



Jean-Pierre Hermans, algemeen directeur AZ Vesalius: “Er zijn duidelijke afspraken nodig, over onder meer betaling, terugbetaling, transport, kwaliteit, veiligheid en informatieverstrekking.”

zorg zonder grenzen

## “AZ Vesalius effent weg voor grensoverschrijdend patiëntenverkeer”

Op 21 december ondertekenen het Tongerse AZ Vesalius en het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) het PICU-akkoord. Dat contract moet de basis vormen van het grensoverschrijdend patiëntenverkeer van de toekomst. Jean-Pierre Hermans, algemeen directeur van het Vesaliusziekenhuis, legt de oorsprong en het belang van het akkoord uit.

“PICU staat voor *Pediatric Intensive Care Unit*”, verduidelijkt Jean-Pierre Hermans. “De inzet van dit akkoord waren kinderen die intensieve zorgen nodig hadden die ze in ons ziekenhuis niet konden krijgen, maar wel in het MUMC+, dat een dikke twintig kilometer verderop ligt. U denkt dan: *brenge die kinderen daarheen*. Dat hebben we ook gedaan. Maar een Belgische patiënt transporteren naar en verzorgen in Nederland, of omgekeerd, heeft niet alleen administratief maar ook juridisch heel wat voeten in de aarde. Bovendien, en dat is eigenlijk het belangrijkste, moet de kwaliteit van de zorg verzekerd zijn.”

Dankzij het PICU-akkoord kunnen zorgbehoevende kinderen uit de Limburgs-Nederlandse grensregio beter en sneller geholpen worden. Tegelijk is de overeenkomst een testcase voor de Europese richtlijn van 9 maart 2011 over grensoverschrijdend patiëntenverkeer. Die richtlijn wordt in oktober 2013 in Belgische wetten gegoten. Vanaf dan moet elke EU-burger probleemloos toegang kunnen krijgen tot de gezondheidszorg in elk van de 27 EU-lidstaten.

In de praktijk verwacht Jean-Pierre Hermans dat patiënten en ziekenhuizen van die maatregel vooral zullen gebruikma-

ken als een patiënt zeer gespecialiseerde behandelingen nodig heeft of als hij, zoals in het geval van grensziekenhuizen als het AZ Vesalius en het MUMC+, sneller geholpen kan worden over de grens.

“De Belgische patiënt is wat dat betreft verwend. Iemand die vandaag op consult komt, kan volgende week op de operatietafel liggen. Bij onze Nederlandse bureaus is dat niet zo. In 2001 waren de wachtlijsten er zelfs zo sterk toegenomen (*Nederlandse artsen mogen maar x aantal prestaties van een behandeling per jaar leveren, red.*) dat het MUMC+ vragende partij was om patiënten van hen over te nemen.”

Die samenwerking resulteerde in een gestage toestroom van Nederlandse patiënten in het AZ Vesalius. Ook toen de samenwerking met het MUMC+ verwaterde nadat de Nederlandse regering in 2005 maatregelen had genomen om de wachtlijsten in te dijken, bleven Nederlandse zorgbehoevenden de grens oversteken.

“De realiteit leert dat Belgische ziekenhuizen goedkoper en sneller zijn dan hun Nederlandse evenknieën”, zegt Jean-Pierre Hermans. “De patiënt heeft vooral baat bij de snelheid waarmee hij geholpen wordt, de prijs is dan weer aantrekkelijk voor de Nederlandse zorgverzekeraars die de terugbetaling op zich nemen.” Volgens de recentste cijfers blijkt dat het AZ Vesalius in 2011 ongeveer 2.400 Nederlandse patiënten over de vloer kreeg, goed voor een kleine 5 procent van het totale patiëntenbestand.

### **Hoe heeft die geschiedenis geleid tot het akkoord dat u deze maand ondertekent?**

**Jean-Pierre Hermans:** Omdat we al in 2002 praktische afspraken hebben gemaakt om structureel samen te werken met het MUMC+ heeft Hospilim (*een samenwerkingsverband van Limburgse ziekenhuizen op initiatief van de provinciale overheid, zie pagina 12-13 red.*) ons vorig jaar gevraagd een testcase op te starten in het kader van de Europese richtlijn over het grensoverschrijdend patiëntenverkeer. Die case moet als voorbeeld dienen voor andere ziekenhuizen. Wil die richtlijn goed functioneren, zijn er immers duidelijke transnationale afspraken nodig over betaling, terugbetaling, kwaliteit, patiëntveiligheid, informatieverstrekking enzovoort. De opdracht die we van de gouverneur gekregen hebben, was het bestuderen van grensoverschrijdend patiëntengedrag, oplistten waarmee er rekening moet worden gehouden en de vergaarde kennis uitschrijven in een procedureboek dat later door alle Limburgse ziekenhuizen kan worden gebruikt. Zo kunnen ook zij vlot buitenlandse patiënten toelaten en eigen patiënten, indien nodig, naar het buitenland brengen.

### **Waarom hebt u het PICU-project als testcase gebruikt?**

Omdat we ook daarover al eerder, in de periode 2005-2007, hebben gesproken met het MUMC+. Het doel was om kinderen uit deze regio die snel *intensive care* nodig hebben, die zorg zo snel mogelijk te kunnen bieden. Omdat dat kon in

Maastricht en het MUMC+ veel dichterbij ligt dan Leuven, Brussel of Gent, hebben we met hen daarvoor een oplossing gezocht. Niet simpel, want we stuitten er zo na op onoverkomelijke problemen wat het patiëntenvervoer betreft. De Nederlandse tarieven voor de speciaal uitgeruste ambulance waarmee de kinderen vervoerd moeten worden, liggen een stuk hoger dan de Belgische. Er was geen afstemming tussen beide landen. Er was wel bereidheid, maar het was moeilijk om er een concreet project van te maken. Daarom hebben we deze case gekozen als test voor de invoering van de Europese richtlijn. Met als centrale vraag: hoe kunnen we het wel doen lukken?

### **Hoe bent u er deze keer dan wel in geslaagd?**

We hebben de hele problematiek voorgelegd aan het RIZIV, dat toestemming moet geven voor het transport van patiënten, aan de ziekenfondsen en aan de pediatrieafdelingen van beide ziekenhuizen. Uiteindelijk zijn we tot werkbare afspraken gekomen voor zowel het patiëntenvervoer als de terugbetaling ervan. De ziekenfondsen betalen nu ook het Nederlandse *intensive care*-vervoer terug. Dat gebeurt met een speciaal formulier (*S2 PICU-formulier, red.*) dat zowel de kosten dekt voor de behandeling in het buitenland als die van het vervoer. Bovendien ondertekenen de ziekenfondsen het akkoord ook. De ouders van de kinderen komen dus niet voor financiële verrassingen te staan.

### **Waren er nog obstakels waar u op stootte tijdens deze testcase?**

De kwaliteitsnorm, een verantwoordelijkheid van de Vlaamse overheid. Enkele jaren geleden stond die huiverachtig tegenover dergelijke afspraken, omdat ze geen vat had op de buitenlandse normen. Ze had toen geen bevoegdheid om daarover uitspraken te doen over de grenzen heen. Dat is opgelost, nu Belgische en Nederlandse ziekenhuizen via accreditatie dezelfde normelementen hanteren en dus dezelfde kwaliteitseisen stellen.

### **Waren er bezorgdheden vanuit Maastricht?**

Minder. Ze hoopten echt dat we kandidaat waren om met hen samen te werken. Als universitair ziekenhuis beschouwen ze het als hun opdracht om grensoverschrijdend te werken. Ze werken zo ook al samen met Aken. Via deze weg hopen ze het pad te effenen voor meer samenwerking met Belgische ziekenhuizen. Het

enige obstakel was hun hoge kostprijs die niet gedekt werd door Belgische verzekeringsmaatschappijen, wat het voor ons moeilijker maakte om vlot met hen te werken. Uiteindelijk is bereikt dat het betalingssysteem van het land van herkomst gebruikt wordt. Een Belgische patiënt krijgt in Maastricht een Nederlandse factuur maar wordt door een Belgisch ziekenfonds terugbetaald. De terugbetaling zelf gebeurt volgens de tarieven van het land waar de zorg ontvangen wordt, in dit geval dus Nederland. Het omgekeerde geldt voor een Nederlandse patiënt die naar België komt.

### **Zijn er nog zaken waaraan gewerkt moet worden?**

Zeker, de informatieverstrekking bijvoorbeeld. Er moet een manier komen om de buitenlandse patiënt uniform in te lichten over de Belgische ziekenhuizen. Een patiënt moet ergens kunnen inloggen, een website van de overheid bijvoorbeeld, en informatie verzamelen om zijn keuze voor een ziekenhuis te kunnen maken.

### **Bestond er ook tegenkanting tegen dit project?**

Er leefde wat bezorgdheid over een mogelijke toename van de Nederlandse patiëntenstroom. Die zou kunnen leiden tot langere wachttijden voor de Belgische patiënt. Ik verwacht dat er inderdaad meer instroom zal zijn, maar niet zo sterk dat het een bedreiging wordt. Nederland heeft al maatregelen genomen om de eigen patiënten sneller te helpen. Proefondervindelijk hebben we ook nooit enige hinder ondervonden. Maar het risico bestaat, dus moeten we voorbereid zijn. In het verleden hebben we gewerkt met tijdsblokken voor Nederlandse patiënten. Maar die blokken kunnen vollopen of een dienst kan te veel werk krijgen. Daarop moeten we verstandig reageren, bijvoorbeeld door extra mankracht in te schakelen.

### **Er is een verschil in prijs tussen Nederland en België. Zorgt dat niet voor wrijving?**

Misschien dat dit project de overheden stimuleert om onderling financiële afspraken te maken. De Nederlandse patiënt maakt gebruik van de Belgische gesubsidieerde apparatuur. Die subsidies maken ons zorgaanbod goedkoper, waardoor de Nederlandse zorgverzekeraar zonder twijfel baat heeft bij deze operatie. Of daar enig gevolg aan gegeven wordt, is voor mij nog een vraagteken.

WV