

NL

Europees Economisch en Sociaal Comité

SOC/322

Gezondheid – Rechten van patiënten

Brussel, 4 december 2008

ADVIES

**van het Europees Economisch en Sociaal Comité
over het**

**Voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende
de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg
COM(2008) 414 final – 2008/0142 (COD)**

De Raad heeft op 23 juli 2008 besloten het Europees Economisch en Sociaal Comité overeenkomstig artikel 262 van het EG-Verdrag te raadplegen over het

Voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg

COM(2008) 414 final – 2008/0142 (COD).

De gespecialiseerde afdeling "Werkgelegenheid, sociale zaken, burgerschap", die met de voorbereidende werkzaamheden van het Comité was belast, heeft haar advies op 4 november 2008 goedgekeurd. Rapporteur was de heer Bouis.

Het Europees Economisch en Sociaal Comité heeft tijdens zijn op 3 en 4 december 2008 gehouden 449e zitting (vergadering van 4 december 2008) het volgende advies uitgebracht, dat met 80 stemmen vóór en 3 stemmen tegen is goedgekeurd.

*

* *

1. Opmerkingen en aanbevelingen

1.1 Het EESC, dat via diverse adviezen al problemen in verband met gezondheid en rechten van patiënten heeft behandeld, onderzoekt dit voorstel voor een richtlijn, en dit te meer omdat de tekst niet alleen een antwoord op de besluiten van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen biedt, maar ook omdat de rechten van patiënten en de coördinatie van het gezondheidsbeleid van de lidstaten aan de basis van het voorstel liggen.

1.2 De tekst respecteert het feit dat de gezondheidsstelsels onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten vallen en eerbiedigt de systemen voor vergoeding van medische prestaties. De voorgestelde bepalingen zullen echter op termijn wel gevolgen hebben voor de op solidariteit gebaseerde gezondheidsstelsels

en hun financiële houdbaarheid. Het EESC zet dus vraagtekens bij de concrete uitvoeringsbepalingen en formuleert een aantal opmerkingen en aanbevelingen. Het doet zulks met het oog op de naleving van het subsidiariteitsbeginsel in het gezondheidsbeleid.

1.3 Het baart het EESC zorgen dat de verschillen op het vlak van gezondheidszorg tussen diverse groepen in de samenleving dreigen toe te nemen. Daarom zou in de voorgestelde richtlijn moeten komen te staan dat in de gezondheidszorg de gelijkwaardigheid van iedereen voorop dient te staan en dat mensen met de grootste behoeften en/of kansarmen voorrang dienen te krijgen.

1.4 Het grondrecht van elke gebruiker op de nodige kwaliteits- en veiligheidsgaranties brengt met zich mee dat er normen en certificering moeten komen en dat de materiële en menselijke capaciteit en de organisatie van de zorgverlening moeten worden beoordeeld.

1.5 Voorwaarde voor toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg is dat de gezondheidsorganisaties van de verschillende landen elkaar aanvullen en met elkaar in evenwicht zijn. Dit geldt zowel voor de technische en menselijke prestaties als voor de medische apparatuur en de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders. Een en ander veronderstelt een Europees beleid van steun op het gebied van de opleiding van gezondheidswerkers en gezondheidszorguitrusting. Specifieke aandacht dient uit te gaan naar bepaalde medische risico's die samenhangen met de toegenomen mobiliteit van patiënten.

1.6 Voor het EESC mag deze tekst er niet op gericht zijn de mobiliteit van patiënten te veralgemenen, maar moet hij een kader bieden voor de uitoefening van dit recht, zonder de kwaliteitszorg dichter bij huis stiefmoederlijk te behandelen. De ingevoerde mechanismen mogen niet bovenmaats zijn in verhouding tot de grensoverschrijdende zorg.

1.7 Omdat het EESC bezorgd is over het in de richtlijn geformuleerde onderscheid tussen intramurale en extramurale zorg, een onderscheid dat meer op financiële aspecten dan op de reële organisatie van de gezondheidszorg in elk land is gebaseerd, beveelt het aan dat elke lidstaat, conform het subsidiariteitsbeginsel en artikel 86, lid 2, van het Verdrag, zelf bepaalt wat hij onder intramurale en extramurale zorg verstaat.

1.8 De aan iedere burger geboden toegang tot gezondheidszorg in een andere lidstaat moet verlopen met inachtneming van het beginsel van non-discriminatie, zoals vastgelegd in artikel 13 van het Verdrag, en van de rechten van patiënten, zoals geformuleerd door het EESC¹. Hiervoor moet in het bijzonder worden gewerkt met een naar behoren ingevuld gezondheidsboekje en Europees medisch dossier; dit laatste moet zowel door gezondheidswerkers als door de patiënt kunnen worden ingekeken.

1.9 Een doeltreffend informatiebeleid blijkt des te noodzakelijker bij grensoverschrijdende gezondheidszorg omdat dit de enige manier is om inhoud te geven aan het beginsel van gelijke toegang tot gezondheidszorg en om aan gebruikers de mogelijkheid te bieden om vrije en weloverwogen keuzen te maken. Dit beleid moet onder de verantwoordelijkheid van elk van de lidstaten worden uitgebouwd.

1.10 De informatie heeft ook betrekking op de juridische regelingen in geval van schade en op de behandeling van geschillen. In dit kader zou de oprichting van een gemeenschappelijk loket adequaat zijn en is het noodzakelijk dat de patiënt in zijn woonplaats gerechtelijke stappen kan ondernemen. Het EESC beveelt overigens aan dat het systeem van verplichte verzekering tot alle gezondheidswerkers wordt uitgebreid.

1.11 Om de discriminatie op het vlak van toegang tot de gezondheidszorg te beperken, moet bij de mechanismen voor de vergoeding van de kosten achteraf voldoende aandacht worden besteed aan de vergoedingstermijnen en aan de verschillen in medische praktijken, verstrekking van geneesmiddelen of toestellen tussen het land waar de behandeling plaatsvindt en het land van aansluiting.

1.12 Het vergoedingssysteem moet eveneens oog hebben voor het risico op ongelijkheid en zelfs geschillen wegens de niet-homogene aard en de nationale eigenheden van de socialezekerheidsstelsels: derde betaler (rechtstreekse betaling door ziektekostenverzekeraar), remgeld (eigen bijdrage), verschillende honoraria, verwijzend geneesheer, codering van de handelingen, enz.

1.13 Het geheel van informatiemethoden moet er niet alleen voor zorgen dat de verspreide berichten veilig en van goede kwaliteit zijn, maar moet ook de vrije keuze van het individu garanderen en het makkelijker maken economische concurrentie, cohesie, sociale rechtvaardigheid en collectieve solidariteit met elkaar te verzoenen.

1.14 De nationale contactpunten moeten contacten onderhouden met de diverse werknemersorganisaties, gezinsbonden en patiëntenverenigingen en nauw samenwerken met de ziektekostenverzekeraars bij

het doorgeven van informatie. Ze moeten ook voorlichtings- en opleidingsinitiatieven ontwikkelen zodat zorgbeoefenaars, paramedici en maatschappelijk werkers op de hoogte zijn van de mogelijkheden op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg.

1.15 Bijzondere aandacht moet worden besteed aan de continuïteit van de zorg, de follow-up van patiënten, de aanpassing van de medische hulpmiddelen en het geneesmiddelengebruik. Hiervoor moeten de gezondheidswerkers en de gezondheidszorgstructuren samenwerken op het gebied van procédés en behandelingsprotocollen op lange termijn.

1.16 De oprichting van de Europese referentienetwerken moet gepaard gaan met de ontwikkeling van compatibele informatietechnologieën waarvan iedere patiënt ongeacht zijn woonplaats moet kunnen genieten. Door de uitwisseling van expertise moet de kwaliteit van de stelsels van de lidstaten verbeteren ten voordele van alle betrokkenen: instellingen, gezondheidswerkers, patiënten, enz.

1.17 Door de nationale statistische gegevens samen te voegen moet het mogelijk zijn om een balans van de tenuitvoerlegging van de richtlijn op te maken. Daarnaast moet het mogelijk zijn om indicatoren te bepalen waarmee de sterke en zwakke punten van de gezondheidsstelsels alsook de behoeften en voorkeuren van de bevolkingsgroepen in kaart kunnen worden gebracht. Dit verslag moet ook worden voorgelegd aan het EESC, dat een follow-up zal uitvoeren en eventueel nieuwe initiatiefadviezen zal uitbrengen.

1.18 De toepassing van een echt patiëntenrecht op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg zal een zekere aanpassingsperiode vergen, zodat bepaalde praktijken grondig kunnen worden gewijzigd en ook de mentaliteit en de opleiding van de gezondheidswerkers kunnen evolueren. Hiervoor moeten de beginselen van een Europees handvest met de wederzijdse rechten en plichten van de verschillende actoren in de gezondheidszorg in de nationale regelgevingen worden opgenomen.

1.19 Uit het bovenstaande blijkt dat de aanpak van de Commissie er niet toe heeft geleid dat subsidiariteit in de gezondheidszorg en de behoefte aan een consistente modus operandi voor grensoverschrijdende behandeling volledig met elkaar konden worden verzoend. Zo wordt de deur opengezet voor sterk uiteenlopende interpretaties, waardoor bepalingen zowel door patiënten als zorgverstrekkers juridisch kunnen worden aangevochten.

2. Samenvatting van de mededeling

2.1 Juridisch kader en vraagbeleid

2.1.1 In het licht van de jurisprudentie van het Hof van Justitie is de Commissie al in 2003 verzocht te onderzoeken hoe de rechtszekerheid op het gebied van grensoverschrijdende zorg kan worden vergroot.

2.1.2 De richtlijn betreffende diensten op de interne markt van 2004 bevatte bepalingen terzake. Deze werden echter door het Europees Parlement en de Raad van de hand gewezen omdat zij van oordeel waren dat deze bepalingen onvoldoende rekening hielden met de specifieke eigenschappen van het gezondheidsbeleid, dat van land tot land sterk verschilt, met de technische complexiteit en met de uitdagingen op het gebied van financiering. Bovendien mag ook de gevoeligheid van het grote publiek terzake niet uit het oog worden verloren.

De Commissie heeft beslist om in 2008 een mededeling en een richtlijn voor te stellen waarmee zij beoogt een duidelijk en transparant kader voor de verlening van grensoverschrijdende gezondheidszorg in de EU tot stand te brengen. Het gaat om in het buitenland ontvangen gezondheidszorg in situaties waarin patiënten zich bij een zorgaanbieder in een andere lidstaat laten behandelen. Hiervoor stelt de Commissie een definitie van intramurale en extramurale zorg voor.

2.2 Voorgesteld kader

2.2.1 Het voorstel berust op artikel 95 van het Verdrag betreffende de totstandbrenging en de werking van de interne markt, op artikel 152 betreffende de volksgezondheid en op de algemene beginselen van het Handvest van de grondrechten, zoals ze in de bepalingen van het Hervormingsverdrag zijn vastgelegd.

2.2.2 Om de doelstellingen te bereiken, berusten de juridische definities en algemene bepalingen op drie pijlers: de gemeenschappelijke beginselen voor alle gezondheidsstelsels van de EU, een specifiek kader voor grensoverschrijdende gezondheidszorg en Europese samenwerking op het gebied van gezondheidszorg. De richtlijn geeft de nodige duidelijkheid over de beginselen die van toepassing zijn op de vergoeding van in andere lidstaten verleende gezondheidszorg en over de voorschriften inzake de manier waarop de rechten van patiënten in de praktijk zullen worden uitgeoefend. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen intramurale en extramurale zorg.

2.2.3 Dit voorstel houdt geen wijziging in van het bestaande kader voor de coördinatie van socialezekerheidsregelingen.

2.2.4 De richtlijn verschaft de nodige duidelijkheid over de te volgen procedures en voorziet eveneens in de invoering van mechanismen om de patiënten in te lichten en te helpen via een systeem van nationale contactpunten. Elke patiënt die niet binnen een redelijke termijn in eigen land kan worden geholpen, zal van gezondheidszorg in een andere lidstaat gebruik kunnen maken.

2.2.5 De richtlijn roept op tot een grotere Europese samenwerking door de oprichting van Europese referentienetwerken, de beoordeling van de gezondheidstechnologieën en de ontwikkeling van online-informatie- en -communicatietechnologieën.

3. Algemene opmerkingen

3.1 Het EESC heeft al herhaaldelijk advies uitgebracht over gezondheid en rechten van patiënten. Met onderhavig voorstel toont de Commissie zich bereid de problematiek van grensoverschrijdende gezondheidszorg aan te pakken.

3.2 Dit initiatief mag er echter niet op gericht zijn de mobiliteit van patiënten te veralgemenen, maar moet een kader bieden voor de uitoefening van dit recht. De ingevoerde mechanismen mogen niet bovengemaats zijn, qua schaal of kosten, ten opzichte van de grensoverschrijdende zorg.

3.3 Deze tekst sluit aan bij de waarden van de Europese Unie en het Handvest van Tallinn². Bedoeling is overal in Europa hoogwaardige en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg te bieden.

3.4 In de richtlijn wordt weinig of geen rekening gehouden met het complexe, gevarieerde en uiteenlopende karakter van de gezondheidsstelsels van de 27 lidstaten. Het staat zo goed als vast dat de richtlijn door de verschillende gezondheidsstelsels in de verschillende lidstaten anders zal worden geïnterpreteerd. Daarom plaatst het EESC vraagtekens bij de concrete uitvoeringsbepalingen en pleit het voor een duidelijke definitie van intramurale en extramurale zorg zodat de rechtszekerheid op het vlak van grensoverschrijdende patiënten en gezondheidszorg wordt vergroot.

3.4.1 De tekst respecteert het feit dat de gezondheidsstelsels onder de bevoegdheid van de lidstaten vallen en eerbiedigt volledig hun verantwoordelijkheid voor de organisatie van gezondheidsdiensten, geneeskundige verzorging en vergoeding van de prestaties. De voorgestelde bepalingen zullen op termijn echter wel gevolgen hebben voor de gezondheidsstelsels, hun financiële houdbaarheid en de reikwijdte van de eraan verbonden rechten.

3.4.2 Gezien de grote verschillen in verstrekte zorgen en bijbehorende kosten houdt het systeem van vergoeding na betaling van de prestatie door de patiënt een risico in van ongelijkheid, en kunnen zelfs geschillen ontstaan, omdat de socialezekerheidsstelsels niet homogeen zijn en op nationale leest geschoeid zijn. Het EESC vreest dat de richtlijn de gezondheidsmarkt wel eens zou kunnen worden opengesteld voor concurrentie en dat na de inwerkingtreding van de dienstenrichtlijn de kwaliteit van de gehele gezondheidszorg in Europa ondermijnd zou kunnen worden.

3.4.3 De doeltreffendheid en het goede gebruik van gezondheidszorg in een grensoverschrijdend kader veronderstellen dat de capaciteiten van de gezondheidsorganisaties in de verschillende landen elkaar aanvullen en evenwichtig zijn qua technische en menselijke prestaties, medische apparatuur en vastlegging van de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders.

3.4.4 Wanneer er grensoverschrijdende gezondheidszorg wordt verstrekt, hebben de patiënten in ieder geval recht op garanties met betrekking tot de kwaliteit en de veiligheid. Dit grondrecht doet de vraag rijzen naar harmonisering van de certificeringsprocedures, de beoordeling van beroepspraktijken, de capaciteit van de medische apparatuur en de organisatie van het schadevergoedingssysteem.

3.4.5 Grensoverschrijdende kwaliteitszorg en vertrouwen in de zorgverlening in het land van behandeling zijn alleen mogelijk als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan om de continuïteit van de zorg te verzekeren, onder andere:

- de verspreiding van een persoonlijk gezondheidsboekje dat iedereen van bij de geboorte krijgt,
- het bestaan van een naar behoren ingevuld Europees medisch dossier waartoe gezondheidswerkers en de patiënt toegang hebben,
- een gemeenschappelijke formulering van de behandelingsprotocollen,
- gecoördineerde praktijken voor het voorschrijven van recepten, in het bijzonder de veralgemening van het gebruik van de stofnaam in plaats van de merknaam, los van het feit dat geneesmiddelen onder de internationale handelsvoorschriften vallen,
- normalisatie en certificering van implantaten, toestellen en medische hulpmiddelen,
- het overgaan tot accreditatie en zelfs Europese certificering van medische en paramedische ziekenhuisapparatuur,
- een communautaire toelatingsprocedure voor de commercialisering van geneesmiddelen.

Voor al deze voorwaarden moeten nieuwe, compatibele informatietechnologieën worden ontwikkeld.

3.4.6 Voor dergelijke veranderingen in de organisatie van het stelsel en de beroepspraktijken moeten niet alleen de mentaliteit en de opleiding van de gezondheidswerkers wijzigen, maar moeten ook de bevoegdheden, de rol en de verantwoordelijkheden van de gezondheidsautoriteiten van elk land juridisch een andere invulling krijgen; dit vergt een zekere aanpassingsperiode.

3.4.7 Bij grensoverschrijdende gezondheidszorg moet elke patiënt gelijke toegang hebben tot alle gezondheidsdiensten en -werkers zonder enige discriminatie op grond van geslacht, ras of etnische afkomst, godsdienst of overtuiging, handicap, leeftijd of seksuele geaardheid. Hiervoor is onder andere een doeltreffend informatiebeleid op twee gebieden nodig:

3.4.7.1 Informatie over het zorgaanbod waarover elke burger moet beschikken om te kunnen beslissen of hij al dan niet wil gebruikmaken van grensoverschrijdende gezondheidszorg, gepubliceerd onder de verantwoordelijkheid van de toezichtautoriteiten. Zij moeten ervoor zorgen dat deze informatie ook bepaalde kwetsbare groepen, zoals sociaal geïsoleerde mensen of armen, bereikt.

3.4.7.2 Informatie over ziekten, mogelijke behandelingen met hun voordelen en risico's, de kenmerken van de structuren of de gezondheidswerkers die deze zorgen verstrekken.

3.4.7.3 Deze informatie wordt verstrekt in het kader van interactie met een gezondheidswerker. Dit houdt in dat de gezondheidswerker ook volledig op de hoogte moet zijn van wat in Europa mogelijk is. Het is dus van cruciaal belang dat er een band wordt opgebouwd tussen de zorgaanbieders en de nationale contactpunten en dat er hiervoor financiële middelen worden vrijgemaakt. Ook de taalbarrière moet worden overwonnen.

3.4.8 De informatie moet volledig en relevant zijn zodat de patiënt vrij en met kennis van zaken kan beslissen en niet aan klantenmisleiding en commerciële uitwassen ten prooi valt.

3.4.9 Alleen via een dergelijke voorlichtingsverplichting kan inhoud worden gegeven aan het in het Verdrag geformuleerde beginsel van gelijke toegang tot de gezondheidszorg, ongeacht of er behoefte is aan grensoverschrijdende gezondheidszorg.

4. Specifieke opmerkingen

4.1 Artikel 3

4.1.1 Het EESC is van mening dat de voorgestelde richtlijn geen afbreuk mag doen aan de toepasselijkheid van bestaande communautaire bepalingen, in het bijzonder Verordeningen 1408/71 en 883/2004.

4.2 Artikel 4, sub d)

4.2.1 Het EESC acht de lijst van gezondheidswerkers onvolledig; paramedische gezondheidswerkers zoals logopedisten en orthoptisten moeten er aan worden toegevoegd.

4.3 Artikel 5

4.3.1 Het EESC wijst op het belang van dit artikel en merkt op dat de uitdaging erin zal bestaan zorgverlening te garanderen die aan de behoeften en verwachtingen van de burgers voldoet door hun niet alleen rechten maar ook verantwoordelijkheden te geven om het welzijn te bevorderen, dankzij een combinatie van economische concurrentie, cohesie, sociale rechtvaardigheid en collectieve solidariteit. Het EESC zal er nauwlettend op toezien dat de omschrijving van kwaliteits- en veiligheidsnormen in geen enkel opzicht een bedreiging vormt voor de verscheidenheid van de gezondheidsstelsels van de lidstaten (art. 152, lid 5).

4.3.2 Het EESC onderstreept het belang van de gezondheidsstelsels voor de diverse bevolkingsgroepen en in het bijzonder voor de kansarmen, maar ook het effect van een betere toegang tot gezondheidszorg op de economische groei. Het EESC beklemtoont dat alle investeringen om de toegang te bevorderen des te doeltreffender zullen zijn als ze worden gecoördineerd.

4.4 Artikel 6

4.4.1 Voor het EESC is het noodzakelijk dat er bij het ingevoerde systeem voor vergoeding achteraf terdege rekening mee wordt gehouden dat de medische praktijken, de verstrekking van geneesmiddelen of de toestellen horen bij het land waar de behandeling plaatsvindt en niet bij het land van aansluiting, dat verantwoordelijk is voor de dekkingscriteria. Bijgevolg moeten omrekeningstabellen worden opgesteld, zowel voor de vergoedingspercentages als voor de verplichtingen op het gebied van de continuïteit van de zorg.

4.4.2 Het EESC is bezorgd over de extra kosten die de patiënt zal moeten betalen als hij onverwacht niet wordt terugbetaald. Op termijn zal, om de continuïteit te garanderen, een financiële vergoeding van deze behandelingen door het land van aansluiting moeten worden overwogen. Dit kan verstrekkingen hebben voor de financieringssystemen.

4.4.3 Het EESC wil tot elke prijs vermijden dat vanuit het oogpunt van de patiënten én van de lidstaten een tweeklassenstelsel van verzorging in het leven wordt geroepen. Er moet in dat verband duidelijkheid komen over de betalingsvoorwaarden en de manier waarop de kosten in het land van behandeling worden betaald. Ook moet in verband met betaling goed op de bestaande structuren en praktijken worden gelet.

4.5 Artikelen 7 en 8

4.5.1 Het EESC is vooral bezorgd over het in de richtlijn geformuleerde onderscheid tussen intramurale en extramurale zorg. Het EESC merkt op dat dit onderscheid veeleer op financiële aspecten dan op de reële organisatie van de gezondheidszorg in elk land is gebaseerd.

4.5.2 Terwijl de Commissie voorstelt om een aanvullende lijst op te stellen, beveelt het EESC aan om het, conform het subsidiariteitsbeginsel en artikel 86, lid 2, van het Verdrag, aan de lidstaten over te laten, behoudens duidelijk misbruik, om vast te leggen wat ze onder intramurale zorg verstaan. Paragrafen 1 en 2 zouden dienovereenkomstig moeten worden aangepast.

4.6 Artikel 9

4.6.1 Volgens het EESC kunnen de regelingen voor voorafgaande toestemming positief zijn, als ze de patiënt de kans bieden om na te denken en inlichtingen in te winnen, dankzij de dialoog die tussen de patiënt en zijn ziektekostenverzekeraar kan ontstaan. Ze kunnen bovendien de vergoeding van specifieke prestaties garanderen, zoals de vergoeding van vervoerskosten.

4.6.2 Het EESC vindt dat, los van de publicatie a priori van de criteria voor voorafgaande toestemming, elke weigering naar behoren moet zijn gerechtvaardigd en grondig aan de patiënt moet worden uitgelegd.

4.7 Artikel 10

4.7.1 Het EESC vindt het belangrijk dat er mechanismen in het leven worden geroepen om de patiënten voor te lichten zodat ze voor grensoverschrijdende zorg kunnen kiezen. Deze informatie moet vooral de aandacht vestigen op de verplichtingen en beperkingen van de prestatie en op de vergoedingsmodaliteiten en de eigen bijdrage van de patiënt.

4.7.2 Het EESC raadt aan om het systeem van verplichte verzekering³ tot alle gezondheidswerkers uit te breiden en om informatie te verstrekken over de rechtsmiddelen in geval van schade door een medisch ongeval met of zonder medische fout (medisch risico).

4.7.3 Het EESC vindt het relevant dat het principe van een gemeenschappelijk loket behouden blijft in het kader van de procedures en de indiening van klachten, en dat elk geschil onder de bevoegdheid van de rechtbank van de woonplaats van de patiënt valt.

4.7.4 Volgens het EESC vormen de onlinediensten en informatiewebsites een informatie-element voor patiënten dat verder moet worden ontwikkeld. Dit mag echter niet de enige informatiebron zijn. Een groot deel van onze medeburgers heeft immers geen of beperkte internettoegang. Het risico bestaat dat hierdoor een gezondheidsstelsel met twee snelheden ontstaat waarbij alleen de hogere sociale klassen en de best geïnformeerde mensen toegang hebben tot grensoverschrijdende gezondheidszorg.

4.8 Artikel 12

4.8.1 De nationale contactpunten moeten contacten onderhouden met de diverse werknemersorganisaties, gezinsbonden en patiëntenverenigingen en dienen nauw samen te werken met de ziektekostenverzekeraars en de zelfstandige instanties van de dienstverleners bij het doorgeven van informatie. Daarnaast moeten deze contactpunten voorlichtings- en opleidingsacties ondernemen ten voordele van gezondheidswerkers, paramedici en maatschappelijk werkers over de mogelijkheden op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg, waarbij elke lidstaat verantwoordelijk is voor de oprichting van zijn nationaal contactpunt.

4.9 Artikel 14

4.9.1 Het EESC staat achter dit artikel dat de continuïteit van de zorg waarborgt op het gebied van geneesmiddelengebruik, maar wil dat het strikt wordt toegepast gezien het risico van buitenmatig gebruik en eventueel zelfs illegale handel. Het EESC merkt op dat in de richtlijn geen rekening wordt gehouden met medicijnen die uitsluitend op beperkt medisch recept verkrijgbaar zijn.

4.10 Artikel 15

4.10.1 Dit artikel neemt de bezorgdheid van het EESC over de ongelijkheid van de kwaliteit van de gezondheidsprestaties in de lidstaten gedeeltelijk weg. De oprichting van deze Europese referentienetwerken moet echter wel gepaard gaan met de ontwikkeling van informatie- en communicatietechnologieën waardoor elke patiënt, ongeacht zijn woonplaats, ervan kan genieten.

4.10.2 Aan de doelstellingen van de Europese netwerken moet ook het volgende worden toegevoegd:

- in aanvulling van punt 2, sub a) "de beoordeling en registratie van de medische praktijken";

- in aanvulling van punt 2, sub d) "de erkenning van de diploma's en de naleving van de ethische codes".

4.10.3 Mocht worden voorzien in een procedure voor de deelname door zorgaanbieders aan deze netwerken, dan is een beoordeling of eventueel zelfs een certificeringsprocedure noodzakelijk.

4.10.4 In de lijst van criteria en specifieke voorwaarden waaraan de netwerken moeten voldoen, zou het EESC graag zien dat:

- punt 3, sub a) ix), wordt vervolledigd met: "Een dergelijke samenwerking blijkt vooral noodzakelijk met het oog op inspraak van de patiënten bij het vaststellen van een verdedigbare wachttijd";

- x) wordt toegevoegd aan punt 3, sub a): "ertoe aanzetten dat een gemeenschappelijk handvest van de rechten van patiënten wordt erkend en in acht genomen, zodat de effectieve toepassing van deze rech-

ten zowel in hun land van herkomst als wanneer ze grensoverschrijdende zorg ontvangen, gewaarborgd is".

4.11 Artikel 18

4.11.1 Door de nationale statistische gegevens samen te voegen, moet het mogelijk zijn een balans van de tenuitvoerlegging van deze richtlijn op te maken. Het is wenselijk dat hierdoor ook indicatoren kunnen worden bepaald waarmee de sterke en zwakke punten van de gezondheidsstelsels en de behoeften en voorkeuren van de bevolkingsgroepen in kaart kunnen worden gebracht.

4.12 Artikel 20

4.12.1 De bepalingen voor voorafgaande toestemming moeten gedetailleerd worden vastgelegd en voor analyse naar de Commissie worden gestuurd.

4.12.2 Dit verslag moet ook aan het EESC worden voorgelegd.

Brussel, 4 december 2008

De voorzitter

van het

Europees Economisch en Sociaal Comité

M. SEPI

De secretaris-generaal

van het

Europees Economisch en Sociaal Comité

M. WESTLAKE

1 Initiatiefadvies van het EESC van 26 september 2007 over De rechten van patiënten, rapporteur: de heer Bouis (PB C 10 van 15 januari 2008).

2 Het op 27 juni 2008 in Tallinn door de ministers van Gezondheid van de Europese WHO-leden ondertekende Handvest.

3 Aansprakelijkheidsverzekering

--

SOC/322 – CESE 1927/2008 fr/SA/ls

SOC/322 – CESE 1927/2008 fr/SA/ls