

**NEDERLANDS REGERINGSSTANDPUNT IN REACTIE  
OP DE MEDEDELING VAN DE COMMISSIE IN HET  
KADER VAN DE RAADPLEGING OVER  
COMMUNAUTAIRE MAATREGELEN OP HET GEBIED  
VAN GEZONDHEIDSDIENSTEN**

Den Haag, 30 januari 2007

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Directie Internationale Zaken  
Postbus 20350, 2500 EJ  
Den Haag, Nederland  
tel: 0031 70 340 6254  
E-mail: r.a.driecce@minvws.nl

## 1. Inleiding

Op 28 december 2006 is de Dienstenrichtlijn in werking getreden. De richtlijn is in Nederland gepubliceerd en van kracht. Doel van Dienstenrichtlijn is om een horizontaal wettelijk instrument te creëren om belemmeringen bij de vrije vestiging bij vrij verkeer van diensten voor grensoverschrijdende dienstverleners systematisch te verwijderen. Indien de principes van de vrije markt onverkort van toepassing zouden zijn op de gezondheidszorg, zou dat betekenen dat patiënten vrij zijn om zorg te genieten (en daarvoor een vergoeding te ontvangen) in elke EU-lidstaat naar keuze en dat het zorgaanbieders vrij staat om zorg aan te bieden in elke EU-lidstaat naar keuze. Echter, gezondheidszorgbeleid en de Europese interne markt(-werking) vormen geen onomstreden combinatie en daarom is bij de totstandkoming van de dienstenrichtlijn, de gezondheidszorg hiervan uitgezonderd.

Tegelijkertijd heeft het Europese Hof van Justitie in een reeks uitspraken duidelijk gemaakt dat ook de zorgsector, ongeacht de wijze waarop deze in een lidstaat wordt georganiseerd, rekening moet houden met de regels van de interne markt. De Raad en het Europees Parlement hebben de Europese Commissie daarom gevraagd met een eigen traject (een raamwerk) te komen voor gezondheidsdiensten. Dit heeft geresulteerd in een mededeling van de Commissie; "Consultation regarding Community action on health services" (hieronder het gezondheidsdiensteninitiatief).

Nederland is van mening dat een gezondheidsdiensteninitiatief zowel de curatieve- als de (medische) langdurige zorg omvat. Naast het gezondheidsdiensteninitiatief heeft de Commissie eind april 2006 ook een mededeling over sociale diensten van algemeen belang gepubliceerd. Onder de omschrijving die in deze mededeling van sociale diensten van algemeen belang wordt gegeven zouden ook gezondheidsdiensten vallen. Nederland is echter van mening dat de gehele medische sector, inclusief de langdurige zorg, moet worden beschouwd in het kader van het gezondheidsdiensteninitiatief. Dit om te voorkomen dat op verschillende plaatsen wordt gesproken over een regime voor dezelfde gezondheidsdiensten. In reactie op de consultatie over sociale diensten van algemeen belang heeft Nederland dit ook aangegeven.

Op 27 september is de Europese Commissie een consultatietraject gestart. Doel van dit consultatietraject is om van lidstaten en veldpartijen input te verkrijgen over de richting waarin een gezondheidsdiensteninitiatief zich zou moeten ontwikkelen. Onderstaand zet de Nederlandse regering uiteen hoe zij tegen een dergelijk initiatief aankijkt en welke aspecten van het gezondheidszorgbeleid hierin een plaats zouden kunnen krijgen.

De Nederlandse reactie kent de volgende opbouw:

2.	De interne markt, gezondheidsdiensten en patiëntenmobiliteit	3
2.1	Het Nederlandse zorgstelsel	3
2.2	Patiëntenmobiliteit	4
2.3	Kwaliteit en patiëntveiligheid	6
2.4	De impact van patiëntenmobiliteit in Nederland	6
3.	Professionele mobiliteit	7
4.	Overige initiatieven (steun aan lidstaten)	8
5.	Instrumentenkeuze	10
6.	Conclusies	11

## 2. De interne markt, gezondheidsdiensten en patiëntenmobiliteit.

### 2.1. Het Nederlandse zorgstelsel

Voor het Nederlandse standpunt over een gezondheidsdiensteninitiatief, is het van belang om kennis te nemen van de wijze waarop het Nederlandse zorgstelsel is georganiseerd. Het Nederlandse zorgstelsel bestaat uit twee pijlers; enerzijds de curatieve zorg en anderzijds de zorg aan ouderen, (verstandelijk, zintuiglijk of lichamelijk) gehandicapten en (chronisch) psychiatrische patiënten. Algemeen in Europa onderschreven uitgangspunten voor de organisatie en financiering van de (gezondheids)zorg, zoals universele toegang tot zorg en verzekering, solidariteit in de lastenverdeling en goede kwaliteit van zorg, hebben hierin een centrale plaats gekregen. Nederland is voorstander van een gezondheidszorgstelsel waarin burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer vrijheid en verantwoordelijkheid krijgen, meer kostenbewust zijn en geconfronteerd worden met de gevolgen daarvan in zowel de zorg als de verzekering. Dit geldt voor het gehele zorgstelsel, maar uit zich voornamelijk in de nieuwe Zorgverzekeringswet, die Nederland in 2006 tot stand heeft gebracht.

#### Box 1: Belangrijke kenmerken van de nieuwe Zorgverzekeringswet

- **Verzekeringsplicht**  
Iedereen die in Nederland woont of werkzaam is, is verplicht een zorgverzekering af te sluiten.
- **Acceptatieplicht**  
Iedere in Nederland actieve ziektekostenverzekeraar die de Zorgverzekeringswet uitvoert, is verplicht iedereen voor een zorgverzekering te accepteren.
- **Wettelijk vastgelegd basisverzekeringspakket**  
Er is een wettelijk verzekeringspakket waar iedere verzekerde recht op heeft.
- **Zorgplicht**  
De verzekeraar heeft de verplichting tot het bieden van de noodzakelijke zorg dan wel het vergoeden hiervan. De zorgverzekeraar mag zelf bepalen of hij de verzekerde zorg in natura aanbiedt, of dat hij zijn verzekerden de kosten van zelf gekozen zorg restitueert.
- **Keuzevrijheid voor verzekerden**  
De burger mag kiezen uit alle varianten van de zorgverzekering die een zorgverzekeraar aanbiedt. Hij mag ieder jaar wisselen van variant en van zorgverzekeraar.
- **Premiestelsel op basis van solidariteit**  
Het premiestelsel kent een nominaal deel (te voldoen aan de zorgverzekeraar) en een inkomensafhankelijke bijdrage. De zorgverzekeraar bepaalt de hoogte van die nominale premie, maar deze is gelijk voor iedere verzekerde die een zelfde polis kiest bij een verzekeraar. Verzekerden tot 18 jaar zijn geen nominale premie verschuldigd en mensen voor wie de nominale premie in verhouding tot hun inkomen te hoog is, kunnen een zorgtoeslag krijgen.
- **Risicoverevening**  
De inkomensgerelateerde bijdragen worden verdeeld over de zorgverzekeraars, ter compensatie van een eventueel financieel nadeel dat zij kunnen hebben als gevolg van de wettelijke acceptatieplicht. Voor de uitvoeringskosten van de zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan 18 jaar ontvangen zorgverzekeraars een aparte vergoeding.
- **Private grondslag**  
Buiten de regels die de overheid heeft gesteld op grond van het algemeen belang, zijn zorgverzekeraars 'normale' privaatrechtelijke ondernemingen die winst mogen beogen en waarop het mededingingsrecht van toepassing is.
- **Werelddekking**  
Verzekerden kunnen zorg die is opgenomen in het basispakket overal ter wereld inroepen, waarbij de kostenvergoeding gemaximeerd is op wat onder Nederlandse omstandigheden gebruikelijk is.

Ten aanzien van grensoverschrijdende gezondheidszorg is de opgenomen werelddekking het meest relevante aspect. Het stelsel voorziet in een kostenvergoeding voor zorg genoten in het buitenland, mits deze is opgenomen in het Nederlandse basispakket. De vergoeding is gemaximeerd op wat onder Nederlandse omstandigheden gebruikelijk is. In geval de burger is verzekerd op basis van een restitutiepolis, dan kan hij gebruik maken van iedere willekeurige zorgaanbieder in het buitenland. Heeft de verzekerde gekozen voor een naturapolis, dan is hij in principe aangewezen op door zijn verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders.

De verzekeraar kan zowel zorgaanbieders in Nederland als in het buitenland contracteren. Men kan dus zorg in het buitenland inroepen met een naturapolis voor zover de verzekeraar daar zorgaanbieders heeft gecontracteerd. Niettemin voorziet de wet er in dat een verzekerde met een naturapolis zich ook kan wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in binnen- of buitenland. De consequentie daarvan is dat de verzekerde in dat geval niet altijd recht heeft op een volledige vergoeding van de kosten van ingeroepen zorg. In geval van langdurige zorg is de vrijheid om zorg te kiezen in het buitenland vooralsnog meer beperkt.

Naar de mening van Nederland wordt hiermee tegemoet gekomen aan de uit de jurisprudentie van het Hof voortvloeiende noodzaak om ruimte te bieden aan patiëntenmobiliteit.

## **2.2 Patiëntenmobiliteit**

Een belangrijk element van vrij verkeer van gezondheidsdiensten is patiëntenmobiliteit. Naar het oordeel van Nederland leidt keuzevrijheid voor patiënten tussen zorgaanbieders tot verbetering van zorgkwaliteit, doordat bijvoorbeeld vanwege kwaliteitsverschillen of wachttijden, patiëntenstromen worden verlegd. Deze keuzevrijheid van patiënten/consumenten moet slechts in bijzondere omstandigheden worden beperkt.

Tegelijkertijd is Nederland van mening dat de zorgmarkt geen markt is als elke andere. De organisatie van de zorgmarkt is deels een publieke taak en continuïteit is noodzakelijk om op langere termijn het zorgaanbod kwalitatief en kwantitatief op peil en betaalbaar te houden. Dit rechtvaardigt tot op een zeker niveau belemmeringen van het vrije verkeer van gezondheidsdiensten.

Voor Nederland staat het verzoenen van de keuzevrijheid van patiënten met de financiële en organisatorische houdbaarheid van (nationale) gezondheidssystemen, centraal.

Op die manier kijkt Nederland ook naar de keuzevrijheid van patiënten die hun zorg willen genieten in een andere EU-lidstaat (cross border health care). Nederland is voorstander van het bieden van ruime mogelijkheden aan patiënten om zorg te gebruiken over de landsgrenzen. Tegelijk geldt hierbij nog in veel sterkere mate dan bij keuzevrijheid op nationaal niveau, dat het hier een vrijheid in gebondenheid betreft. Nationale overheden hebben immers een eigen (systeem-)verantwoordelijkheid voor het organiseren en waarborgen van toegankelijke gezondheidszorg van hoge kwaliteit en die bovendien duurzaam gefinancierd kan blijven. Het overgrote deel van de patiënten gebruikt zorg in eigen land en het aanbod daarvan moet op niveau blijven. Ook patiënten hebben uiteindelijk belang bij een kwalitatief en financieel duurzaam zorgsysteem op nationaal niveau.

Deze notie heeft er ook toe bijgedragen dat de zorgsector uit is gesloten van het bereik van de Dienstenrichtlijn. Nederland is van mening dat er ten aanzien van de gezondheidszorgsector specifieke voorwaarden mogen worden gesteld aan de keuzevrijheid van patiënten.

Naar het oordeel van Nederland biedt de jurisprudentie van het Hof van Justitie voldoende aanknopingspunten voor lidstaten om te komen tot de noodzakelijke balans tussen vrijheid van patiënten om zorg te genieten op de plaats van hun keuze en de beperking van die vrijheid in het belang van het gezondheidszorgsysteem op nationaal niveau.

Nederland is van mening dat met het in Nederland tot stand gekomen zorgverzekerings-systeem, een juiste balans is gevonden tussen het faciliteren van patiëntenmobiliteit en het bewaken van de houdbaarheid van het systeem op macro-niveau.

Box 2. Voor Nederland belangrijke aanknopingspunten uit de Hofjurisprudentie

- Het beginsel dat een patiënt bij de keuze voor zorg in een andere EU-lidstaat in principe maximaal wordt vergoed tot het kostenniveau van dezelfde behandeling in eigen land.
- Een gezondheidszorgsysteem mag een patiënt slechts dan een vergoeding voor het gebruik van gezondheidsdiensten in een andere lidstaat onthouden, indien de lidstaat hem in eigen land redelijke alternatieven biedt (waaronder inbegrepen wachttijden die binnen de medisch verantwoorde marges vallen) en indien wordt aangetoond dat het gebruik van de zorg in het andere land onevenredige schade toebrengt aan de houdbaarheid van het zorgsysteem in eigen land op de langere termijn.
- De keuzevrijheid van patiënten mag in geval van intramurale zorg eerder worden beperkt dan in geval van extramurale zorg.  
(Nb: Nederland vindt dat een fundamentele discussie plaats moet vinden over de praktische houdbaarheid van de begrippen intra- en extramuraal, als onderscheidend criterium voor de mate van vergoeding.)

Wel bestaan er in de praktijk fricties als gevolg van het feit dat nationale stelsels niet volledig compatibel zijn en waardoor het voor patiënten in sommige gevallen moeilijk is om zorg te genieten in andere EU-lidstaten. Nederland onderschrijft het belang van het feit dat lidstaten vrijheid hebben om nationale zorgstelsels naar eigen inzicht vorm te geven.

Maar daarmee rust tegelijkertijd ook een verantwoordelijkheid op lidstaten om administratieve en systeemtechnische bepalingen, welke het patiënten moeilijk kunnen maken om zorg te genieten in andere lidstaten, zo veel mogelijk weg te nemen. Nederland denkt dat lidstaten voor de meest voorkomende problemen rond patiëntenmobiliteit in grensstreken, allereerst op bilateraal niveau praktische afstemming tot stand moeten brengen, ten einde drempels voor patiëntenmobiliteit op te heffen. De diversiteit van praktische knelpunten laat zich wellicht moeilijk in een algemeen gemeenschappelijk kader plaatsen.

### **2.3 Kwaliteit en patiëntveiligheid**

De kwaliteit van verleende zorg en de veiligheid van patiënten in geval van grensoverschrijdend zorgverkeer, zijn voor Nederland de belangrijkste elementen in deze discussie. Interne markt regels leiden ertoe dat zowel patiënten als zorgaanbieders vrijheid hebben om zorg te gebruiken dan wel aan te bieden in een andere lidstaat. Maar in geen geval mag dit ten koste gaan van de kwaliteit van de verleende zorg en/of de veiligheid van patiënten.

Ten aanzien van de kwaliteit van de verleende zorg is Nederland van mening dat bij grensoverschrijdend zorgverkeer, het kwaliteitsniveau van het ontvangende land leidend is. Tegelijkertijd zijn de kwaliteit van verleende zorg en de veiligheid van patiënten ook van belang voor het land waaruit de patiënt afkomstig is, bijvoorbeeld vanwege de (medische) gevolgen van een behandeling in het buitenland. Nederland is van mening dat gewerkt moet worden aan het verhogen van het algehele kwaliteitsniveau van zorg in Europa. Zonder iets af te doen aan de eigen verantwoordelijkheid van lidstaten voor de organisatie van nationale zorgsystemen, is Nederland er voorstander van om in het kader van het gezondheidsdiensteninitiatief te werken aan goed vergelijkbare kwaliteitsstandaarden in de Europese Unie, zodat patiënten weten welk zorgniveau ze kunnen verwachten bij de keuze voor zorg in een andere lidstaat.

Ten aanzien van de juridische aansprakelijkheid voor medisch handelen in geval van grensoverschrijdend zorgverkeer, lijken in de praktijk geen juridische problemen te bestaan. De regels van het internationale privaatrecht geven aan welk rechtsstelsel in een specifiek geval geldt. Voor patiënten en beroepsbeoefenaren kan het wel onduidelijk zijn welke rechtsregels in welke gevallen gelden. Het vergroten van de duidelijkheid hieromtrent kan wat Nederland betreft eveneens onderdeel vormen van het gezondheidsdiensteninitiatief.

### **2.4 De impact van patiëntenmobiliteit in Nederland**

De impact van patiëntenmobiliteit in Nederland is beperkt, indien hiernaar alleen wordt gekeken vanuit een kwantitatief macro-perspectief. Hoewel goed cijfermatig inzicht hierover ontbreekt, is de schatting dat circa 1% van het aantal curatieve behandelingen van Nederlandse patiënten in het buitenland plaatsvindt. Uit cijfers van zorgverzekeraars actief in de grensstreken blijkt dat dit percentage in grensstreken op kan lopen tot circa 5% van het aantal behandelingen. In de grensstreken vormt grensoverschrijdend zorgverkeer een essentieel onderdeel van de zorginfrastructuur.

Ook ten aanzien van langdurige zorg is de impact van patiëntenmobiliteit beperkt. Geschat wordt dat slechts 0,1% van het gehele budget voor langdurige medische zorg wordt aangewend voor patiënten die deze zorg in het buitenland gebruiken.

Voor nader inzicht in de concrete problemen die bestaan ten aanzien van grensoverschrijdend zorgverkeer, verwijzen wij graag naar de bijdragen van de zogenaamde Euregio's die zij in het kader van het consultatieproces zullen leveren. Nederland werkt met Euregio's samen om de problemen te identificeren.

Het blijkt dat veel meer Nederlandse patiënten naar buurlanden gaan voor een behandeling, dan dat patiënten uit deze landen naar Nederland komen. Dit zou vooral verband houden met feit dat het Nederlandse zorgverzekeringssysteem meer ruimte biedt voor het inroepen van zorg in het buitenland, dan de zorgsystemen in de ons omringende landen. Het effect van deze eenzijdige migratie van patiëntenstromen is tot op heden nog niet in beeld gebracht.

Gezien het feit dat het aantal behandelingen van Nederlandse patiënten in het buitenland relatief beperkt is, is tot op heden geen onderzoek gegaan naar de implicaties van grensoverschrijdend zorgverkeer voor de organisatie en de financiële houdbaarheid van de zorg op nationaal niveau. De verwachting is dat ook op langere termijn het merendeel van patiënten zijn zorg zal willen blijven genieten binnen de landsgrenzen.

Dit maakt het maken van een inschatting van de gevolgen van een grote toename van het gebruik van zorg in het buitenland voor de organisatie van het zorgaanbod, op dit moment een theoretische exercitie.

Indien het belang van patiëntenmobiliteit wordt beschouwd vanuit het perspectief van de individuele patiënt, is de impact veel groter. Het welzijn van een patiënt kan worden bevorderd indien hij wordt behandeld op de plaats van zijn voorkeur.

Het beschouwen van de impact van patiëntenmobiliteit vanuit deze invalshoek, biedt ook een kans om concreet invulling te geven aan de zogenaamde "citizens agenda" van de Europese Gemeenschap. Op dit dossier kan de EU laten zien dat de EU concrete meerwaarde oplevert voor individuele burgers. Een dergelijk positief signaal acht Nederland van groot belang in een periode waarin veel burgers vragen naar de meerwaarde van de Europese samenwerking op menselijk niveau.

### **3. Professionele mobiliteit**

De interne markt biedt vestigingsvrijheid aan aanbieders van diensten en beroepsbeoefenaren. Nederland is van mening dat deze vrijheid in principe ook moet gelden voor aanbieders van gezondheidsdiensten en beroepsbeoefenaren in de zorgsector. Het specifieke karakter van de gezondheidszorg, vooral ten aanzien van de patiëntveiligheid, rechtvaardigt echter ook het stellen van nadere eisen aan de vestiging van zorgverleners.

Deze nadere eisen zijn voor beroepsbeoefenaren voor een belangrijk deel al op gemeenschappelijk niveau geregeld, met name in de richtlijn erkenning beroepskwalificaties (2005/36). Deze richtlijn stelt regels volgens welke een lidstaat buitenlandse beroepskwalificaties erkent voor de toegang en uitoefening van een (gereguleerd) beroep.

Erkenning vindt plaats aan de hand van het algemene stelsel is gebaseerd op een vergelijking van de inhoud van de opleidingen en opleidingsduur (gecombineerd met werkervaring en scholing na de opleiding), of door automatische erkenning, welke is vastgelegd door titelvermelding en geschiedt op basis van opleidingsduur.

Nederland is van mening dat hiermee de belangrijkste randvoorwaarden voor mobiliteit van beroepsbeoefenaren in de zorg al op Europees niveau zijn ingevuld. Wat Nederland betreft bestaat wel behoefte om in Europees verband te blijven werken aan verbetering van het systeem van de automatische erkenning en het vastleggen van minimum kwaliteits-eisen voor de permanente bij- en nascholing.

#### Box 3. Wat is geregeld in Richtlijn 2005/36

- Artikel 5.3 regelt dat een dienstverlener onder de professionele, wettelijke of administratieve beroepsregels valt, die rechtstreeks verband houden met beroepskwalificaties die in de ontvangende lidstaat van toepassing zijn. Het tuchtrecht is hiervan een integraal onderdeel.
- Artikel 8.2 bepaalt dat de bevoegde autoriteiten zorgen voor de uitwisseling van de informatie die nodig is voor de correcte afhandeling van een klacht tegen de dienstverlener.
- Artikel 22.2 bepaalt dat lidstaten de vrije hand hebben in het stellen van voorwaarden in het kader van permanente bij- en nascholing.
- Op basis van artikel 56.2 wordt informatie over tuchtrechtelijke maatregelen of strafrechtelijke sancties, die van invloed kunnen zijn op de uitoefening van het betreffende beroep, uitgewisseld.

Nederland voert geen bewust beleid gericht op het werven van buitenlands zorgpersoneel. In grensstreken komt het vaker voor dat buitenlands zorgpersoneel in Nederland werkzaam is. In absolute aantallen gaat het hierbij echter om beperkte volumes.

Nederland heeft als beleid dat terughoudendheid wordt betracht ten aanzien van het pro-actief werven van zorgpersoneel van buiten de EU uit ontwikkelingslanden en landen met tekorten, conform de "EU ethical code of conduct".

#### 4. Overige initiatieven (steun aan lidstaten)

In het consultatiedocument noemt de Commissie "steun aan lidstaten op gebieden waar Europese maatregelen iets kunnen toevoegen aan het nationale beleid inzake gezondheidsdiensten", als een van de twee pijlers van het gezondheidsdiensteninitiatief.

Hieronder kan een veelheid aan acties vallen, zoals samenwerking op gebied van ICT in de gezondheidszorg, onderzoek en innovatie, netwerken van specialisten en ziekenhuizen etc.

Dit zijn zeker niet allemaal nieuwe punten. De Commissie wil deze activiteiten in een gemeenschappelijk kader plaatsen.

Nederland is voorstander van samenwerking tussen EU-lidstaten. Momenteel vindt deze samenwerking onder andere plaats in diverse werkgroepen van de "High Level Group on health services and medical care". In het bijzonder ten aanzien van de onderstaande thema's ziet Nederland op dit moment toegevoegde waarde in Europese samenwerking.

#### **Betere informatievoorziening en informatie-uitwisseling**

Patiënten die overwegen om voor een behandeling naar het buitenland te gaan, de behandelende zorgaanbieder en de inkopers van zorg, hebben allen behoefte aan informatie. Veel informatie is in Nederland voorhanden bij zorgverzekeraars. Nederland is er voorstander van dat in Europees verband gewerkt wordt aan een goed toegankelijk informatiesysteem om patiënten te faciliteren bij het maken van keuzes op het gebied van grensoverschrijdende zorg. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan informatie over kwaliteit, prijzen, vergoedingen, eigen betalingen, wachttijden, aansprakelijkheidsrecht en klachtenprocedures.

Hiernaast is het van belang dat zorgaanbieders komen tot een betere uitwisseling van medische informatie over patiënten, die grensoverschrijdende zorg hebben genoten.



### **Kwaliteitstoezicht**

Nederland is voorstander van het verkennen van de mogelijkheid om op Europees niveau minimumnormen vast te leggen voor de kwaliteit van zorg. Een argument voor het vastleggen van dergelijke minimumnormen kan zijn de bevordering van patiëntveiligheid. Dit argument speelt ook een belangrijke rol in geval van patiëntenmobiliteit. Hiernaast is het belangrijk dat lidstaten, bijvoorbeeld via nationale inspectieorganen, nauwer gaan samenwerken op aspecten als informatie-uitwisseling over kwaliteit van zorg binnen bepaalde instellingen of over bepaalde zorgverleners. Het zou wenselijk zijn als instituten voor accreditatie en certificering van zorgproducten en -instellingen zouden werken volgens één Europese standaard.

### **Europese netwerken van referentiecentra**

Nederland vindt samenwerking tussen zorgaanbieders in de vorm van netwerken waardevol. Er moet worden voortgebouwd op het werk van de High Level Group op dit terrein. Nederland is vooralsnog geen voorstander van fysieke referentiecentra op een beperkt aantal locaties.

### **E-health**

Nederland is van mening dat E-health in de komende jaren een steeds belangrijker onderdeel zal vormen van de reguliere zorgverlening. De potentiële probleempunten bij grensoverschrijdend zorgverkeer kunnen bij uitstek een rol spelen bij E-health. Nederland is daarom voorstander van nauwe samenwerking op dit terrein. Dit dient zich allereerst te manifesteren in het vastleggen van Europese standaarden. Nederland vraagt de Commissie er op toe te zien dat de aanpak van E-health niet versnipperd plaatsvindt in verschillende werkgroepen van meerdere Directoraten. Ter illustratie wordt in dit kader verwezen naar de ontwikkeling van een elektronische Europese ziekteverzekeringskaart. Nederland vraagt de Commissie te bevorderen dat lidstaten leren van goede voorbeelden en voorloperprojecten. In dat kader biedt Nederland aan om nader kennis te nemen van de door ons ontwikkelde standaarden voor elektronische patiëntendossiers.

### **Informatie-uitwisseling over langdurige zorg**

In het kader van het SPC wordt via de open methode van coördinatie informatie uitgewisseld over dienstverlening op gebied van langdurige zorg. Deze afstemming wordt als zinvol ervaren en dient te worden voortgezet.

## 5. Instrumentenkeuze

Nederland is van mening dat de te kiezen instrumenten om handen en voeten te geven aan een mogelijk gezondheidsdiensteninitiatief, een antwoord moeten bieden voor de problemen die bestaan. Leidend hierbij moet zijn de vraag naar de doelen die we willen bereiken. Nederland sluit daarbij op voorhand geen instrumenten uit. Ook wetgevende instrumenten zoals een richtlijn zijn wat Nederland betreft niet onbespreekbaar, indien daarmee wordt tegemoet gekomen aan de oplossing van breed gedragen problemen.

De Commissie geeft in haar consultatiedocument aan dat het realiseren van rechtszekerheid ten aanzien van de mogelijkheden voor grensoverschrijdend zorgverkeer, een van de twee hoofdpijlers van een mogelijk gezondheidsdiensteninitiatief vormt. Ook Nederland is voorstander van rechtszekerheid. Nederland is echter van mening dat de jurisprudentie van het Hof een eenduidige lijn geeft ten aanzien van de rechten van patiënten op vergoeding in geval van grensoverschrijdend zorgverkeer en de beperkingen die lidstaten hieraan mogen stellen.

Nederland is er niet op voorhand van overtuigd dat het codificeren van de jurisprudentie in een richtlijn automatisch leidt tot verduidelijking. De rechtsonzekerheid is namelijk niet zozeer aanwezig op Europees niveau, maar op nationaal niveau in geval lidstaten de jurisprudentie niet incorporeren in de nationale regelgeving.

Nederland vindt het naleven van de jurisprudentie belangrijk omdat de daarin neergelegde lijn recht doet aan het vinden van een balans tussen de belangen van individuele patiënten en die van zorgsystemen als geheel. Nederland is van mening dat lidstaten de jurisprudentie moeten incorporeren in de nationale stelsels. Nederland heeft dit gedaan bij het vormgeven van het nieuwe zorgstelsel. Als andere lidstaten in onvoldoende mate de Hof-jurisprudentie incorporeren, lijkt de oplossing daarvoor in eerste instantie actie van de Europese Commissie in de vorm van het starten van inbreukprocedures tegen deze lidstaten, of desnoods het opstellen van een handboek of guidelines.

Indien echter om andere redenen alsnog wordt overgegaan tot codificatie van de jurisprudentie van het hof in een richtlijn, dan moet worden voorkomen dat dit proces wordt gebruikt om de in die jurisprudentie neergelegde lijn in te perken. Via de weg van een richtlijn mogen de gerealiseerde vrijheden voor Europese burgers niet onnodig worden beperkt.

Een eventuele richtlijn zou dan wellicht het karakter van een kaderrichtlijn moeten hebben waarbij de concrete invulling zoveel mogelijk aan de lidstaten wordt overgelaten.

Tenslotte kan in dit kader worden opgemerkt dat in Europa al op verschillende wijzen veel is geregeld ten aanzien van rechten en plichten van patiënten, wanneer zij zorg gebruiken in andere lidstaten. Zo geeft de Europese sociale zekerheidsverordening 1408/71 onder meer regels over het gebruik van zorg tijdens een verblijf in het buitenland en over de verrekening van de daaruit voortvloeiende zorgkosten.

Momenteel wordt gesproken over een voorstel ter modernisering van sociale zekerheidsverordening nr. 883/04. In dit voorstel is al een groot deel van de hofjurisprudentie gecodificeerd. Nederland is van mening dat, waar en in hoeverre codificatie ook plaatsvindt, er zoveel mogelijk moet worden gestreefd naar een eenduidig regime voor regels over patiëntenmobiliteit.

## 6. Conclusies

### • **Patiëntenmobiliteit**

Grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit kan bijdragen aan het verhogen van efficiënt gebruik van gezondheidsmiddelen en het welzijn van patiënten. Nederland acht dit van groot belang. Het bijzondere karakter van de gezondheidszorg maakt dat het opleggen van beperkingen aan patiëntenmobiliteit gerechtvaardigd kan zijn. De jurisprudentie van het Hof geeft goede richtlijnen om te bepalen in welke mate het aanbrengen van beperkingen gerechtvaardigd is. De jurisprudentie van het Hof moet worden geïncorporeerd in de zorgstelsels van de lidstaten. Vooralsnog is Nederland er nog niet van overtuigd dat een richtlijn hiertoe het meest geschikte instrument is.

### • **Kwaliteit en patiëntveiligheid**

De kwaliteit van verleende zorg en de veiligheid van patiënten, is voor Nederland een van de belangrijkste elementen in de discussie over grensoverschrijdende zorg. Nederland is er voorstander van om in het kader van het gezondheidsdiensteninitiatief te werken aan vergelijkbare kwaliteitsstandaarden in de Europese Unie, zodat transparantie ontstaat en patiënten weten welk zorgniveau ze kunnen verwachten bij de keuze voor zorg in een andere lidstaat.

### • **Impact van patiëntenmobiliteit**

De impact van patiëntenmobiliteit is beperkt in absolute aantallen, maar substantieel in grensstreken. Vanuit het perspectief van de individuele patiënt is de impact groot. Dit rechtvaardigt volgens Nederland het zoeken naar oplossingen voor concrete problemen die patiëntenmobiliteit in praktijk kunnen hinderen. Deze oplossingen moeten bij voorkeur op een zo praktisch mogelijk niveau worden gevonden.

### • **Professionele mobiliteit**

Nederland is positief over vrije vestigingsmogelijkheden voor aanbieders van zorgdiensten en de mobiliteit van zorgprofessionals. In praktijk zijn veel belangrijke vestigingsvoorwaarden voor zorgprofessionals al geharmoniseerd en is er op voorhand beperkte noodzaak voor verdere gemeenschappelijke actie.

### • **Steun aan lidstaten**

Nederland is van mening dat de samenwerking tussen lidstaten verder kan worden versterkt, vooral ten aanzien van betere informatievoorziening en informatie-uitwisseling, kwaliteitstoezicht, Europese netwerken van referentiecentra en E-health.

### • **Instrumentenkeuze**

Nederland is van mening dat de keuze voor de juiste instrumenten moet afhangen van de te stellen doelen. Op voorhand worden geen instrumenten uitgesloten. Een richtlijn is een van de mogelijkheden voor het incorporeren van de hofjurisprudentie in de zorgsystemen van de lidstaten, maar niet de enige of op voorhand de beste.