Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie

1. Inleiding & Methode

Hoewel grensoverschrijdende gezondheidszorg met name voor grensregio's van essentieel belang is, kunnen de verschillen tussen de lidstaten – en in het bijzonder tussen de zorgstelsels van die lidstaten – belemmeringen opwerpen voor de toegang van burgers tot gezondheidszorg in een grensoverschrijdende setting. In het licht van de doelstellingen inzake sociaaleconomische/duurzame ontwikkeling, Europese integratie en euregionale samenhang worden in dit dossier de huidige uitdagingen inzake de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg in de grens(overschrijdende)regio's van België, Nederland en Duitsland onderzocht. Aangezien Richtlijn 2011/24/EU betreffende patiëntenrechten voorziet in wetgeving voor de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg binnen de Europese Unie, richt deze analyse zich op een ex-post beoordeling van de grenseffecten van deze wetgeving. Dit onderzoek komt op het juiste moment omdat de Richtlijn momenteel wordt geëvalueerd door de Europese Commissie.¹

Uitgangspunt is dat grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's van essentieel belang is om de burgers adequate levensomstandigheden te bieden; zonder grensoverschrijdende gezondheidszorg zouden de afzonderlijke grensregio's tekortkomingen vertonen vanwege hun afgelegen geografische ligging ten opzichte van de nationale centra. Dit dossier is dan ook bedoeld als een verkennende studie. Het streven is verschillende belemmeringen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg te onderzoeken aan de hand van een benchmark van wat een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's inhoudt. Binnen de doelstelling "sociaaleconomische ontwikkeling" geeft het dossier diverse voorbeelden van belemmeringen die van invloed zijn op de mobiliteit van burgers in grens(overschrijdende)regio's. In verband met de doelstelling "Europese integratie" onderzoekt dit dossier de stand van zaken van het EU-kader voor grensoverschrijdende gezondheidszorg. In het dossier wordt geanalyseerd of Richtlijn 2011/24 [hierna "de Richtlijn"] toereikend is voor het beoogde doel, gezien de bijzondere kenmerken en behoeften van grensregio's. Aangezien de Richtlijn oplossingen kan bieden voor de grensbelemmeringen verbonden met de bijzondere behoefte aan patiëntenmobiliteit in grensregio's, zal het dossier worden afgesloten met een bespreking van de grensoverschrijdende samenwerking in het kader van de doelstelling "Euregionale samenhang". Daarmee worden tevens de *best practices* voor de opzet van grensoverschrijdende gezondheidszorg in kaart gebracht.

1.1 Methode en afbakening

Evaluatie ex-post

Dit dossier draagt bij tot het "achteraf" in kaart brengen van de negatieve grenseffecten van bestaand beleid en bestaande wetgeving, met name die van Richtlijn 2011/24 betreffende de rechten van patiënten. De Richtlijn kan echter niet op zichzelf worden beoordeeld: zij functioneert als onderdeel van een aanvullend systeem van grensoverschrijdende gezondheidszorg naast Verordening 883/2004²

¹ Het is de bedoeling dat deze evaluatie in het tweede kwartaal van 2022 wordt afgerond. Europese Commissie, "Cross-border healthcare – evaluation of patients' rights" https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12844-Cross-border-healthcare-evaluation-of-patients%E2%80%99-rights_en.

² Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels.

[hierna: de Verordening] betreffende de coördinatie van socialezekerheidsuitkeringen. Met het oog op de haalbaarheid en de focus van dit onderzoek wordt echter slechts in beperkte mate – d.w.z. alleen waar nodig – naar de Verordening verwezen.

Geografische afbakening

Ten aanzien van de geografische afbakening van de analyse, is het relevant te weten dat gezondheidszorg een nationale bevoegdheid is. Daarom is slechts één select gebied onderzocht op de aanwezigheid van belemmeringen: de gezamenlijke grensregio's van België, Nederland en Duitsland. Aangezien het dossier zich echter richt op de toereikendheid van de Richtlijn betreffende patiëntenrechten vanuit het perspectief van grensregio's in het algemeen, zouden bepaalde aspecten van dit dossier ook kunnen gelden voor andere regio's binnen de EU.

Definities

In het dossier wordt de term **grensregio gebruikt**. Daarmee wordt impliciet ook bedoeld op **grensoverschrijdend gebied** – d.w.z. een grensregio gezien vanuit een 360 graden grensoverschrijdend perspectief in plaats van een louter nationaal perspectief.

Voorts dient in dit dossier te worden gedefinieerd wat onder **grensoverschrijdende gezondheidszorg** wordt verstaan. Grensoverschrijdende gezondheidszorg omvat niet alleen de mobiliteit van patiënten, maar ook het vrije verkeer van diensten en zorgaanbieders (zowel institutionele aanbieders zoals ziekenhuizen of klinieken, als individuele artsen)³ alsmede de mobiliteit van medisch personeel.⁴ In dit dossier heeft de term "grensoverschrijdende gezondheidszorg" een beperktere reikwijdte, die met name is gericht op de **toegang tot grensoverschrijdende geplande medische zorg van inwoners van (grensoverschrijdende) regio's** binnen de werkingssfeer van de EU-richtlijn betreffende de rechten van patiënten en in het kader van de lopende evaluatie van die wetgeving. In aanvulling daarop zullen in bijlage verdere voorbeelden van belemmeringen binnen een breder scala van diensten worden aangereikt die blijk geven van de diversiteit van de zorgstelsels en de vele uitdagingen die daaruit in een grensoverschrijdende setting kunnen voortvloeien. Overigens zal het dossier niet elke belemmering in detail analyseren – dat zou het verkennende karakter ervan te buiten gaan. Deze studie beoogt een algemeen overzicht en een typering van bestaande belemmeringen te geven. Zij zoekt tegelijkertijd echter ook naar *best practices* van grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's, op basis waarvan aanbevelingen kunnen worden gedaan voor het overwinnen van die belemmeringen bij het organiseren van deze gezondheidszorg.

Methodologie

Het dossier bestudeert belemmeringen uit de relevante gezamenlijke grensregio's van België, Nederland en Duitsland aan de hand van anekdotisch bewijsmateriaal. Deze belemmeringen zijn ontleend aan de casuïstiek van ITEM en de GIP's (GrensInfoPunten) alsmede aan de databank van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen⁵ in Nederland. Ook is navraag gedaan bij nationale verzekeraars en organisaties die zich bezighouden met grensoverschrijdende gezondheidszorg.

³ M. Wismar, W. Palm, J. Figueras, K. Ernst, E. Ginneken, "Cross-border health care in the European Union Mapping and analysing practices and policies", Observatory Studies Series, No. 22. Wereldgezondheidsorganisatie 2011, p. 219.

⁴ *Ibid*, p. 2.

⁵ De Geschillencommissie Zorgverzekeringen Nederland is onderdeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De SKGZ behandelt klachten van consumenten over hun zorgverzekeraar. De SKGZ is door de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Financiën aangewezen als buitengerechtigde geschillenbeslechter voor de zorgverzekering en de aanvullende zorgverzekering, <https://www.kpzv.nl/>.

1.2 De onderzoeksthema's, beginselen, benchmarks en indicatoren van het dossier

Tabel 1: Onderzoeksthema's, beginselen, benchmarks en indicatoren voor de beoordeling van de grenseffecten van de EU-richtlijn patiëntenrechten en de vraag of deze zorgt voor een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's

Thema	Beginselen	Benchmarks	Indicator
Duurzame ontwikkeling/ sociaal-economische ontwikkeling	<p>Duurzame ontwikkeling Art. (3, LID 3, VEU</p> <p>Interne markt Art. 114 VWEU</p> <p>Vrij verkeer van personen en diensten Art. 21 VWEU Art. 56 VWEU</p>	Goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's vanuit het oogpunt van economische, sociale en territoriale ontwikkeling en duurzaamheid	<p>Wat zijn de bijzondere kenmerken van grensregio's en hun inwoners op het gebied van gezondheidszorg?</p> <p>Welk soort discrepanties tussen de zorgstelsels van BE-DE-NL veroorzaakt gewoonlijk belemmeringen voor grensoverschrijdende gezondheidszorgverlening?</p> <p>Wat zijn de meest voorkomende belemmeringen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's?</p>
Europese Integratie	<p>Volksgezondheid Art. 168 VWEU Art. 35 EUCFR</p> <p>Vrij verkeer van patiënten Verordening 883/2004 Verordening 987/2009 Richtlijn 2011/24</p>	Burgers van grensregio's hebben toegang tot (grensoverschrijdende) gezondheidszorg	<p>Wanneer hebben personen het recht gezondheidszorg in een andere lidstaat te ontvangen?</p> <p>Zijn de onder het thema sociaaleconomische ontwikkeling gesignaleerde belemmeringen het gevolg van tekortkomingen in het wettelijk kader van de EU?</p>
Euregionale cohesie	<p>Versterking van de economische, sociale en territoriale samenhang Art. 174 VWEU</p> <p>Wederzijdse bijstand en samenwerking tussen de lidstaten Art. (4, LID 3, VEU Art. 10 Richtlijn 2011/24 Overweging. 50 Richtlijn 2011/24 Art. 76 Verordening 883/2004</p>	Organisatie van een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's, ondersteund door samenwerking tussen de regionale autoriteiten	<p>Is de Richtlijn toereikend voor het beoogde doel in het licht van de bijzondere kenmerken van grensregio's?</p> <p>Wat zijn de beste praktijken voor het organiseren van gezondheidszorg in een grensoverschrijdende context? Wat zijn de succesfactoren?</p> <p>Kunnen de in de bovenstaande thema's genoemde belemmeringen worden overwonnen door samenwerking tussen de betrokken autoriteiten?</p>

Het dossier bestrijkt de evaluatie van de drie onderzoeksthema's in onderstaande volgorde: Bij de evaluatie van het thema **Sociaaleconomische ontwikkeling** beschrijft het dossier de bijzondere kenmerken van grensregio's en hun inwoners op het gebied van de gezondheidszorg en beoordeelt het welk type mismatches en obstakels zich gewoonlijk voordoen bij grensoverschrijdende zorgverlening. Daartoe zijn verschillende voorbeeldcasussen verzameld uit de grensregio tussen België, Nederland en Duitsland. Onder het thema **Europese integratie** bestudeert het dossier de EU-wetgeving inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg, met name Richtlijn 2011/24 betreffende de rechten van patiënten, en evalueert het of de belemmeringen die in de grensregio's worden ervaren het gevolg zijn van tekortkomingen in dit wetgevingskader. Tenslotte, bij de beoordeling van het thema **Euregionale samenhang**, wordt de Richtlijn geëvalueerd in het licht van de eerder vastgestelde bijzondere kenmerken van grensregio's en hun inwoners. Hierbij komen ook mogelijkheden naar voren voor samenwerking, alsmede kansen voor het overwinnen van belemmeringen bij de organisatie van grensoverschrijdende gezondheidszorg.

2. Grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's: uitdagingen en bijzonderheden

Grensregio's hebben bijzondere kenmerken ten opzichte van centraal gelegen landsdelen. De grote mobiliteit van personen en diensten in deze regio's leidt in het dagelijks leven doorgaans tot meer integratie tussen twee nationale systemen. Het onlangs gepubliceerde verslag van de Europese Commissie over grensregio's omschrijft deze regio's als volgt: "[...] het zijn knooppunten van intensieve grensoverschrijdende interactie, waar de dagelijkse activiteiten van veel mensen zich aan beide zijden van de grens afspelen"⁶.

Toegang tot goed functionerende gezondheidszorg binnen de grensregio draagt niet alleen bij tot het welzijn van de bevolking, maar is ook van essentieel belang voor de economische, sociale en territoriale ontwikkeling en de duurzaamheid van deze regio's. Door de perifere ligging en toenemende problemen als vergrijzing, kunnen grensregio's kwetsbaarder zijn dan niet-grensregio's en voor extra obstakels komen te staan. Economisch gezien presteren grensregio's minder goed, en openbare diensten zijn in grensregio's over het algemeen minder toegankelijk dan in andere regio's binnen een lidstaat.⁷ Grensregio's kunnen ook een andere demografie hebben dan centraal gelegen landsdelen, hetgeen kan leiden tot een andere vraag naar gezondheidszorg. Deze zwakheden en kwetsbaarheden zijn nog eens onderstreept door de COVID-19-crisis⁸, die ook het belang van grensoverschrijdende samenwerking in de gezondheidszorg aan het licht heeft gebracht, juist ook in grensregio's.⁹

In grensregio's betrekken burgers vaak gezondheidszorg over de grens vanwege hun geografische nabijheid.¹⁰ Vanuit het perspectief van de inwoners van die grensregio's en gezien de perifere ligging

⁶ Europese Commissie, "EU-grensregio's: Levende laboratoria van de Europese integratie", COM(2021) 393 definitief, p. 1.

⁷ Europese Commissie, "Groei en cohesie stimuleren in grensregio's van de EU" (SWD(2017) 307 final, p. 4.

⁸ Europese Commissie, "EU-grensregio's: Levende laboratoria van de Europese integratie", COM(2021) 393 definitief, p. 9. Zie ook Dossier 3 van *ITEM Cross-Border Impact Assessment 2021*.

⁹ Europese Commissie, "Richt snoeren voor EU-noodhulp voor grensoverschrijdende samenwerking in de gezondheidszorg met betrekking tot de COVID-19-crisis" C/2020/2153.

¹⁰ Nabijheid kan ook te maken hebben met het gevoel van vertrouwdheid van de inwoners: "Where there is a shared feeling of closeness people will prefer to cross the border to receive health care not just because it is geographically closer but also because they feel more familiar with the setting. The alternative is often travelling longer distances within the country of residence to providers and facilities which they perceive as more foreign e.g. due to cultural and linguistic

van deze regio's is de gezondheidszorg bovendien niet altijd tijdig beschikbaar binnen de eigen landsgrenzen. Vaak gaat de voorkeur van de inwoners ook uit naar het ontvangen van gezondheidszorg dichterbij huis en familie. Andere mogelijke redenen om zich in een buurland te laten behandelen zijn een betere kwaliteit van de gezondheidszorg, taalproblemen of een gebrek aan bepaalde behandelingen of zorgdiensten in eigen land.¹¹

Vanuit een marktperspectief, dat wil zeggen als "**zorggebruikers**", vertonen inwoners van een grens(overschrijdende)regio dan ook bijzondere kenmerken. Zo zijn deze zorggebruikers niet noodzakelijkerwijs medische toeristen¹² en is hun behoefte aan grensoverschrijdende gezondheidszorg niet (noodzakelijkerwijs slechts) incidenteel of tijdelijk. Zij kunnen dus een **structurele behoefte hebben aan zorgdiensten over de grens**. Deze behoefte kan zowel betrekking hebben op reguliere medische zorg als op specialistische zorg.¹³ Mogelijk hebben deze zorggebruikers ook geen andere grensoverschrijdende banden of elementen, buiten het feit dat zij in een grensregio wonen. Inwoners van een grens(overschrijdende)regio zijn niet per se allemaal grenswerkers. Wellicht hebben zij zelf geen enkel arbeids- of woonverleden in de aangrenzende lidstaat (of zijn zij gezinsleden van mensen die dat wel hebben). Het gaat dus om personen die hun recht op vrij verkeer mogelijk *uitsluitend* uitoefenen in hun hoedanigheid van EU-burgers binnen hun directe leefomgeving – dat wil zeggen binnen een *grensregio als integrale leefruimte zonder fysieke grenzen*. Het onderscheiden van dit type zorggebruikers wordt vooral relevant bij de beoordeling van het EU-wetgevingskader en de toereikendheid van Richtlijn 2011/24 vanuit een grensoverschrijdend regionaal perspectief.

Gezien deze bijzondere kenmerken is een goed functionerende grensoverschrijdende gezondheidszorg dan ook van vitaal belang voor de duurzame ontwikkeling van deze regio's. Dit verloopt echter niet altijd zonder problemen, omdat de gezondheidszorg in de eerste plaats op nationaal niveau is georganiseerd. De grote mobiliteit van burgers in grens(overschrijdende)regio's in combinatie met de verschillen in zorgstelsels leidt dan ook tot belemmeringen. In het volgende hoofdstuk worden enkele van de bijzondere uitdagingen ten aanzien van de toegang tot gezondheidszorg in de grens(overschrijdende)regio's tussen Nederland, België en Duitsland toegelicht.

differences. In this sense, distance and proximity should not merely be measured in kilometres; they also depend on people's perceptions and the value attached to them", zie I. A. Glinos, R. Baete "A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union" Observatoire social européen 2006, blz. 6.

¹¹ Europese Commissie, "Evaluation of patient rights in cross-border healthcare: Public Consultation Factual Report" Ref. Ares(2021)6103901 - 07/10/2021, p. 3.

¹² I. A. Glinos, R. Baeten, M. Helble, H. Maarse stellen ook voor om de typologie van grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit niet te definiëren als medisch toerisme, maar als de verplaatsing van een patiënt naar een ander land om daar geplande gezondheidszorg te betrekken, zie "A typology of cross-border patient mobility" Health Place 2010.

¹³ "If care facilities get centralized and thus moved away from the EMR, this might result in an underserved population which currently already experiences a lower health standard in parts of the EMR compared to the people in other parts of their countries. To be more specific, if the children with chronic, long-term and often rare diseases have to be treated far away, parents are sometimes forced to leave the region and move to a city closer to the hospital. Otherwise, it can lead to significant financial and emotional burdens for the parents; not being able to work while traveling to distant locations for specialized care creates undesirable situations for parents taking care of their chronically ill child." Zie M. Bouwmans, D. Baeten, A. Cansel, C. Frasier, S. Mattson, M. Midiere, P. Steskens, 'Obstacles and opportunities in the cross-border provision of pediatric surgical care through the Euregional Center for Pediatric Surgery' PREMIUM-project (ongepubliceerd), blz. 10-11. Zie verder hoofdstuk 4.

2.1 Belemmeringen voor grensoverschrijdende gezondheidszorgverlening

Hoewel dit dossier zich concentreert op belemmeringen die specifiek betrekking hebben op de toegang tot gezondheidszorg, is het waardevol op te merken dat zich diverse andere belemmeringen voordoen bij de verlening van zorggerelateerde diensten in een grensoverschrijdende context. De bijlage bevat diverse voorbeelden uit de casuïstiek van de ITEM en de Grensoverschrijdende Informatiepunten (GIP's) van het soort discrepanties tussen de naburige nationale zorgstelsels dat vaak belemmeringen veroorzaakt voor het grensoverschrijdend gebruik van gezondheidszorg.

De databank van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen¹⁴ staat vol voorbeelden van patiënten die hun zorg in Duitsland of België niet vergoed kregen.¹⁵ Een veelzeggend voorbeeld is een geval waarin een aanvrager uit Limburg (Nederland) voor de behandeling van ernstige artrose helemaal naar Haarlem – aan de andere kant van Nederland – had moeten reizen. Daarom koos hij voor een behandeling over de grens in Aken (Duitsland), dicht bij zijn woonplaats. Zijn ziektekostenverzekeraar weigerde echter de behandeling te vergoeden, omdat deze niet voldeed aan de norm "stand van de techniek en de praktijk". Daarom werd deze uitgesloten van de gedekte verstrekkingen.¹⁶

Ook nationale rechtbanken en het Hof van Justitie van de EU hebben zaken betreffende de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg behandeld. Een daarvan betrof een patiënte, die in België woonde en in Nederland verzekerd was. Na een medisch onderzoek stuurde haar Belgische huisarts haar voor radiologisch onderzoek naar een ziekenhuis in Maastricht (Nederland), waar bij haar kanker werd vastgesteld. De patiënte wenste een second opinion en besloot een arts in Duitsland te raadplegen, die vaststelde dat de situatie erger was dan aanvankelijk gediagnosticeerd. Vervolgens werd de patiënte geopereerd en verder behandeld in het betreffende Duitse ziekenhuis. Deze behandeling werd echter niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed, omdat de patiënte geen voorafgaande toestemming van haar verzekeringsmaatschappij had verkregen.¹⁷

Ook in de regio Zeeuws-Vlaanderen betrekken Belgische inwoners gewoonlijk zorg over de grens in Nederland. Er komen echter meldingen dat inwoners van België die daar ook verzekerd zijn vaak geen vergoeding kunnen krijgen voor hun geplande medische zorg, omdat zij daarvoor toestemming van hun Belgische zorgverzekeraar nodig hebben. Voorts wordt gesteld dat de verschillen in het

¹⁴ De Geschillencommissie Zorgverzekeringen is een onderdeel van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De SKGZ behandelt klachten van consumenten over hun zorgverzekeraar. De SKGZ is door de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Financiën aangewezen als buitengerechtelijke geschillenbeslechter voor de zorgverzekering en de aanvullende zorgverzekering, <https://www.kpzv.nl/>.

¹⁵ Zie bijvoorbeeld een zaak uit 2020 waarbij een patiënt geen volledige vergoeding ontving voor zorg die hij in Hasselt (België) had ontvangen <https://www.kpzv.nl/document/fcd628c8-7212-4a13-ba0f-92947f96d453>, alsmede een zaak uit 2012 waarbij een patiënt in Kleef (Duitsland) werd behandeld wegens lange wachtlijsten voor dezelfde behandeling in zijn plaatselijke ziekenhuis, maar de zorg slechts gedeeltelijk werd vergoed, <https://www.kpzv.nl/document/e9b479ff-b946-4938-ab09-eb41949abe5>.

¹⁶ SKGZ, Bindend advies 22 juli 2020, <https://www.kpzv.nl/document/b55cbe9d-2be3-49b0-9e3a-de3e0e4c0180>.

¹⁷ C-636/19 *Y tegen CAK*. Aangezien verzoeker (Y) als gepensioneerde in België woonde, viel hij als "niet-ingezetene" niet onder het Nederlandse stelsel van de verplichte ziektekostenverzekering. Het was voor de verwijzende rechter onduidelijk of de Richtlijn van toepassing zou zijn op een gepensioneerde, zoals Y, die trachtte zich te beroepen op de Richtlijn, die stelt dat geen voorafgaande toestemming vereist is voor postoperatieve behandelingen. In het eindarrest van het Europese Hof van Justitie, gewezen op 28 oktober 2021, heeft het Hof hierop bevestigend geantwoord. Y moet deze zorg vergoed krijgen, ook al had hij niet om voorafgaande toestemming verzocht. Het arrest van het Hof bevat echter geen verwijzing naar de vergoeding van de chirurgische ingrepen.

factureringsstelsel tussen Nederland en België vaak voor problemen zorgen.¹⁸ Als gevolg hiervan is de grensoverschrijdende toegang tot gezondheidszorg voor inwoners van deze grensregio beperkt, hetgeen kan leiden tot een verdere verslechtering in de beschikbaarheid van gezondheidszorg aan deze zijde van de grens.¹⁹

Ook op het gebied van de jeugdgezondheidszorg zijn knelpunten vastgesteld tussen België, Nederland en Duitsland. Deze betreffen wetgeving, procedures, culturele verschillen en het gebruik van terminologie ten aanzien van de specialistische gezondheidszorg en worden vaak eerder praktisch dan structureel opgelost. Na een wetwijziging in 2015, die leidde tot decentralisatie, kregen de gemeenten in Nederland de eindverantwoordelijkheid voor de jeugdzorg. Hiermee valt de (geestelijke) gezondheidszorg voor jeugd niet meer onder de EU-wetgeving en is het voor gezinnen die in grensregio's wonen moeilijk geworden toegang te krijgen tot de benodigde zorgvoorzieningen. Het gevolg is dat gezinnen die in Duitsland verzekerd zijn wél in aanmerking zouden kunnen komen voor grensoverschrijdende vergoeding van jeugdzorg, maar gezinnen die in Nederland verzekerd zijn niet.²⁰

Bovenstaande betreft slechts enkele van de vele voorbeelden die tonen met welke problemen inwoners van grensregio's te maken kunnen krijgen wanneer zij toegang wensen tot de gezondheidszorg van een buurland. Belemmeringen kunnen daarnaast veroorzaakt worden door verschillen tussen de zorgstelsels, zoals hieronder geschetst.

2.2 Nationale discrepanties bij de organisatie van de gezondheidszorg - een vereenvoudigd overzicht

Zoals hierboven geïllustreerd, worden de mobiliteit van patiënten en de grensoverschrijdende verstrekking van gezondheidszorg gekenmerkt door de diversiteit van en de verschillen tussen de betreffende gezondheidsstelsels en nationale wetgevingen. De EU speelt hierin slechts een coördinerende en aanvullende rol. Met name de organisatie, verstrekking en financiering van de gezondheidszorg blijven tot de bevoegdheden van de EU-lidstaten behoren.²¹ Dit juridische feit vormt vaak een uitdaging voor grensregio's die, zoals hierboven beschreven, vaak te maken hebben met twee (of zelfs drie, zoals in de EMR) verschillende nationale zorgstelsels en 'ontmoetingen' van nationale wetgevingen die soms op gespannen voet met elkaar staan. Het zijn deze verschillen, discrepanties of

¹⁸ Dit wordt tevens opgemerkt in Rijksoverheid, *'Niet aanpassen, maar afwijken - Verslag van de bestuurlijke werkgroep grensbelemmeringen'* 20 oktober 2020. In een ander onderzoek wordt ook gewezen op een situatie waarin een patiënte die verzekerd was in Nederland zich in België liet behandelen vanwege de lange wachttijden. Zij ondervindt problemen met de verzekeraar, omdat de Nederlandse zorgverzekering vroeg om een overzicht van de kosten die het Belgische ziekenhuis zou gaan maken, maar het Belgische ziekenhuis dit niet kon overleggen. Zie J. Beuken, M. Bouwmans, D. Versteegen, D. Dolmans, "Out of sight, out of mind? A qualitative study of patients' perspectives on cross-border healthcare in a European border region", *Patient Education and Counseling*, Volume 104, Issue 10, 2021, pp. 2559-2564.

¹⁹ B-solutions: Eindverslag van de deskundige, "Cross-border healthcare and the reimbursement of cross-border healthcare costs - Provincie Zeeland" 2021.

²⁰ B-solutions: Final Report by the Expert (S. Adamsky), 'Improvement of cross-border communication and care for cross-border children and young people', Final Report by the Expert; en Dossier 6 van *ITEM Grenseffectenrapportage 2020*, "De grensoverschrijdende effecten van decentralisatie in de sociale zekerheid – casestudy over de Nederlandse jeugdzorg".

²¹ Artikel 168 VWEU. In de Richtlijn betreffende patiëntenrechten wordt ook opgemerkt dat de voorschriften ervan worden vastgesteld "met volledige eerbiediging van de nationale bevoegdheden voor het organiseren en verstrekken van gezondheidszorg" en dat zij van toepassing zijn op de verlening van gezondheidszorg aan patiënten "ongeacht de wijze van organisatie, verstrekking of financiering". Zie artikel 1, lid 1 en 2, van Richtlijn 2011/24/EG.

mismatches tussen de (twee of drie) stelsels die vervolgens in de praktijk kunnen leiden tot belemmeringen in de grensoverschrijdende zorgverlening.

In dit deel wordt getracht een beter inzicht te geven in deze discrepanties. In verband met de Richtlijn wordt een vereenvoudigd overzicht gegeven van de organisatie, financiering en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België, Nederland en Duitsland. Met het grondig bestuderen van deze verschillen zou je gemakkelijk een proefschrift kunnen vullen; dat zou uiteraard het bestek van dit onderzoek te buiten gaan. Niettemin geven de inzichten die met dit verkennende overzicht zijn opgedaan al intrigerende richtingen aan voor toekomstig onderzoek naar de totstandkoming van een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's.

Overzicht van de financiering van de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekering

In **Nederland** zijn alle inwoners verplicht een ziektekostenverzekering af te sluiten. Deze verplichte verzekering wordt gereguleerd door de overheid, en op basis daarvan bieden de verzekeringsmaatschappijen een gestandaardiseerd zorgverzekeringspakket (de "basisverzekering") aan.²² Er zijn twee soorten verzekeringen: verzekeringen op basis van medische verstrekkingen en verzekeringen op basis van vergoeding van de medische kosten. Bij de naturapolis kan de verzekerde een beroep doen op de zorgverleners waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten (de gecontracteerde zorgverleners) en wordt de betaling geregeld tussen de verzekeraar en de zorgverlener. Restitutiepolissen zijn meestal duurder voor de verzekerden. Daarbij kan de patiënt vrij een zorgaanbieder kiezen en de betreffende kosten declareren bij de verzekeraar. In de praktijk betekent dit dat burgers zich met beide soorten verzekeringspolis in het buitenland kunnen laten behandelen.²³ Echter, wie onder de naturapolis valt heeft recht op volledige vergoeding wanneer de zorgverzekeraar een contract heeft met een buitenlands ziekenhuis, maar slechts op een beperkte vergoeding wanneer het een niet-gecontracteerde zorgverlener betreft.²⁴

De financiering van de ziektekostenverzekering is geregeld in de Zorgverzekeringswet (Ziekenfondswet). Burgers dragen nominale premies rechtstreeks af aan hun zorgverzekeraar.²⁵ Daarnaast bestaat er een inkomensafhankelijke bijdrage, betaald door de werkgevers. Bovendien betalen verzekerden boven de 18 jaar jaarlijks een verplicht eigen risico.²⁶ Aanvullende

²² MISSOC Mutual information System on Social protection, <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>, European Observatory on Health Systems and Policies, "Health systems in Transition: the Netherlands", vol 12 No 1. 2010, M. Bouwmans, D. Baeten, A. Cansel, C. Frasier, S. Mattson, M. Midiere, P. Steskens, 'Obstacles and opportunities in the cross-border provision of pediatric surgical care through the Euregional Center for Pediatric Surgery' PREMIUM-project (ongepubliceerd), p. 20.

²³ In dit verband is het belangrijk op te merken dat het betrekken van gezondheidszorg in het buitenland over het algemeen haalbaarder is voor verzekerden die onder een "vergoedingenpolis" vallen, aangezien deze zich kunnen laten behandelen door zorginstellingen waarmee de verzekeraar geen contract heeft. Aangezien deze polissen duurder zijn dan een "naturapolis", rijst de vraag of het betrekken van gezondheidszorg bij niet-gecontracteerde zorginstellingen in het buitenland alleen is weggelegd voor degenen die zich een vergoedingenpolis kunnen veroorloven. Toch hebben de Nederlandse verzekeringsmaatschappijen vaak contracten gesloten met Belgische en Duitse ziekenhuizen. Via deze contracten hebben de inwoners van de grensregio's toch recht op vergoeding, ook in het kader van een "naturapolis".

²⁴ A.P. van der Mei, 'De patiëntenrichtlijn en het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel' In: SEW: Tijdschrift voor Europees en economisch recht. 64, 2, 1 feb 2016, p. 53-59.

²⁵ Een ziektekostenverzekering kost tussen 110 en 135 euro per maand. De prijs is sterk afhankelijk van het soort polis. De gemiddelde premie van een zorgverzekering zal in 2021 124,80 euro per maand bedragen. Zie meer op <https://www.zorgwijzer.nl/>.

²⁶ In Nederland moeten verzekerden voor bepaalde basiszorgbehandelingen een eigen bijdrage betalen van minimaal €385,- (in 2021) of een hoger bedrag naar keuze.

gezondheidszorg die niet onder de wettelijk vastgestelde dekking valt, zoals fysiotherapie, wordt gedekt door (vrijwillige) aanvullende verzekeringspakketten.

In **België** zijn de bevoegdheden voor de organisatie van de gezondheidszorg verdeeld tussen de federale en de regionale overheden. De federale overheid is verantwoordelijk voor het regelen en financieren van de verplichte ziekteverzekering. De ziektekostenverzekering in België is verplicht en burgers schrijven zich in bij ziekenfondsen (*mutualiteiten*). Dit zijn organisaties zonder winstoogmerk, die worden gefinancierd door de federale overheid en uit verplichte sociale bijdragen. In vergelijking met Nederland en Duitsland zijn de maandelijkse verzekeringspremies in België vrij laag.²⁷ Ook hier kunnen patiënten echter worden verplicht tot het betalen van een eigen bijdrage.²⁸ Het is daarnaast mogelijk een vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering af te sluiten voor diensten die niet door de verplichte ziektekostenverzekering worden gedekt.²⁹

In **Duitsland** is een ziektekostenverzekering eveneens verplicht voor alle burgers. De ziektekostenverzekering wordt verstrekt volgens twee stelsels: de niet-gouvernementele ziekenfondsen, *Krankenkassen*, die binnen het wettelijk ziektekostenverzekeringsstelsel vallen, en de aanvullende particuliere ziektekostenverzekering (bijvoorbeeld voor zelfstandigen). De ziekenfondsen worden gefinancierd uit premies die door werkgevers en werknemers worden afgedragen: voor (niet-basis)zorg kan ook een kleine eigen bijdrage worden gevraagd. Daarnaast kunnen ziektekostenverzekeraars een inkomensafhankelijke aanvullende bijdrage in rekening brengen.³⁰

Betalingsmechanismen: Ziekenhuiszorg

In **Nederland** worden ziekenhuisdiensten betaald via een model van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Dit betekent dat alle diensten niet afzonderlijk worden gefactureerd, maar als combinatie van per diagnose relevante behandelingen.³¹ In **Duitsland** volgt de financiering van ziekenhuizen het DRG-systeem ("diagnose-gerelateerde groep" – ook wel het Duitse DRG of G-DRG genoemd). Dit systeem hanteert een classificatie van patiënten en dekt alle kosten van een ziekenhuisverblijf.³² In **België** wordt een ander type DRG-systeem gebruikt (APR-DRG (All Patient Refined DRG, waarbij patiënten worden ingedeeld aan de hand van hun klinisch profiel en zorgprofiel). Aangezien de gezondheidszorg in België hoofdzakelijk particulier is, ontvangen de meeste artsen en

²⁷ De Belgische zorgverzekering kost ongeveer € 10,00 per maand, meer informatie vindt u op https://www.grensinfo.nl/gip/nl/nlonbe/zorg/zorgverzekerd_in_belgie/index.jsp?situatie=nlonbe.

²⁸ Deze eigen bijdrage verwijst naar een vast bedrag voor een bepaalde gezondheidsdienst, dat de patiënt rechtstreeks aan de verstrekker betaalt.

²⁹ MISSOC: Mutual information System on Social protection, <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>, European Observatory on Health Systems and Policies, 'Health systems in Transition: Belgium', vol 12 No 5. 2010; and M. Bouwmans, D. Baeten, A. Cansel, C. Frasier, S. Mattson, M. Midiere, P. Steskens, 'Obstacles and opportunities in the cross-border provision of pediatric surgical care through the Euregional Center for Pediatric Surgery' PREMIUM-project (unpublished), p. 23.

³⁰ MISSOC: Mutual information System on Social protection, <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>, European Observatory on Health Systems and Policies, 'Health systems in Transition: Germany', vol 16 No 2. 2014; and M. Bouwmans, D. Baeten, A. Cansel, C. Frasier, S. Mattson, M. Midiere, P. Steskens, 'Obstacles and opportunities in the cross-border provision of pediatric surgical care through the Euregional Center for Pediatric Surgery' PREMIUM-project (unpublished), p. 21.

³¹ MISSOC: Mutual information System on Social protection, <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>, European Observatory on Health Systems and Policies, 'Health systems in Transition: the Netherlands', vol 12 No 1. 2010, M. Bouwmans, D. Baeten, A. Cansel, C. Frasier, S. Mattson, M. Midiere, P. Steskens, 'Obstacles and opportunities in the cross-border provision of pediatric surgical care through the Euregional Center for Pediatric Surgery' PREMIUM-project (unpublished), p. 20.

³² European Observatory on Health Systems and Policies, 'Health systems in Transition: Germany', vol 16 No 2. 2014.

specialisten die in ziekenhuizen werken een honorarium voor hun dienstverlening; dit betekent dat de bijdragen rechtstreeks aan de arts worden betaald.³³ Naast de betalingsmechanismen, doen zich ook verschillen voor ten aanzien van hetgeen gefactureerd wordt. Zo omvatten ziekenhuisrekeningen in België, in tegenstelling tot in Nederland, niet de kosten voor de ziekenhuisinfrastructuur, waardoor ze lager uitvallen.

Toegang tot (specialistische) gezondheidszorg

In **Nederland** is specialistische zorg alleen toegankelijk na verwijzing door de huisarts. In **België** hebben patiënten vrij toegang tot de meeste specialistische zorg, zonder dat beoordeling door een huisarts hoeft plaats te vinden. Het consulttarief is er echter lager voor patiënten met een verwijzing. In **Duitsland** heeft de patiënt vrije keuze tussen gecontracteerde specialisten. De kosten voor niet-gecontracteerde zorgverleners moeten echter uit eigen zak worden betaald en worden niet vergoed. Bepaalde medische specialisten (zoals radiologen en pathologen) kunnen alleen na doorverwijzing worden geraadpleegd.³⁴

Uitgaven voor gezondheidszorg

De uitgaven voor gezondheidszorg in België, Nederland en Duitsland zijn vergelijkbaar (tabel 2)³⁵ en liggen op ongeveer 10-11% van het bruto binnenlands product (BBP). Vergelijking van deze landen laat zien dat de uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking het hoogst zijn in Duitsland en het laagst in België.

Tabel 2: Vereenvoudiging van de gepresenteerde verschillen

	België	Nederland	Duitsland
Uitgaven voor gezondheidszorg (% van BBP)	10.32	9.97	11.47
Uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking (EUR)	3679	3908	4504
Ziektekostenverzekering	Verplicht	Verplicht	Verplicht
Betalingsmechanisme: ziekenhuiszorg	Fee-for-service, APR-DRG	DBC	G-DRG
Toegang tot (specialistische) gezondheidszorg	Gratis	Alleen met een verwijzing van de huisarts	Gratis

Bovenstaande bevindingen bieden een vereenvoudigd overzicht van de verschillen tussen de zorgstelsels in België, Nederland en Duitsland. Het dossier zal op deze aspecten terugkomen bij de

³³ European Observatory on Health Systems and Policies, 'Health systems in Transition: Belgium', vol 12 No 5. 2010.

³⁴ MISSOC: Mutual information System on Social protection, <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>.

³⁵ OESO-gezondheidsstatistieken 2020; Eurostat-databank; WHO Global Health Expenditure Database.

beoordeling van de toereikendheid van de Richtlijn voor het verlenen van gezondheidszorg in grensregio's. Voordat deze vraag kan worden beantwoord, wordt hieronder eerst ingegaan op het EU-kader voor grensoverschrijdende gezondheidszorg.

3. EU-wetgevingskader inzake de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg

De organisatie van de gezondheidszorg valt onder de bevoegdheid van de lidstaten; in artikel 168 VWEU wordt sterk de nadruk gelegd op het *aanvullende* karakter van het EU-optreden op dit gebied. Niettemin bestaat er wetgeving op EU-niveau die betrekking heeft op grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Eenzijds zijn er de Europese coördinatieverordeningen op het gebied van sociale zekerheid (Verordening 883/2004 en Uitvoeringsverordening 987/2009), anderzijds is er Richtlijn 2011/24 betreffende patiëntenrechten (gebaseerd op jurisprudentie van het Hof van Justitie van de EU). Beide instrumenten regelen uiteenlopende situaties en leggen de regels en voorwaarden vast waaronder grensoverschrijdende gezondheidszorg kan worden betrokken en vergoed.³⁶ Naast het bestaan van deze EU-instrumenten, worden de lidstaten aangemoedigd om grensoverschrijdend samen te werken bij het waarborgen van adequate gezondheidszorg en om op basis van contractuele overeenkomsten aanvullende routes te creëren voor personen die zich over de grens willen laten behandelen.³⁷

De Richtlijn functioneert als een aanvullend kader op de Verordening; daarom kan de Richtlijn niet op zichzelf worden beoordeeld.³⁸ De Verordening vormt een reeds lang bestaand rechtskader voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels in de EU.³⁹ Aangezien het recht op toegang tot gezondheidszorg in een andere lidstaat essentieel is voor een goed functionerende interne markt en de bevordering van het vrije verkeer van personen binnen die markt, coördineert de Verordening een aantal socialezekerheidsuitkeringen in grensoverschrijdende situaties, waaronder uitkeringen bij ziekte. Aangezien de focus van dit dossier echter ligt op de Richtlijn, in het licht van de huidige evaluatie ervan door de Europese Commissie, zullen we alleen die delen van de Verordening bespreken die relevant zijn voor dit onderwerp.⁴⁰ Dat wil zeggen, die bepalingen die betrekking hebben op de toegang van inwoners van grens(overschrijdende)regio's tot gezondheidszorg. De Richtlijn betreft veel recentere wetgeving, die bedoeld is als aanvullend stelsel op de coördinatie van de sociale zekerheid door de Verordening. De Richtlijn is aangenomen met het doel de belangrijkste nieuwe beginselen en juridische ontwikkelingen te codificeren die uit de Europese jurisprudentie van het Hof van Justitie naar voren zijn gekomen. Deze worden hieronder geïllustreerd.

³⁶ Zie hoofdstuk 1 Verordening 883/2004, hoofdstuk III Richtlijn 2011/24.

³⁷ Deze mogelijkheden worden verder onderzocht in hoofdstuk 4, tijdens de evaluatie van het thema Europese cohesie.

³⁸ Artikel 2 Richtlijn 2011/24.

³⁹ De Verordening actualiseert en vervangt Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen [sic] op loontrekkende [sic] en hun gezinnen, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen.

⁴⁰ Hoewel ook Verordening 883/2004 momenteel wordt herzien (en de herziening zich in een vergevorderd stadium bevindt), valt de reikwijdte van deze herziening buiten het bestek van dit onderzoek.

3.1 Toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg uit hoofde van Verordening 883/2004

Wie krijgt toegang? (Personele werkingssfeer van de Verordening)

Krachtens de Verordening hebben verzekerden⁴¹ recht op zowel geplande als onvoorziene (spoedeisende) grensoverschrijdende gezondheidszorg tijdens hun verblijf in een andere lidstaat. De verordeningen coördineren ook de prestaties bij ziekte van personen, bijvoorbeeld grenswerkers, die in een andere lidstaat wonen dan de lidstaat waar zij verzekerd zijn (de bevoegde lidstaat). In al deze situaties worden de kosten van de gezondheidszorg gedekt door de bevoegde lidstaat. Dit maakt de aanwijzing van deze lidstaat van essentieel belang.

Welke lidstaat bevoegd is wordt bepaald door de regels betreffende de toepasselijke wetgeving. Op grond van artikel 11, lid 1, van de Verordening is de wetgeving van één enkele lidstaat van toepassing. In het algemeen geldt dat werknemers verzekerd zijn in de staat waar zij werken (*lex loci laboris*) en niet-actieve burgers in de staat waar zij wonen (*lex loci domicilii*). In het geval van gepensioneerden dekt de lidstaat die het pensioen uitkeert de kosten van de gezondheidszorg (*lex loci pensionado*). In sommige situaties gelden speciale regels, bijvoorbeeld voor gedetacheerde werknemers⁴² of personen die in twee of meer lidstaten werkzaamheden verrichten⁴³.

Waar hebben zij toegang toe en hoe? (Materiële werkingssfeer van de Verordening)

De Verordening maakt een onderscheid tussen geplande en ongeplande gezondheidszorg. Zo voorziet de Verordening enerzijds in personen die tijdens hun verblijf in een andere lidstaat spoedeisende zorg nodig hebben (ongeplande zorg).⁴⁴ Anderzijds kunnen personen echter ook doelbewust naar een andere lidstaat reizen om daar gezondheidszorg te ontvangen, in de zin van artikel 20 van de Verordening (geplande gezondheidszorg). Er gelden specifieke bepalingen voor de coördinatie van de verstrekkingen bij ziekte van grenswerkers, gepensioneerden⁴⁵ en hun gezinsleden. Grenswerkers mogen bijvoorbeeld gezondheidszorg ontvangen in de lidstaat waar zij wonen en in de bevoegde lidstaat, waardoor de werknemer uiteindelijk de keuze heeft.⁴⁶ **Op grond van de Verordening verschillen de voorwaarden voor toegang tot gezondheidszorg dus naar gelang het type grensbewoner dat gezondheidszorg wenst te betrekken en onder welke omstandigheden dit plaatsvindt.**

Voorwaarden voor geplande gezondheidszorg

Om voor vergoeding van geplande zorg in aanmerking te komen, moet de patiënt toestemming van het bevoegde orgaan krijgen alvorens de behandeling in een andere lidstaat te ondergaan. Het orgaan is verplicht toestemming te verlenen wanneer het verzoek betrekking heeft op gezondheidszorg die in de bevoegde lidstaat door het verzekeringspakket wordt gedekt en indien de behandeling in die lidstaat niet binnen een medisch verantwoorde termijn kan worden gegeven, rekening houdend met de gezondheidstoestand en het ziekteverloop van de patiënt op dat moment.⁴⁷ Indien in de bevoegde

⁴¹ Artikel 2 en artikel 1, onder c), van Verordening 883/2004.

⁴² Artikel 12 Verordening 883/2004.

⁴³ Artikel 13 Verordening 883/2004.

⁴⁴ Artikel 19 Verordening 883/2004.

⁴⁵ Afdeling 2 Verordening 883/2004.

⁴⁶ Artikelen 17-18 Verordening 883/2004.

⁴⁷ Artikel 20, lid 2 Verordening 883/2004.

lidstaat dezelfde of een even doeltreffende behandeling kan worden verkregen, kan de toestemming worden geweigerd. Bij deze beslissing moet rekening worden gehouden met het individuele geval van de patiënt. Dit omvat een objectieve medische beoordeling van diens toestand, diens voorgeschiedenis, het waarschijnlijke ziekteverloop, de mate van pijn en/of de aard van de handicap van de patiënt.⁴⁸ Indien voorafgaand toestemming is verkregen, wordt de vergoeding uitgekeerd volgens de tarieven van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt. In de praktijk legt de patiënt een van het bevoegde orgaan verkregen document (het S2-formulier, voorheen bekend als E-112) over aan de zorgverlenende instelling.⁴⁹

In situaties waarin *niet* aan de toestemmingsvoorwaarden is voldaan, kan het orgaan naar eigen goeddunken alsnog toestemming verlenen. Dit is in overeenstemming met EU-wetgeving, aangezien de Verordening het bevoegde orgaan in dergelijke gevallen niet verplicht voorafgaande toestemming te weigeren.

Op grond van de Verordening mogen patiënten in beginsel met voorafgaande toestemming geplande gezondheidszorg ontvangen in een andere lidstaat. Het Hof van Justitie van de EU beschouwt dit systeem van voorafgaande toestemming echter al lang als een belemmering van het vrije verkeer van goederen en diensten. In het baanbrekende arrest in de zaak *Kohll* en *Decker*⁵⁰ oordeelde het Hof dat dergelijke regels in beginsel verboden moeten worden. Deze regels zijn nu dan ook gecodificeerd in Richtlijn 2011/24/EU.

3.2 De Richtlijn betreffende de rechten van patiënten 2011/24

De Richtlijn legt een sterkere nadruk op het vrije verkeer van diensten en biedt patiënten de mogelijkheid om zonder voorafgaande toestemming zorg te verkrijgen in een andere lidstaat.⁵¹ In het volgende deel wordt ingegaan op deze mogelijkheden, die de op 9 maart 2011 vastgestelde Richtlijn 2011/24/EU betreffende de rechten van patiënten biedt aan patiënten in grensoverschrijdende situaties.

Wie krijgt toegang? (Personele werkingssfeer van de Richtlijn)

Volgens de Richtlijn patiëntenrechten mogen alle patiënten die in hun eigen lidstaat verzekerd zijn ook naar het buitenland reizen om in een andere lidstaat behandeld te worden. In vergelijking met de Verordening **bevat de Richtlijn dus geen bijzondere bepalingen per type grensbewoner, bijvoorbeeld grenswerkers**. Het hoofddoel van de Richtlijn is de mobiliteit van patiënten te waarborgen, de toegang tot veilige en hoogwaardige grensoverschrijdende gezondheidszorg te vergemakkelijken en de samenwerking op het gebied van gezondheidszorg tussen de lidstaten te bevorderen.⁵² De Richtlijn versterkt met name de samenwerking op het gebied van voorschriften, zeldzame ziekten en

⁴⁸ Artikel 8, lid 5, van Richtlijn 2011/24.

⁴⁹ Artikel 26 Uitvoeringsverordening 987/2009.

⁵⁰ Zaken C-158/96 *Kohll* [1998] en C-120/95 *Decker* [1998].

⁵¹ Artikel 56 VWEU.

⁵² Overweging 10 Richtlijn 2011/24.

gezondheidstechnologie.⁵³ Ook bevat zij regels voor klachtenprocedures en worden de rechten van patiënten vastgesteld: het recht op informatie en het recht op medische vervolgbehandelingen.⁵⁴

De Richtlijn bevat ook verplichtingen voor de lidstaten inzake wederzijdse bijstand, meer bepaald inzake de uitwisseling van informatie.⁵⁵ Om patiënten in staat te stellen hun rechten op grensoverschrijdende gezondheidszorg in de praktijk uit te oefenen, moeten de lidstaten nationale contactpunten (NCP's) oprichten, waar patiënten informatie over grensoverschrijdende gezondheidszorg kunnen krijgen.⁵⁶

Waar hebben zij toegang toe en hoe? (Materiële werkingssfeer van de Richtlijn)

Kort gezegd is de Richtlijn dus van toepassing op:

*"... gezondheidsdiensten die door gezondheidswerkers aan patiënten worden verstrekt om de gezondheidstoestand van deze laatsten te beoordelen, te behouden of te herstellen, waaronder begrepen het voorschrijven en het verstrekken van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen."*⁵⁷

Belangrijk is dat langdurige zorg, orgaantransplantaties en publieke vaccinatieprogramma's van het toepassingsgebied van de Richtlijn zijn uitgesloten.⁵⁸ Krachtens de Richtlijn kunnen patiënten ter behandeling toegang krijgen tot bovengenoemde gezondheidsdiensten, zelfs *zonder* voorafgaande toestemming.

Hoewel de Richtlijn het verlenen van toestemming niet volledig verbiedt of kan verbieden, maakt zij er een wettelijke uitzonderingssituatie van die gerechtvaardigd moet zijn om van toepassing te zijn. De lidstaten kunnen om verschillende redenen een systeem van voorafgaande toestemming invoeren: om voldoende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van hoogwaardige behandelingen in de betrokken lidstaat te waarborgen of om de kosten in de hand te houden en verspilling van financiële, technische en menselijke middelen zoveel mogelijk te voorkomen. Hiervan kan sprake zijn wanneer er een ernstig risico bestaat op ondermijning van het financieel evenwicht binnen een socialezekerheidsstelsel of wanneer het doel is de behandelcapaciteit van een zorgverstrekker op peil te houden.

In dit verband wordt in de Richtlijn bepaald dat alleen een voorafgaande toestemming kan worden geëist:

- wanneer voor de behandeling een ziekenhuisopname met overnachting of zeer gespecialiseerde/dure apparatuur nodig is⁵⁹, of
- wanneer een behandeling een bijzonder hoog risico voor de patiënt of de bevolking inhoudt, of
- de zorgverstrekker aanleiding geeft tot zorgen over kwaliteit en veiligheid.⁶⁰

⁵³ Zie hoofdstuk IV van Richtlijn 2011/24/EG.

⁵⁴ Zie hoofdstuk II van Richtlijn 2011/24/EG.

⁵⁵ Artikel 10 Richtlijn 2011/24.

⁵⁶ Artikel 6 Richtlijn 2011/24

⁵⁷ Artikel 3, onder a), van Richtlijn 2011/24.

⁵⁸ Artikel 1, lid 3, Richtlijn 2011/24.

⁵⁹ Artikel 8, lid 2, onder a), van Richtlijn 2011/24.

⁶⁰ Artikel 8, lid 2, onder b) en c), van Richtlijn 2011/24.

Wanneer de lidstaten een systeem van voorafgaande toestemming invoeren, moet dit bovendien noodzakelijk zijn en in verhouding staan tot het nagestreefde doel (de evenredigheidstoets). Het systeem mag geen middel vormen tot willekeurige discriminatie, noch het vrije verkeer van patiënten op ongerechtvaardigde wijze beperken.⁶¹

Overeenkomstig de bepalingen van de Richtlijn mogen de lidstaten zelf beslissen of zij een dergelijk systeem invoeren en voor welke gezondheidszorg voorafgaande toestemming vereist is.⁶² Er kunnen dus verschillen ontstaan tussen de Belgische, Nederlandse en Duitse autoriteiten ten aanzien van de situaties waarin zij voorafgaande toestemming eisen.⁶³

In dezelfde geest als die van de Verordening, mag voorafgaande toestemming *niet* worden geweigerd wanneer de behandeling deel uitmaakt van de in de bevoegde lidstaat gedekte verstrekkingen en wanneer de bevoegde lidstaat dezelfde behandeling niet binnen een medisch verantwoorde termijn kan aanbieden. Tegelijkertijd *kan* voorafgaande toestemming echter worden geweigerd wanneer er kwaliteits- en veiligheidsproblemen zijn, risico's voor de patiënt of voor de bevolking in het algemeen, of wanneer de behandeling in de bevoegde lidstaat binnen een te rechtvaardigen termijn beschikbaar komt.⁶⁴

3.3 Zijn de belemmeringen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's het gevolg van tekortkomingen in het EU-rechtskader?

In de bovenstaande paragraaf is nagegaan onder welke voorwaarden grensoverschrijdende gezondheidszorg in een andere lidstaat kan worden betrokken. De in hoofdstuk 2 beschreven praktijkgevallen zijn voorbeelden van belemmeringen voor de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg die vooral voor grensregio's gevolgen hebben. In dit kader is het van belang vast te stellen of het EU-rechtskader daarmee tekortschiet in de neerslag van de behoeften van grensregio's en hun inwoners.

⁶¹ Artikel 8, lid 1, Richtlijn 2011/24.

⁶² Overwegingen 42-43 Richtlijn 2011/24.

⁶³ Nederland heeft geen aanvullende lijst ingevoerd van aan voorafgaande toestemming onderworpen behandelingen. In België is de officiële lijst van medische verstrekkingen waarvoor voorafgaande toestemming vereist is opgenomen in het ministerieel besluit van 24 juni 2014, en, zoals vermeld in artikel 294, lid 1, punt 14, van het Koninklijk Besluit, gepubliceerd op de website van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Behalve voor overnachtingen is voorafgaande toestemming vereist voor ambulante prestaties waarbij een hartcatherisatie, het gebruik van een CT/MRI/PET-scanner of bestraling (radiotherapie) nodig is. In Duitsland is voorafgaande toestemming vereist voor ziekenhuiszorg in de zin van §39 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V).

⁶⁴ Artikel 8, lid 5 en 6, van Richtlijn 2011/24.

Tabel 3: Vereenvoudigd overzicht van het EU-rechtskader voor toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg

	Verordening 883/2004	Richtlijn 2011/24
Gedekte personen	Verzekerden, bijzondere bepalingen voor: <ul style="list-style-type: none"> • grensarbeiders • gepensioneerden • hun familieleden 	Verzekerde personen: patiënten
Zorgverlener⁶⁵	Publiek	Publiek of privaat
Toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg (gepland)	Voorafgaande toestemming vereist voor alle geplande zorg (krachtens artikel 20)	<ul style="list-style-type: none"> • Toegang zonder toestemming als <i>hoofdregel</i> • Beperkingen door toestemming (<i>uitzondering</i>) moeten kunnen worden gerechtvaardigd Alleen wanneer: <ul style="list-style-type: none"> – Overnachting in het ziekenhuis – Zeer gespecialiseerde of kostbare apparatuur – Risico's voor patiënt of bevolking – Kwaliteit en veiligheid van de behandeling – Niet inbegrepen in het verzekeringspakket
Voorafgaande toestemming moet worden gegeven wanneer	<ul style="list-style-type: none"> • De behandeling is inbegrepen in het verzekeringspakket, en • De behandeling kan niet binnen een medisch verantwoorde termijn in de lidstaat van herkomst worden verstrekt 	
Vergoeding	Op basis van de tarieven van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt, afrekening tussen zorgverzekeraars	Slechts tot het bedrag van de kosten van de behandeling in de lidstaat van oorsprong, de patiënt betaalt vooraf
Vorm van de vergunning	S2-formulier (E-112) voor geplande zorg, EHIC (E-111) voor spoedeisende zorg, S1-formulier ("overdraagbaarheidsdocument"), bv. voor grensarbeiders	Ad hoc document

Vergelijking van de Richtlijn met de voorschriften inzake voorafgaande toestemming voor geplande gezondheidszorg uit hoofde van de Verordening brengt opmerkelijke verschillen aan het licht (tabel 3). Hoewel de Richtlijn patiënten de mogelijkheid biedt zich in een andere lidstaat te laten behandelen zonder voorafgaande toestemming van hun verzekeraar, kan in bepaalde gevallen voorafgaande toestemming worden verlangd. Krachtens de Verordening is deze toestemming echter altijd verplicht. **Het is nou net deze voorafgaande toestemming die in een grensoverschrijdende setting lastig kan blijken.**

⁶⁵ Dit onderscheid vereist zorgvuldige bestudering van het toepasselijke zorgstelsel. Binnen het Nederlandse gezondheidszorgstelsel, bijvoorbeeld, kunnen op grond van de Verordening vergoedingen worden verkregen voor diensten van particuliere zorgaanbieders die een contractrelatie hebben met het publieke gezondheidszorgstelsel.

De regels inzake voorafgaande toestemming kunnen de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg voor inwoners van deze regio's aanzienlijk beperken, aangezien de beslissing over toestemming voor behandeling over de grens uiteindelijk bij de verzekeraar ligt. De eerder genoemde situatie, waarbij inwoners van grensregio's zich niet over de grens konden laten behandelen omdat hun verzoek om voorafgaande toestemming werd afgewezen, is hiervan een goed voorbeeld. In dit verband kan de verzekeraar, op basis van de regels inzake het verlenen van voorafgaande toestemming, aanvoeren dat een soortgelijke behandeling tijdig beschikbaar is in de lidstaat waar de persoon woont en dat de weigering derhalve gerechtvaardigd is. Daarmee **bevinden de inwoners van grensregio's zich mogelijk in een nadelige positie** ten opzichte van degenen die in de centrale landsdelen wonen. De regels inzake voorafgaande toestemming kijken er immers alleen naar of de behandeling binnen de landsgrenzen als geheel tijdig beschikbaar is en houden er geen rekening mee dat behandeling aan de andere kant van de grens vanuit het oogpunt van de inwoner van de grensregio wellicht handiger en dichterbij zou zijn.

De kwestie van de voorafgaande toestemming houdt verband met de definitie van 'inwoner van een grensregio' zoals in het begin van dit dossier gegeven. Deze gebruikers van gezondheidszorg zijn immers niet noodzakelijkerwijs medische toeristen, en voor hen kan het administratief en financieel omslachtig zijn om voor regelmatige/standaard behandelingen voorafgaand toestemming te vragen of om de behandelingen vooruit te betalen alvorens de vergoeding wordt toegekend. De Verordening en de Richtlijn voorzien met hun respectieve stelsels wel in een aantal rechten maar zijn meer gericht op de behoefte aan incidentele grensoverschrijdende gezondheidszorg of bijvoorbeeld de zorgverlening aan gepensioneerden of grenswerkers. **Er zijn geen expliciete bepalingen opgenomen voor personen die in grensregio's wonen en geen andere grensoverschrijdende elementen (zoals werk) hebben dan het wonen in de nabijheid van een landsgrens.**

Positief is dat de Richtlijn als uitgangspunt heeft dat geen voorafgaande toestemming vereist is. In die zin is de Richtlijn een welkome ontwikkeling, omdat zij meer flexibiliteit biedt bij de toegang tot gezondheidszorg dan de Verordening. Vooral het wetgevingskader voor geplande zorg kan nuttig zijn voor inwoners van grensregio's die consulten of andere "reguliere" zorg wensen. Daarvoor is geen voorafgaande toestemming meer vereist. De Richtlijn biedt echter geen oplossing voor de belemmeringen die voortvloeien uit de regels inzake voorafgaande toestemming wanneer de grensbewoner **(nacht)intramurale zorg of andere kostenintensieve, specialistische zorg nodig heeft**. Bovendien **kan** het ontbreken van voorafgaande toestemming **onzekerheid bij patiënten teweegbrengen**, aangezien zij pas een beslissing over de vergoeding krijgen nadat de behandeling is verkregen.

Een opmerkelijk verschil tussen de Richtlijn en de Verordening in verband met de terugbetaling van de geplande gezondheidszorg wijst in de richting van een verdere potentiële belemmering. Krachtens de Richtlijn worden de vergoedingen slechts toegekend tot het niveau dat in de lidstaat van herkomst (de "lidstaat van aansluiting") van de patiënt zou worden verstrekt.⁶⁶ Deze benadering verschilt wezenlijk van de regeling waarin de Verordening betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels voorziet. Hier is het de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt wiens tarieven bepalend zijn voor de vergoeding. **Indien de patiënt dus zorg ontvangt in een lidstaat waar de kosten hoger zijn dan in de bevoegde lidstaat, kan krachtens de Richtlijn slechts een deel van de werkelijke kosten worden vergoed**. Dit kan voor de patiënt minder gunstig uitpakken en een grensbewoner ervan weerhouden

⁶⁶ Artikel 7, lid 4, van Richtlijn 2011/24.

een (grensoverschrijdend) beroep te doen op gezondheidsdiensten indien de kosten in het buurland hoger zijn. De verschillen in de tarieven voor gezondheidsdiensten tussen de lidstaten en de betalingsmechanismen kunnen in dit opzicht dan ook belemmeringen opleveren.

Krachtens de Verordening wordt de betaling vaak afgewikkeld tussen de twee instellingen; zo kan de patiënt de financiële last van voorafbetaling van de zorgkosten vermijden. **Krachtens de Richtlijn worden de kosten echter in eerste instantie door de patiënt zelf betaald.** Daarna kan de patiënt het bevoegde orgaan om terugbetaling verzoeken. Dit terugbetalingsstelsel kan leiden tot ongelijkheden tussen de inwoners van grensregio's: niet alle burgers beschikken noodzakelijkerwijs over de financiële middelen om hun behandeling vooraf te betalen. Het principe van terugbetaling na behandeling kan ook voor financiële onzekerheid zorgen. Het wekt dan ook geen verbazing dat betaling vooraf en de financiële onzekerheid rondom (on)volledige terugbetaling tot de belangrijkste belemmeringen behoren die tijdens de openbare raadpleging over de Richtlijn naar voren zijn gekomen.⁶⁷

Naast de verschillen in terugbetaling en het vereiste van voorafgaande toestemming, moet worden opgemerkt dat de Verordening alleen van toepassing is op gezondheidszorg die van publieke zorgaanbieders wordt betrokken, terwijl volgens de Richtlijn zorg van zowel publieke als particuliere aanbieders wordt terugbetaald.⁶⁸ **Daarom hebben patiënten volgens de Richtlijn meer keuzemogelijkheden uit zorgaanbieders en genieten zij ook meer vrijheid, aangezien voorafgaande toestemming niet altijd vereist is.** Het is echter van belang hier te benadrukken dat de verschillen tussen de gezondheidsstelsels en de respectieve verdeling tussen privaat en publiek in de gezondheidszorg ook hier weer relevant zijn.⁶⁹

Deze analyse brengt inderdaad een aantal belangrijke tekortkomingen van het EU-rechtskader aan het licht met betrekking tot de organisatie van grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's. Op basis van deze bevindingen kan worden gesteld dat het ontstaan van belemmeringen **kan worden beperkt door een EU-rechtskader dat rekening houdt met de behoeften van grensregio's en dat de rechten op gezondheidszorg van hun inwoners in een grensoverschrijdende setting bevordert.** Zoals uit de praktijkgevallen in hoofdstuk 2 blijkt, zijn het echter ook de systemische discrepanties en verschillen in de nationale wetgevingen die de werking van grensoverschrijdende gezondheidszorg in een grensregio belemmeren. Voorbeelden hiervan zijn de verschillen in factureringssystematiek voor ziekenhuiszorg en de verschillen in dekking van verzekeringspolissen. In dit verband moet nogmaals worden gewezen op de beperkte bevoegdheden van de Unie op het gebied van het zorgbeleid. Of dit binnenkort zal veranderen valt – zelfs in het licht van de recente plannen om een Europese gezondheidsunie op te richten⁷⁰ – te betwijfelen. Meer in het bijzonder is de Richtlijn als rechtsinstrument van de EU niet rechtstreeks toepasselijk. Zij stelt "slechts" een gemeenschappelijke doelstelling vast die door de lidstaten moet worden verwezenlijkt, maar laat de uitvoering aan de

⁶⁷ Europese Commissie, "Evaluation of patient rights in cross-border healthcare: Public Consultation Factual Report" Ref. Ares(2021)6103901 - 07/10/2021, p. 4.

⁶⁸ Artikel 1, lid 2, Richtlijn 2011/24.

⁶⁹ Zie voetnoot 65.

⁷⁰ De COVID-19-pandemie heeft het belang van coördinatie in de gezondheidszorg aangetoond. De Europese Commissie werkt aan een Europese gezondheidsunie, waarin "all EU countries prepare and respond together to health crises, medical supplies are available, affordable and innovative, and countries work together to improve prevention, treatment and aftercare for diseases such as cancer". De belangrijkste initiatieven zijn crisisparaatheid, een farmaceutische strategie en het Europe's Beating Cancer Plan (tegen kanker). Meer informatie via https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_en.

nationale regeringen over.⁷¹ Gezien de beperkte rechtsgevolgen van de Richtlijn en de bevoegdheden van de EU op het gebied van de organisatie van de gezondheidszorg is harmonisatie van de zorgstelsels, of in dit geval van de factureringssystemen of verzekeringspakketten, juridisch vrijwel onmogelijk te realiseren. Daarom is de Richtlijn **alleen mogelijk geen afdoende middel om alle belemmeringen die zich exclusief in grensregio's voordoen, uit de weg te ruimen**. Voor een goed functionerende grensoverschrijdende gezondheidszorg is dan ook behoefte aan maatregelen en samenwerking van de autoriteiten van de lidstaten op nationaal en regionaal niveau.

4. Goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's: hindernissen overwinnen

Vervolgens tracht dit dossier een antwoord te geven op de vraag hoe een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's zou kunnen worden gerealiseerd in het kader van de Richtlijn. Dit gaat hand in hand met de vraag of en hoe de in hoofdstuk 2 genoemde grensbelemmeringen structureel kunnen worden opgelost. Meer in het bijzonder zal in dit hoofdstuk worden nagegaan hoe deze belemmeringen door de regionale autoriteiten kunnen worden weggenomen en worden enkele *best practices* beschreven voor de organisatie van de gezondheidszorg in een grensoverschrijdende context.

4.1 De EU-Richtlijn Patiëntenrechten in het licht van de bijzondere kenmerken van grensregio's

Het zou verschillende voordelen kunnen bieden een *grensregio* als uitgangspunt te nemen voor de organisatie van de gezondheidszorg. Belangrijk is hierbij dat de Richtlijn de bijzondere positie van grensregio's al enigszins erkent, aangezien zij de samenwerking tussen de lidstaten juist in deze gebieden uitdrukkelijk aanmoedigt.

De Europese Commissie heeft ook erkend dat het noodzakelijk is extra wegen naar juridische integratie te verkennen. Zij heeft in haar lopende evaluatie de nadruk gelegd op grensoverschrijdende wederzijdse bijstand en samenwerking en daarbij specifiek gekeken naar het effect van de Richtlijn op deze aspecten.⁷² Uit de resultaten van de openbare raadpleging blijkt dat minder dan de helft van de respondenten van mening is dat de Richtlijn samenwerkingsovereenkomsten op het gebied van de verstrekking van gezondheidszorg daadwerkelijk ondersteunt.⁷³ Dit onderstreept dat de Richtlijn wellicht nog voor verbetering vatbaar is wat betreft de bevordering van grensoverschrijdende samenwerking. Verbetering van de Richtlijn zou daarmee kunnen zorgen voor minder belemmeringen en een soepeler verlening van gezondheidszorg in grensregio's.

Grensoverschrijdende samenwerking in de gezondheidszorg biedt immers verschillende potentiële voordelen.⁷⁴ Zo kan samenwerking economische voordelen hebben, omdat zij een efficiëntere bundeling van middelen in deze regio's mogelijk maakt. Denk hierbij aan samenwerking tussen de

⁷¹ In dit verband is het ook belangrijk te evalueren of de lidstaten de Richtlijn daadwerkelijk ten uitvoer hebben gelegd.

⁷² Routekaart van de Europese Commissie: Grensoverschrijdende gezondheidszorg – evaluatie van de rechten van patiënten, 14 januari 2021.

⁷³ Europese Commissie, " Grensoverschrijdende gezondheidszorg – evaluatie van de rechten van patiënten: Verslag van de openbare raadpleging".

Ref. Ares(2021)6103901 - 07/10/2021, p. 5.

⁷⁴ Europese Commissie, " EU-grensregio's: levende laboratoria van de Europese integratie", COM(2021) 393 definitief, p. 4.

regionale autoriteiten om centra voor specialistische zorg op te richten, die anders alleen in de nabijheid van centraler gelegen landsdelen beschikbaar zouden zijn. Zo is het initiatief van het Euregioonaal Kinderchirurgisch Centrum in de EMR bedoeld om de negatieve effecten die voortvloeien uit de politieke, medische en demografische ligging van de grensregio te verzachten. Dankzij de bundeling van de inspanningen en expertise van zorgverleners, kan dit soort grensoverschrijdende samenwerking niet alleen de toegankelijkheid, maar ook de kwaliteit van de gezondheidszorg in het gebied bevorderen. Gebleken is dat

*"[...] Nederland beschikt over een aantal grote kinderchirurgische centra verspreid over het hele land, maar in het zuiden van het land ontbreekt een dergelijke voorziening tot op zekere hoogte. In de praktijk betekent dit dat kinderen in de Euregio Maas-Rijn die een chirurgische ingreep moeten ondergaan, vaak moeten reizen om behandeld te worden en ver weg zijn van hun huis en gezin."*⁷⁵

Hoewel artikel 168 VWEU de beperkte bevoegdheden van de EU op het gebied van de organisatie van de gezondheidszorg aan banden legt, schrijft het ook uitdrukkelijk samenwerking in grensregio's voor.

⁷⁶In de preambule van de Richtlijn wordt dit voorschrift nader uitgewerkt:

*"De lidstaten dienen de samenwerking tussen de aanbieders, inkopers en regelgevers van gezondheidszorg van verschillende lidstaten op nationaal, regionaal of lokaal niveau te bevorderen, **opdat veilige, hoogwaardige en efficiënte grensoverschrijdende gezondheidszorg kan worden gewaarborgd**. Dit kan van **bijzonder belang** zijn in grensregio's, waar grensoverschrijdende dienstverlening **de meest efficiënte wijze kan zijn om de gezondheidsdiensten voor de plaatselijke bevolking te organiseren**, maar waar samenwerking tussen de gezondheidsstelsels van verschillende lidstaten nodig is om dergelijke grensoverschrijdende gezondheidsdiensten blijvend tot stand te kunnen brengen."*⁷⁷

*"[---] moet de Commissie samenwerking bij de verlening van grensoverschrijdende gezondheidszorg op regionaal en lokaal niveau bevorderen, **met name door te wijzen op belangrijke belemmeringen voor samenwerking tussen zorgaanbieders in grensgebieden en aanbevelingen te doen en informatie en beste praktijken te verspreiden over manieren om dergelijke belemmeringen te slechten**."*⁷⁸

De Richtlijn legt de lidstaten geen verplichting tot grensoverschrijdende samenwerking op, maar moedigt deze samenwerking – bij voorkeur op basis van (schriftelijke) overeenkomsten – wel sterk aan, met name ten aanzien van gezondheidszorg in grensregio's. Artikel 10 van de Richtlijn bepaalt dan ook het volgende:

⁷⁵ Lees meer op <https://www.maastrichtuniversity.nl/research/item/research/euregional-centre-for-paediatric-surgery>, Prof. dr. H. Schneider, Dr. N. Büttgen, Dr. L. Kortese R. Tans, LL.M. M. Unfried, M.A., 'De Weg Vrijmaken voor een Euregioonaal Kinderchirurgisch Centrum Toekomstbestendige Grensoverschrijdende Zorgsamenwerking in de Euregio Maas-Rijn' oktober 2020.

⁷⁶ Artikel 168, lid 2, VWEU luidt als volgt " ... Zij moedigt in het bijzonder aan dat de lidstaten samenwerken ter verbetering van de complementariteit van hun gezondheidsdiensten in de grensgebieden. '

⁷⁷ Overweging 50 Richtlijn 2011/24.

⁷⁸ Overweging 51 Richtlijn 2011/24.

*"De Commissie moedigt de lidstaten, vooral buurlanden, aan om onderling overeenkomsten te sluiten. De Commissie moedigt de lidstaten tevens aan om samen te werken bij de verstrekking van grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's."*⁷⁹

Kortom, het EU-rechtskader nodigt de lidstaten uitdrukkelijk uit overeenkomsten te sluiten over grensoverschrijdende gezondheidszorg in grens(overschrijdende)regio's. Bij het sluiten van die overeenkomsten en het stimuleren van patiëntmobiliteit worden de regeringen niet door het EU-recht beperkt: de lidstaten kunnen desgewenst gunstiger voorwaarden creëren dan opgenomen in de Richtlijn. Om de belemmeringen als gevolg van de vereiste voorafgaande toestemming en de discretionaire terugbetalingssystemen te overwinnen hebben verschillende grensregio's overeenkomsten gesloten over de verstrekking van en de toegang tot gezondheidsdiensten. Met het oog op de geografische afbakening van dit dossier zullen hierna twee van zulke overeenkomsten en één stichting worden besproken als voorbeelden van *good practice*.

4.2 Voorbeelden van *good practice*: ZOAST, IZOM en euPrevent

ZOAST

In 2005 werd een kaderovereenkomst ondertekend langs de Frans-Belgische grens, en sindsdien zijn verschillende zones voor grensoverschrijdende gezondheidszorg (*Zone organisée d'accès aux soins de santé transfrontaliers* – ZOAST) in het leven geroepen. Zeven ZOAST's bestrijken nu het hele Frans-Belgische grensgebied en zijn de benchmarks geworden voor samenwerking op het gebied van gezondheidszorg binnen de EU. Patiënten die in deze zones grensoverschrijdende gezondheidszorg wensen te betrekken, hoeven vooraf geen toestemming te vragen en krijgen hun zorg vergoed volgens de tarieven van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt. Hiertoe zijn Belgische instellingen binnen ZOAST Ardennes uitgerust met kaartlezers voor Franse socialezekerheidspassen, zodat er geen situaties meer ontstaan waarin patiënten hun medische zorg vooraf moeten betalen. Volgens het stelsel van Verordening 883/2004 worden de rekeningen van de Belgische ziekenhuizen voldaan door het Franse verbindingsorgaan. De overeenkomst biedt dus niet alleen een oplossing voor de problemen met de toestemming vooraf, maar vermijdt ook de valkuilen van de Richtlijn betreffende gedeeltelijke vergoeding en vooruitbetaling door de patiënt.⁸⁰ In het algemeen heeft de samenwerking voor patiënten in Frans-Belgische grensregio's geleid tot een betere toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg dichtbij hun woonplaats, waar gezondheidszorg vaak schaars was. Bovendien heeft het complementaire karakter van de grensziekenhuizen gezorgd voor een daling van de zorgkosten.⁸¹

⁷⁹ Artikel 10, lid 3, van Richtlijn 2011/24.

⁸⁰ Europese Commissie, "European Cross-border Cooperation on Health: Theory and Practice" 2017 https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/cooperate/crossborder/cbc_health/cbc_health_en.pdf, blz. 11.

⁸¹ Europese Commissie, "Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions" https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/booklet_enhancing_healthcare_cooperation.pdf.

Het IZOM-project

Het IZOM-project ("Integratie Zorg Op Maat") is een voorbeeld van grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van gezondheidszorg tussen België, Nederland en Duitsland in de Euregio Maas-Rijn (EMR). Dit project is reeds in 2000 gezamenlijk opgezet door de zorgverzekeraars in de betreffende gebieden: de Nederlandse zorgverzekeraar CZ, de Belgische Mutualité Chrétienne en de Duitse AOK Rheinland. De uitdagingen bij het organiseren van de gezondheidszorg in deze regio (lange wachttijden in de specialistische zorg en een gebrek aan lokale zorgdiensten in sommige gebieden) vormden de aanleiding voor deze samenwerking.⁸² Het project heeft de mobiliteit van patiënten bevorderd door de inwoners de keuze te bieden in welk land zij gezondheidszorg wensten te betrekken. Daartoe gaf de ziektekostenverzekeraar aan de ingezetene een speciale vorm van voorafgaande toestemming (formulier EE12+), die geldig was voor een periode van drie tot twaalf maanden. Op grond van deze regeling hadden de ingezetenen toegang tot specialistische zorg – zowel voor behandeling als voor diagnostiek – tot doktersrecepten voor geneesmiddelen in het kader van de behandeling en tot de betreffende ziekenhuiszorg.⁸³ Sommige zorgverleners waren echter van de regeling uitgesloten, bijvoorbeeld fysiotherapie en de huisartsenzorg. De genoten diensten werden gefactureerd aan de zorgverzekeraars.⁸⁴

Hoewel het project veel voordelen opleverde voor patiënten en zorgverleners, deden zich ook enkele problemen voor. Een daarvan betrof de onbalans in de patiëntenstromen: meer Belgische patiënten lieten zich over de grens behandelen dan Nederlandse of Duitse patiënten.⁸⁵ Deze onbalans was vooral opvallend in bepaalde specialistische takken van de geneeskunde, zoals kindergeneeskunde. Bovendien werden bij de goedkeuring van de Richtlijn patiëntenrechten twijfels geuit over de toegevoegde waarde van het IZOM-project: de Richtlijn voorzag immers ook in de mogelijkheid om zorg te ontvangen zonder voorafgaande toestemming. Die onbalans en de wetwijzigingen in het kader van de Richtlijn waren voor twee Duitse contractanten aanleiding om de overeenkomst in 2016 te beëindigen. Mede naar aanleiding van de terugtrekking van deze twee Duitse partners evalueerde het Belgische ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid het project in 2016 en werd eind 2017 besloten het project te beëindigen. Op 1 januari 2018 ging de EMR dan ook opnieuw over op de toepassing van het EU-recht, op basis van de coördinatieverordeningen en de Richtlijn patiëntenrechten.⁸⁶

⁸² *Ibid*, p. 60.

⁸³ Zie ook A. Coheur, "Cross border care - New prospects for convergence. European Integration and Health Care Systems: A Challenge for Social Policy" 2001.

⁸⁴ Europese Commissie, "European Cross-border Cooperation on Health: Theory and Practice" 2017 https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/cooperate/crossborder/cbc_health/cbc_health_en.pdf, p.60-63.

⁸⁵ *Ibid*, p. 63. Zo werden in 2014 15 807 S2-formulieren afgegeven voor gezondheidszorg in Duitsland, van patiënten met een Belgische sociale verzekering. Dit waren voornamelijk leden van de Duitstalige gemeenschap van België. Omgekeerd werden er 1281 formulieren, voornamelijk uit Nederland, afgegeven voor gezondheidszorg in België (voornamelijk in Genk en Tongeren), voor Nederlandse en Duitse patiënten. Nederlandse patiënten die zich in België laten behandelen doen dat vanwege de wachttijden in Nederland.

⁸⁶ Europese Commissie, "European Cross-border Cooperation on Health: Theory and Practice" 2017 https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/cooperate/crossborder/cbc_health/cbc_health_en.pdf, blz. 63.

euPrevent

In dezelfde regio als het IZOM-project is in 2000 euPrevent gestart als een Interreg A-project. Sinds 2010 functioneert euPrevent als een formele stichting zonder winstoogmerk, met als doel de gezondheidssituatie van burgers in de EMR te verbeteren door grensoverschrijdende samenwerking te bevorderen. In samenwerking met een netwerk van ziekenhuizen, verpleeghuizen, poliklinieken, artsen, verzekeringsmaatschappijen en patiëntenverenigingen heeft de stichting zich bijvoorbeeld beziggehouden met vraagstukken op het gebied van patiëntveiligheid en infectiebestrijding in de grensoverschrijdende gezondheidszorg. Partners van euPrevent zijn de regionale en lokale overheden, volksgezondheidsinstanties, ziekenhuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, patiëntenorganisaties, universiteiten en onderwijsinstellingen.⁸⁷

4.3 Obstakels overwinnen: succesfactoren voor de totstandkoming van een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's

De hier beschreven overeenkomsten ZOAST en IZOM zijn voorbeelden van goede praktijken die obstakels voor het verlenen van grensoverschrijdende gezondheidszorg wegnemen. In het kader van beide overeenkomsten zijn de meest voorkomende belemmeringen – de verplichte toestemming vooraf en de last van het terugbetalingssysteem – weggenomen. Het bestaan van euPrevent en het voormalige IZOM-project laten zien dat een dergelijke samenwerking, met name in de Euregio Maas-Rijn, niet nieuw zou zijn. Het IZOM-project is echter beëindigd, gedeeltelijk als gevolg van de vaststelling van de Richtlijn. Hierbij rijst de vraag of het besluit om terug te grijpen op de EU-wetgeving werkelijk een stap voorwaarts is geweest of juist een stap terug? In plaats van de mobiliteit van patiënten te versoepelen, zijn de bewoners van grensregio's door de beëindiging van het IZOM-project en het teruggrijpen op de procedures van de Richtlijn wellicht voor obstakels geplaatst die IZOM juist had moeten vermijden. Dit suggereert dat **het sluiten van overeenkomsten tussen de respectieve autoriteiten van de lidstaten binnen het huidige EU-rechtskader wellicht de beste manier is om tot een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's te komen.**

Nationale regeringen zijn echter van oudsher geneigd tot terughoudendheid ten aanzien van grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van gezondheidszorg – de politieke gevoeligheid van het thema gezondheidszorg komt voort uit de financiering ervan. In die zin weerspiegelen het bij de Richtlijn ingevoerde vergoedingstelsel en het bij de Verordening ingevoerde systeem van voorafgaande toestemming de gretigheid waarmee de lidstaten de toegang tot en de financiering van gezondheidszorg in het buitenland zouden willen beperken. Zoals echter reeds aan het begin van het dossier is opgemerkt, staat grensoverschrijdende gezondheidszorg in de grensregio's niet noodzakelijkerwijs gelijk aan medisch toerisme en kan grensoverschrijdende samenwerking bij de verlening van gezondheidszorg in grensregio's voor beide zijden voordelig zijn: de ZOAST's hebben bijvoorbeeld geleid tot lagere zorgkosten.

De financiële gevolgen van grensoverschrijdende gezondheidszorg hangen ook af van de zorgkosten per land. Wanneer we kijken naar de uitgaven voor gezondheidszorg in België, Nederland en Duitsland (tabel 2), zien we dat deze niet significant verschillen en in feite een vergelijkbare stijgende trend

⁸⁷ Europese Commissie, 'Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions' https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/booklet_enhancing_healthcare_cooperation.pdf. Meer informatie is te vinden op <https://euprevent.eu/nl/>.

vertonen. Dit zou pleiten voor onderzoek naar het potentieel van grensoverschrijdende samenwerking, om zo te komen tot (grotere) efficiëntie in de verlening van gezondheidszorg.⁸⁸ Voorts blijkt uit de statistieken over de mobiliteit van patiënten dat geplande zorg in het buitenland slechts een geringe financiële impact heeft⁸⁹ en dat de Richtlijn geen grote gevolgen heeft gehad voor de financiële houdbaarheid van de gezondheidszorgstelsels.⁹⁰ Om de organisatie van grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van gezondheidszorg te bevorderen, zouden de autoriteiten bovendien een beroep kunnen doen op EU-subsidies. Zo zou het Interreg-programma waaronder euPrevent ressorteert financieringsmogelijkheden kunnen bieden om een dergelijke samenwerking op gang te brengen.

Ten slotte, maar niet minder belangrijk, is uit de openbare raadpleging ter evaluatie van de Richtlijn naar voren gekomen dat de geconstateerde belemmeringen voor de samenwerking tussen ziekenhuizen, gezondheidsautoriteiten en ziektekostenverzekeraars in grensregio's voornamelijk betrekking hadden op de verschillen in zorgstelsels en middelen.⁹¹ Dit impliceert dat deze verschillen zorgvuldig zullen moeten worden bestudeerd om te komen tot een doeltreffende grensoverschrijdende samenwerking. De bovenstaande analyse bevestigt dit. De zeven verschillende ZOAST's langs de Belgisch-Franse grens laten bovendien zien dat er geen standaardoplossing bestaat voor de organisatie van grensoverschrijdende gezondheidszorg in de grensregio's.⁹² De zorgbehoeften zijn niet altijd één-op-één 'kopieerbaar' tussen grensregio's: elke grensregio is op zijn eigen manier anders. Grensregio's kunnen dan ook baat hebben bij maatwerkafspraken ten aanzien van de toegang van hun burgers tot zorgdiensten. Er zijn echter enkele gemeenschappelijke elementen die een gunstige basis zouden kunnen vormen voor veel (grensoverschrijdende) overeenkomsten – waaronder het hanteren van het bestaande stelsel uit de Verordening waarmee facturen rechtstreeks worden verrekend tussen de betrokken instellingen (zie tabel 4). Hoewel dergelijke maatwerkovereenkomsten raadzaam zouden kunnen zijn, blijft het van belang flexibiliteit in te bouwen. Bij de beëindiging van het IZOM-project is immers gebleken dat dergelijke overeenkomsten, bij gebrek aan enthousiasme op nationaal niveau, duurzamer kunnen uitpakken wanneer zij flexibeler worden ingevuld tussen (organisatorisch) kleinere actoren. Naast structurele oplossingen, kunnen daarom ook praktische oplossingen nuttig zijn. Gezien de unieke kenmerken van elke grensregio, vereist de totstandkoming van dergelijke overeenkomsten samenwerking en politiek engagement, niet alleen op nationaal

⁸⁸ M. Bouwmans, D. Baeten, A. Cansel, C. Frasier, S. Mattson, M. Midiere, P. Steskens, "Obstacles and opportunities in the cross-border provision of pediatric surgical care through the Euregional Center for Pediatric Surgery" PREMIUM-project (ongepubliceerd), p. 19-20.

⁸⁹ De geplande gezondheidszorg in het kader van de Verordening bedroeg 0,02-0,03% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in 2019, Europese Commissie "Member State data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU" 2019, p. 44-45.

⁹⁰ Europese Commissie, "Verslag van de Commissie aan het Europees Parlement en de Raad over de werking van Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg" COM(2018) 651 definitief.

⁹¹ Europese Commissie, "Grensoverschrijdende gezondheidszorg – evaluatie van de rechten van patiënten: Verslag van de openbare raadpleging".

Ref. Ares(2021)6103901 - 07/10/2021, p. 5.

⁹² Dit kan de vraag opwerpen of een sterkere wetgevende rol van de EU bij de organisatie van de (grensoverschrijdende) gezondheidszorg wenselijk is, aangezien de grensregio's baat kunnen hebben bij een bottom-up aanpak in plaats van een top-down aanpak.

niveau, maar ook van de lokale en regionale overheden, alsmede van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.⁹³

Tabel 4: Succesfactoren voor de totstandkoming van een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's

Samenwerking	<ul style="list-style-type: none">• EU, lidstaten, plaatselijke en regionale autoriteiten, zorgverzekeraars, zorgverleners, patiënten• Continuïteit van het netwerk, elkaar kennen en vertrouwen
Aandacht voor de verschillen tussen grensregio's	<ul style="list-style-type: none">• Zorgsystemen en de discrepanties ertussen• Vaststellen van de regionale kenmerken: gebiedsdynamiek, demografie, beschikbaarheid van zorg en zorgbehoeften, specifieke obstakels
Overeenkomsten	<ul style="list-style-type: none">• Obstakels overwinnen & financiële en administratieve last voor inwoners van de grensregio• Inspiratie uit andere succesvolle grensoverschrijdende samenwerkingen• Flexibiliteit
Financiering en betaling	<ul style="list-style-type: none">• Financieringsmogelijkheden op EU-niveau• Gebruik van bestaande betalingsmechanismen, bv. Verordening 883/2004

5. Conclusies

5.1 Inhoudelijke conclusies

Dit dossier bevat een ex-post evaluatie van Richtlijn 2011/24/EG betreffende de rechten van patiënten, waarbij de nadruk ligt op de toegang van inwoners van grens(overschrijdende)regio's tot grensoverschrijdende geplande medische zorg.

Allereerst is in dit dossier het belang van grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's besproken. In dit verband werd vastgesteld dat grensregio's en hun inwoners andere kenmerken vertonen en andere behoeften hebben dan (inwoners van) centraler gelegen landsdelen. Grensregio's kunnen door hun perifere ligging en unieke demografische kenmerken te kampen hebben met een gebrek aan adequate gezondheidsdiensten; hierdoor zouden deze diensten over de grens beschikbaar moeten zijn. Bovendien onderscheiden de inwoners van grensregio's zich als zorggebruikers van binnenlandse gebruikers, "medische toeristen" of zelfs grenswerkers, doordat zij *structureel* behoefte kunnen hebben aan gezondheidszorg over de grens. Grensoverschrijdende gezondheidszorg kan dus

⁹³ "Het aanpakken van knelpunten vergt een stevige organisatie waarin zowel de regionale als nationale autoriteiten betrokken zijn. Grensbelemmeringen worden lokaal of regionaal ervaren en de aanpak daarvan komt in de eerste plaats de eigen grensregio ten goede. Daar zal de dynamiek bij de aanpak dan ook primair gelegen moeten zijn.", Rijksoverheid, 'Niet aanpassen, maar afwijken - Verslag van de bestuurlijke werkgroep grensbelemmeringen' 20 oktober 2020, p. 34.

bevorderlijk zijn voor de economische, sociale en territoriale samenhang en voor de **duurzame ontwikkeling** van grensregio's.

Ondanks het belang van grensoverschrijdende gezondheidszorg voor grensregio's, zorgen de discrepanties tussen de zorgstelsels van België, Nederland en Duitsland voor barrières voor de eigen burgers die zich over de grens willen laten behandelen. Uit de studie is gebleken dat de belangrijkste belemmeringen meestal voortvloeien uit het feit dat grensbewoners vooraf toestemming van hun zorgverzekeraar moeten krijgen, maar dat die toestemming wordt geweigerd. In verschillende situaties werd in het buitenland betrokken gezondheidszorg slechts gedeeltelijk vergoed. Hoe divers de zorgstelsels zijn is met name gebleken uit de complicaties door slecht op elkaar afgestemde factureringssystemen en verzekeringsdekking, met extra administratieve en financiële lasten voor de patiënt tot gevolg.

Deze belemmeringen zijn vervolgens onderzocht in het licht van het thema **Europese integratie**. De conclusie van het dossier luidt dat het EU-rechtskader de mobiliteit van patiënten in het algemeen weliswaar bevordert, maar dat de Richtlijn niet noodzakelijkerwijs toereikend is voor grensregio's, gezien hun bijzondere kenmerken en behoeften. Het rechtskader van de EU voor grensoverschrijdende gezondheidszorg lijkt over het algemeen geschikt voor personen die incidenteel een beroep doen op de gezondheidszorg in een andere lidstaat dan voor inwoners van grensregio's, die mogelijk structureel behoefte hebben aan grensoverschrijdende gezondheidsdiensten. Het rechtskader kan inwoners van grensregio's benadelen ten opzichte van degenen die in centraler gelegen landsdelen wonen. Niettemin biedt de Richtlijn ook de mogelijkheid om bepaalde hier onderzochte belemmeringen – met name die in verband met voorafgaande toestemming en vergoedingen – te verkleinen, gezien de uitdrukkelijke verwijzing naar de zorgbehoeften van grensregio's en hun inwoners. Vanuit juridisch oogpunt lijkt het echter lastig om deze "grensregionale dimensie" van het Europese kader naar behoren te verwezenlijken zolang de gezondheidszorg een nationale bevoegdheid blijft. Zelfs een verdere versterking van deze dimensie lijkt op dit moment onwaarschijnlijk, gezien de beperkte bevoegdheden van de EU op het gebied van de organisatie van de gezondheidszorg. Daarom is de rol van de nationale overheden in België, Nederland en Duitsland belangrijk.

Onder het thema **Euregionale cohesie** werd nagegaan of samenwerking kan helpen om de nadelen weg te nemen die voortvloeien uit het beperkte EU-rechtskader en uit de perifere ligging van de grensregio's. Aangezien samenwerking tussen deze landen niet nieuw is, zijn in dit dossier verschillende overeenkomsten aangehaald als voorbeeld van beste praktijken die de ter inspiratie kunnen dienen en de gezondheidszorg in deze regio's verder kunnen verbeteren. In dit verband zijn in het dossier verschillende "succesfactoren" geïdentificeerd voor de totstandbrenging van een goed functionerende gezondheidszorg in grensregio's. Hierbij ligt de nadruk op flexibele regelingen en op samenwerking, die het best tot stand komt in dialoog met actoren op verschillende niveaus: van zorgverzekeraars tot lokale, regionale en nationale overheden (een "bottom-up benadering"). Uit het dossier blijkt ook dat zorgvuldig onderzoek naar de verschillen tussen de zorgstelsels en de unieke kenmerken van elke grensregio die uit deze verschillen voortvloeien nuttig zou zijn voor het opzetten van succesvolle grensoverschrijdende kaders voor de gezondheidszorg.

5.2 Vooruitzichten en verder onderzoek

Deze grenseffectbeoordeling kan voortgezet en uitgebreid worden door gedetailleerder onderzoek te verrichten naar verschillende aspecten, waaronder het inventariseren van grensbelemmeringen; het opzetten van overleg tussen de relevante actoren in België, Nederland en Duitsland; en het grondig vergelijken van de nationale wetgevingen en de discrepanties tussen de verschillende zorgstelsels. Aangezien dit dossier zich heeft toegespitst op de Richtlijn patiëntenrechten, zou meer onderzoek kunnen worden verricht naar andere instrumenten van grensoverschrijdende gezondheidszorg, bijvoorbeeld zulke die zijn vastgelegd in het kader van bi- of multilaterale overeenkomsten (tussen lidstaten of bijvoorbeeld zorgverzekeraars), in nationale wetgeving of in verzekeringsstelsels. Daarnaast zouden meer gegevens kunnen worden verzameld over grensoverschrijdende gezondheidszorg: de studie maakt met name melding van een gebrek aan gegevens over de mobiliteit van patiënten in grensregio's.⁹⁴ Pas nadat al deze aspecten grondig zijn onderzocht, kunnen conclusies worden getrokken over grensoverschrijdende gezondheidszorg in grensregio's. In dat opzicht is de komende evaluatie van de Richtlijn door de Europese Commissie in 2022 een lang verwachte.

⁹⁴ De Association of European Border Regions (AEBR) doet momenteel onderzoek naar grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit in geselecteerde EU-regio's. De AEBR zal informatie verzamelen over het aantal patiënten dat met behulp van de Richtlijn patiëntenrechten de grens oversteekt. Naar aanleiding hiervan zullen de AEBR en DG SANTÉ verslag doen van vier casestudies in grensregio's. Zie meer op <https://www.aebr.eu/focusing-on-patients-in-border-regions/>.

Bijlage: Andere voorbeelden van belemmeringen voor de toegang tot zorgvoorzieningen voor inwoners van grens(overschrijdende)regio's

Langdurige zorg

De belemmeringen vloeien voort uit de verschillende systemen in Duitsland en Nederland met betrekking tot een indicatie om in aanmerking te komen voor een plek in een zorginstelling en/of thuiszorg. De procedures en vereisten volgens de Duitse wet op de langdurige zorg (*Pflege-Versicherungsgesetz, PflegeVG*) zijn ingedeeld naar benodigd zorgniveau (*Pflegestufe*) en verschillen aanzienlijk van de “verpleegindicaties” zoals vastgesteld op basis van de Nederlandse wet op de langdurige zorg (*Wlz*). Bovendien melden de GIP's dat systemische discrepanties het voor oudere (voormalige) grenswerkers en hun gezinnen moeilijk maken om toegang te krijgen tot passende zorgvoorzieningen. In sommige gevallen kunnen mensen die in Duitsland wonen maar in Nederland verzekerd zijn tegen ziektekosten geen aanspraak maken op "*Pflegegeld*" (een geldelijke uitkering) en zijn zij tevens uitgesloten van het Nederlandse "persoonsgebonden budget" (een niet-exporteerbare natura-uitkering). Er zijn ook klachten binnengekomen over de vergoeding voor in Duitsland woonachtige gezinnen die een familielid willen verzorgen dat niet in Duitsland verzekerd is.

Medische indicaties voor toegang tot speciaal onderwijs

De discrepanties en verschillen tussen de zorgstelsels kunnen ook andere negatieve gevolgen hebben voor het vrije verkeer. Een voorbeeld hiervan betreft de discrepantie tussen het Nederlandse en het Belgische systeem bij het stellen van een ADHD-diagnose bij kinderen en jongeren om toegang te krijgen tot adequate onderwijsvoorzieningen in een grensoverschrijdende setting. De verschillen in bevoegdheden van het medisch personeel maken deze situatie bijzonder problematisch: in Nederland kan de diagnose ADHD worden gesteld door een verpleegkundige, in België alleen door een arts.

Ziektekostenverzekering

Personen die in België wonen en in Nederland werken zijn verzekerd bij een Nederlandse verzekeraar. Aangezien zij formeel grenswerkers zijn, mogen zij ook in hun woonstaat – België – gezondheidszorg betrekken. Daartoe geeft de Nederlandse verzekeringsmaatschappij een S1-formulier ("meeneembaarheidsdocument") af. Met dit document kan de werknemer zich inschrijven bij een zorgverzekeraar in België en gezondheidszorg ontvangen voor rekening van de Nederlandse zorgverzekering. Er komen echter meldingen binnen dat grenswerkers vaak toch nog lidmaatschapsgeld moeten betalen bij hun Belgische zorgverzekeraar ("mutualiteit"), terwijl zij in Nederland ook al zorgverzekeringspremie betalen.

Spoedeisende zorg in grensregio's

Grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van ambulancediensten is noodzakelijk, omdat de responstijden die zijn vastgesteld om adequaat te kunnen reageren op medische noodsituaties in de grensregio niet altijd worden gehaald; daardoor ontstaan levensbedreigende situaties. Ondanks de duidelijke behoefte aan grensoverschrijdende ambulancezorg en spoedeisende hulp, is samenwerking op dit gebied allesbehalve vanzelfsprekend. Verschillen tussen de nationale systemen in Nederland, België en Duitsland met betrekking tot bijvoorbeeld beroepsstandaarden, de medische

uitoefeningspraktijk, de organisatiestructuur, de vergoeding van zorg en technische vereisten bemoeilijken het verlenen van grensoverschrijdende ambulancediensten.⁹⁵

⁹⁵ Zie Kortese, L., Sivonen, S., "Cross-border Cooperation on Ambulance and Intensive Care Transport: Examining Opportunities to Strengthen Cooperation" PANDEMERIC. Zie ook Europese Commissie, "Inventory of legal and administrative obstacles in EU border regions Entry no: 157 Border obstacle System differences for emergency health care" https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/policy/cooperation/european-territorial/cross-border/factsheets/157.pdf.