



RAAD VAN
DE EUROPESE UNIE

Brussel, 3 juni 2009 (05.06)
(OR. en)

10026/09

Interinstitutioneel dossier:
2008/0142 (COD)

SAN 130
SOC 339
MI 209
CODEC 737

NOTA

van: het Comité van permanente vertegenwoordigers (1e deel)
aan: de Raad

nr. vorig doc.: Doc. 10344/09 SAN 154 SOC 371 MI 229 CODEC 777.

Betreft : Zitting van de Raad (**Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken**) van 8 en 9 juni 2009

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

- *Voortgangsverslag/oriënterend debat*

[Openbare beraadslaging op grond van artikel 8, lid 1, ROR]

1. Na besprekingen op 3 juni 2009 heeft het Comité van permanente vertegenwoordigers besloten de bijlage bij deze nota, met het voortgangsverslag over het in hoofde genoemde onderwerp, aan de Raad voor te leggen.
2. De Raad (EPSCO) wordt verzocht nota te nemen van dit voortgangsverslag en in de volgende zitting op 9 juni 2009 een oriënterend debat te houden over de vragen in document 10027/08.

VOORSTEL VOOR EEN RICHTLIJN VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD BETREFFENDE DE TOEPASSING VAN DE RECHTEN VAN PATIËNTEN BIJ GRENSOVERSCHRIJDENDE GEZONDHEIDSZORG***VOORTGANGSVERSLAG*****I. INLEIDING**

1. Op 2 juli 2008 heeft de Commissie een voorstel ingediend voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg ('het voorstel')¹. Het voorstel berust op drie pijlers: alle patiënten een veilige en hoogwaardige gezondheidszorg garanderen; patiënten begeleiden bij de uitoefening van hun recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg; de samenwerking tussen de gezondheidszorgstelsels verbeteren. Vooral de tweede pijler is bedoeld om de jurisprudentie van het Hof van Justitie (HvJ) te codificeren; het HvJ heeft immers herhaaldelijk beslist het door het EG-Verdrag (VEG) gewaarborgde vrije verkeer toe te passen op gezondheidsdiensten en zich uitgesproken over vergoeding van de kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg, waardoor het recht om gezondheidsdiensten te verlenen en te ontvangen gemakkelijker zou kunnen worden uitgeoefend.
2. Tijdens het Franse voorzitterschap zijn de hoofdstukken I-III van het voorstel besproken in de Groep volksgezondheid ("de groep") van de Raad, hetgeen een compromistekst van het Franse voorzitterschap over de verschillende hoofdstukken heeft opgeleverd².
3. In december 2008 werd een voortgangsverslag aan de Raad EPSCO voorgelegd³. Er vond een oriënterend debat plaats en diverse punten werden inhoudelijk besproken, ten einde de verdere werkzaamheden in de groep tijdens het aantredende Tsjechische voorzitterschap te sturen.

¹ Doc. 1307/08 MI 136 JAI 389 SOC 234 CODEC 904 - COM(2008) 414 def.

² Doc. 15655/08 SAN 261 SOC 687 MI 439 CODEC 1539.

³ Doc. 16514/08 SAN 302 SOC 760 MI 505 CODEC 1736.

4. De Raad nam nota van de gemaakte vorderingen, bevestigde de door het Franse voorzitterschap voorgestelde krachtlijnen als een goede basis voor toekomstige besprekingen, en verzocht het aantredende Tsjechische voorzitterschap daarop voort te bouwen, om de resterende materiële voorbehouden weg te werken.

BESPREKING IN DE RAADSINSTANTIES

5. Tijdens het Tsjechische voorzitterschap werd acht volle dagen over het voorstel vergaderd. Na de besprekingen over de artikelen 10 en 12 (hoofdstuk III), de hoofdstukken IV en V en de bijbehorende overwegingen, heeft het Tsjechische voorzitterschap een compromistekst betreffende alle artikelen annex overwegingen van het Commissievoorstel opgesteld⁴. Deze tekst werd op 18 maart 2009 ter bespreking aan de groep voorgelegd. Hij was gebaseerd op de compromistekst van het Franse voorzitterschap en, wat de resterende bepalingen betreft, op het Commissievoorstel.
6. De eerste reacties op dit compromisvoorstel waren over het algemeen positief (de tekst heeft een nieuwe opzet gekregen, de taken van de lidstaten zijn verduidelijkt, en de definities worden consistent gebruikt). Hoewel de meeste delegaties positief reageerden op de hoofdlijnen van het voorstel van het voorzitterschap, gaven vele delegaties ook te kennen dat er nog meer wijzigingen nodig zijn en dat er nog geen oplossing was gevonden voor een aantal fundamentele kwesties, die in dit document besproken worden.
7. Het voorzitterschap heeft het Coreper om instructies verzocht, om voortgang te kunnen maken met de besprekingen in de groep. De te volgen weg voor onderstaande kwesties is door het Coreper op 6 mei aangegeven:

Codificatie van de jurisprudentie van het HvJ

- zorgverleners moeten onder het toepassingsgebied van de richtlijn vallen: meer dan de helft van de lidstaten gaven echter de voorkeur aan beperking tot zorgverleners die in dienst zijn bij de plaatselijke openbare ziekteverzekering of een anders omschreven openbaar systeem. De overige lidstaten steunden echter het idee van het voorzitterschap om elke vorm van zorgverlening, ongeacht de status van de verstrekker, in de richtlijn op te nemen.

⁴ Doc. 7379/09 SAN 49 SOC 173 MI 100 CODEC 329.

- de vraag of bepaalde vormen van zorgverlening worden uitgesloten; de discussie betrof vooral de langetermijnzorg. Een groot aantal lidstaten wil dat deze uitdrukkelijk buiten het toepassingsgebied wordt gelaten. Andere voorbeelden van zorg die volgens bepaalde lidstaten moeten worden uitgesloten: orgaantransplantaties en preventieprogramma's (zoals vaccinatie).
- de erkenning van in een andere lidstaat verstrekte recepten: dit beginsel wordt door de lidstaten in het algemeen onderschreven. Er blijven echter vraagtekens omtrent de praktische toepassing ervan en de wijze waarop het kan worden gerealiseerd. Sommige lidstaten zijn er voorstander van de comitologieprocedure te volgen, andere willen de lidstaten de zaak zelf laten regelen, weer andere hebben geen voorkeur.

Hoofdstuk IV over de samenwerking op het gebied van gezondheidszorg:

- de lidstaten zijn het erover eens dat deze samenwerking nodig is; zij spreken er hun steun voor uit. Ook op dit punt echter liggen de standpunten uiteen ten aanzien van de vorm waarin een en ander gestalte moet krijgen. Bij de bespreking was er geen expliciete vraag om heel hoofdstuk IV te schrappen. Maar meer dan de helft van de lidstaten was tegen het gebruik van de comitologie, en enkele lidstaten stelden voor alternatieve mechanismen te bestuderen voor het bevorderen van de samenwerking. Ongeveer de helft van de lidstaten wil een of andere vorm van comitologie overwegen, maar tegelijk vinden de meeste van hen dat de via het comité tot stand gekomen maatregelen niet bindend mogen zijn en dat de nationale bevoegdheden steeds in acht moeten worden genomen.

Tot slot verwees het Coreper de tekst terug naar de groep voor verdere behandeling.

8. Na de besprekingen in de groep en het Coreper heeft het voorzitterschap, rekening houdend met het advies van de Juridische dienst van de Raad over de rechtsgrondslag van het voorstel, waarin de door het voorzitterschap in maart voorgestelde compromistekst werd geanalyseerd, zijn compromisvoorstel herwerkt en op 14 mei 2009 een tweede versie aan de groep voorgelegd⁵. Deze tekst wil echter vooral een weergave van de stand van zaken zijn; hij omvat ook een groot aantal opmerkingen die de delegaties bij de compromistekst van maart hebben gemaakt, alsmede de resterende voorbehouden, die in voetnoten zijn weergegeven. Wegens tijdgebrek heeft de groep deze herziene compromistekst niet uitvoerig kunnen behandelen, en alle delegaties maken dan ook een algemeen voorbehoud bij de gehele compromistekst van het voorzitterschap; DK, SI, UK, RO en MT maken een voorbehoud voor parlementaire behandeling.
9. De Commissie maakt een algemeen voorbehoud bij de compromistekst van het voorzitterschap. Zij heeft met name grote bezware tegen de voorgestelde aanpak inzake kwaliteit en veiligheid in artikel 5; de regeling voor voorafgaande toestemming die volgens de Commissie niet overeenstemt met de jurisprudentie, evenmin als de definitie van zorg waarvoor voorafgaande toestemming vereist is, die aanmerkelijk is verruimd. de afstemming van wat in de richtlijn gezegd wordt over voorafgaande toestemming op eerdere bepalingen inzake voorafgaande toestemming van Verordening 883/04; en de versoepeling van de bepalingen inzake samenwerking. De Commissie vestigt de aandacht van de Raad op haar mening dat uitsluiting van particuliere zorgverleners gebaseerd moet zijn op gronden die rechtstreeks verband houden met de kwaliteit of de veiligheid van de zorg.
10. Parallel hiermee heeft ook het Europees Parlement het Commissievoorstel behandeld; het heeft op 23 april 2009 over zijn resolutie in eerste lezing gestemd, en daarbij 122 amendementen op het oorspronkelijke Commissievoorstel aangenomen⁶. De groep heeft deze amendementen echter nog niet bestudeerd.

⁵ Doc. 9431/09 JUR 207 SAN 97 SOC 300 MI 186 CODEC 675.

⁶ Doc. 8903/09 CODEC 585 MI 79 ECO 263 SAN 163.

II. VOORNAAMSTE ASPECTEN VAN HET DOOR HET VOORZITTERSCHAP AAN DE DELEGATIES VOORGELEGDE COMPROMIS

11. Algemeen beschouwd wordt in de compromistekst van het voorzitterschap voorgesteld het Commissievoorstel anders te structureren, en gestreefd naar een duidelijker formulering en naar een koppeling van de definities aan andere belangrijke termen, die vervolgens in het gehele document systematisch en nauwgezet worden gebruikt. De groep was ingenomen met deze aanpak en algemene oriëntatie van het voorzitterschap. De specifieke voorbeholden van de lidstaten staan in doc. 10231/09.

12. Doelstelling van de richtlijn

De meerderheid van de lidstaten staat achter de nieuwe formulering van de doelstelling. Tijdens de bijwerking van de tekst moet echter nog eens gekeken worden naar de coherentie met andere bepalingen.

13. Toepassingsgebied van de richtlijn

De meeste lidstaten stemmen in met de inhoud van de desbetreffende bepaling, maar er zijn mogelijk nog problemen, zoals de uitzonderingen op het toepassingsgebied aangaande de gecontracteerde en de niet-gecontracteerde zorgverleners, de langdurige zorgverlening en orgaantransplantatie (zie ook punt 8).

Voor sommige lidstaten is het van groot belang dat bepaalde soorten zorgverleners (namelijk die welke niet in dienst zijn bij een openbaar zorgsysteem) buiten de richtlijn worden gelaten; naar het oordeel van andere lidstaten is uitsluiting van die zorgverleners in strijd met het VEG. In de overweging van het herziene compromis wordt geen volledige uitsluiting genoemd, maar wordt de lidstaten de mogelijkheid geboden in afzonderlijke gevallen maatregelen te treffen die stroken met het VEG, zodat kwaliteit en veiligheid van de zorg niet in gevaar komen. Sommige lidstaten steunen die aanpak, voor andere beantwoordt die niet aan hun wensen, met name wat betreft de mogelijke gevolgen voor de houdbaarheid van de zorgstelsels en de bevoegdheid van de lidstaten om hun stelsels te organiseren.

Wat de langdurige zorg betreft, staat in de overeenkomstige overweging van het herziene compromis dat de richtlijn niet van toepassing is op het maatschappelijke aspect van de langdurige zorgverlening en op de diensten die allereerst zijn bedoeld om mensen te helpen bij het verrichten van dagelijkse routinetaken; maatschappelijke dienstverlening valt immers zonder meer buiten de richtlijn. Anderzijds is er nog een aantal lidstaten dat langdurige zorg als zodanig uitdrukkelijk wil uitsluiten. Ten slotte is er nog steeds geen gemeenschappelijke definitie en notie van langdurige zorg. Bovendien werd erop gewezen dat de VEG-regels rechtstreeks van toepassing zijn, ook al worden diensten van langdurige zorgverlening als zodanig van de richtlijn uitgeloten. Het herziene compromis voorziet in bepaalde beperkingen, bijvoorbeeld wanneer in geval van een tekort aan organen de instroom van patiënten onder controle moet worden gehouden. Toch vroegen enkele lidstaten om orgaantransplantaties en preventieprogramma's uit te sluiten.

14. Artikel 3, dat een lijst bevat van communautaire bepalingen die met de richtlijn in verband staan, werd ingevolge opmerkingen van de lidstaten aangepast. Wel werd besloten dat het opnieuw zal worden bekeken nadat de laatste hand aan de tekst is gelegd.

15. **Definities**

De meerderheid van de lidstaten kon zich vinden in de meeste definities in artikel 4, zij het dat sommige vooral met betrekking tot "lidstaat van aansluiting" en "verzekerde" voorbehoud blijven maken. Over de definitie van "gezondheidszorg" is een zekere mate van overeenstemming bereikt, maar vooral over de coherentie ervan met de rest van de richtlijn moet nog verder worden gediscussieerd. Een definitie van patiëntendossiers werd toegevoegd.

16. **Taken van de lidstaten op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg (hoofdstuk II)**

Om het Commissievoorstel duidelijker te structureren, heeft het voorzitterschap hoofdstuk II anders opgezet - het omvat nu alle bepalingen over de taken die een lidstaat in het algemeen, dus als lidstaat van behandeling én als lidstaat van aansluiting, kan hebben (oorspronkelijk de artikelen 5, 10 en 12) - en de titel dienovereenkomstig aangepast. Een van de daarmee verband houdende wijzigingen is dat alle bepalingen over toegang tot patiëntendossiers, zowel in de lidstaat van aansluiting als de lidstaat van behandeling, nu in dit hoofdstuk zijn ondergebracht.

Deze wijziging, alsmede de specificatie van de respectieve taken van de lidstaat van behandeling als de lidstaat van aansluiting, werd in het algemeen door de lidstaten gesteund.

Wat de taken van de lidstaat van behandeling betreft, volgt het voorzitterschap de richting die het Franse voorzitterschap in het voortgangsverslag van december 2008 heeft aangegeven. Het voorzitterschap tracht er, wat dat betreft, voor te zorgen dat de instroom van patiënten onder controle kan worden gehouden, zodat de toegankelijkheid van de zorg en het financiële evenwicht van de wettelijke socialezekerheids- en gezondheidszorgstelsels van de lidstaat van behandeling niet ernstig wordt ondermijnd of dreigt te worden ondermijnd. Patiënten uit andere lidstaten worden behandeld op gelijke voet met onderdanen van de lidstaat van behandeling, maar aangezien door de instroom van patiënten de vraag de bestaande capaciteit kan gaan overstijgen, zullen de lidstaten in uitzonderlijke gevallen nog steeds op grond van VEG kunnen ingrijpen uit overwegingen van volksgezondheid, zij het met inachtneming van het bepaalde in Verordening nr. 883/2004. Deze oplossing blijkt in het algemeen aanvaardbaar voor de lidstaten; er blijft echter een aantal voorbehouden bestaan, met name in het evenwicht tussen tekst en overwegingen.

Onder de taken van de lidstaat van aansluiting worden nu ook uitdrukkelijk die taken herhaald welke verband houden met terugbetaling en met toepassing van de voorafgaande toestemming.

Met betrekking tot de nationale contactpunten (NCP's) bevat het herziene voorstel, op verzoek van de lidstaten, nu ook de bepaling dat een lidstaat de patiënten uitsluitend informatie geeft die rechtstreeks verband houdt met zijn eigen stelsel en niet met het stelsel van een andere lidstaat, zodat de relevantie van de informatie is gewaarborgd en deze regelmatig kan worden geactualiseerd. dit is tevens belangrijk uit het oogpunt van verantwoordelijkheid voor de verstrekte informatie. Om die reden wordt voorgesteld de informatietaken van de lidstaat van behandeling en die van de lidstaat van aansluiting afzonderlijk te vermelden. Het oorspronkelijke idee om via de comitologie een NCP-netwerk in te voeren, vond geen steun, en de desbetreffende comitologiebepaling is dan ook geschrapt. Ook bepalingen over voorlichting en hulp bij het oplossen van grensoverschrijdende juridische geschillen, in het bijzonder buitengerechtelijke regelingen, werden niet aangewezen geacht en geschrapt.

Inzake problemen die in de laatste twee punten worden beschreven, blijft een klein aantal voorbehouden bestaan.

17. Terugbetaling van kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg (hoofdstuk III)

De tekst van hoofdstuk III werd in het algemeen gunstig onthaald. Niettemin hielden enkele delegaties vast aan hun voorbehouden inzake de praktische toepassing, en de voorafgaande toestemming in verband met Verordening (EG) nr. 883/2004: zij wensten een definitie van de term "kostenvergoeding". Met betrekking tot de in punt 12 genoemde herstructurering bevat hoofdstuk III van het herziene compromis van het voorzitterschap alleen artikelen die verband houden met de terugbetaling van kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Hoewel dat in de tekst niet met zoveel woorden wordt gezegd, betreft dit hoofdstuk ook de kostenvergoeding aan een verzekerde voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, die onder de huidige definitie van gezondheidszorg vallen.

Ten opzichte van het Commissievoorstel is in artikel 8 van het herziene compromis het algemene beginsel, namelijk dat een patiënt recht heeft op vergoeding van de kosten voor grensoverschrijdende gezondheidszorg, niet ingrijpend gewijzigd.

Op basis echter van de beleidslijnen uit het voortgangsverslag dat het Franse voorzitterschap in december 2008 heeft uitgebracht, is de regeling om de instroom van patiënten onder controle te houden, in het herziene compromis nader uitgewerkt, in die zin dat zij verenigbaar blijft met het vrijeverkeersbeginsel en het discriminatieverbod.

Voor het geval dat lidstaten van aansluiting in hun wetgeving willen vastleggen voor welke zorg voorafgaande toestemming nodig is, zijn bijzondere voorwaarden voor de invoering van een systeem van voorafgaande toestemming (bijv.overnachtingsaccommodatie, zeer gespecialiseerde en kostenintensieve medische infrastructuur of apparatuur, behandelingen met een bijzonder risico voor de patiënt of voor de bevolking) en de concrete procedures voor het aanvragen van de voorafgaande toestemming nader uitgewerkt. De lidstaat van aansluiting die het verzoek van een verzekerde om voorafgaande toestemming behandelt, houdt rekening met de urgentie en met alle in de overwegingen nader omschreven individuele omstandigheden. Aan de hand van zijn bevindingen bepaalt hij of is voldaan aan de voorwaarden van Verordening (EG) nr. 883/2004; is dit inderdaad het geval, dan wordt de voorafgaande toestemming conform de verordening verleend, tenzij de verzekerde anderszins verzoekt (hoewel sommige lidstaten ertegen zijn de betrokkene die mogelijkheid te bieden).

In hetzelfde verband is in het herziene compromis ook het poortwachterprobleem geregeld. De lidstaten kunnen jegens patiënten die gezondheidszorg in een andere lidstaat - plaatselijk, regionaal dan wel nationaal - verlangen, dezelfde behandelingscriteria en wettelijke en administratieve formaliteiten inzake kostenvergoeding toepassen als indien de gezondheidszorg op hun eigen grondgebied zou worden verstrekt, daaronder begrepen de beoordeling door een gezondheidswerker of een gezondheidszorgbeheerder die diensten verleent voor het wettelijke sociale zekerheids- of gezondheidszorgstelsel van de lidstaat van aansluiting. Deze oplossing kreeg de algemene bijval van de lidstaten. Een aantal onderstreepte echter dat er poortwachters moeten worden aangesteld die toezien op het zorgstelsel van de lidstaat van aansluiting van de patiënt.

In het herwerkte voorstel is ook gepoogd het gevaar van "dubbel poortwachters" te beperken. Enkele delegaties blijven echter een voorbehoud maken bij de formulering van de bijbehorende overwegingen, omdat ze bestuderen hoe het in de praktijk kan werken.

18. Samenwerking op het gebied van gezondheidszorg (hoofdstuk IV)

In verband met de besprekingen in de groep en in het Coreper heeft het voorzitterschap, gelet op het advies van de Juridische dienst van de Raad over de rechtsgrond van het voorstel dat het voorzitterschap in maart heeft gedaan (zie voetnoot 5), voorgesteld de tekst van de respectieve artikelen in hoofdstuk IV te wijzigen, zodat hij nu in overeenstemming is met de bevoegdheden van de Gemeenschap en *in stimulansen* voor vrijwillige samenwerking tussen de lidstaten *voorziet*, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de nationale bevoegdheden inzake organisatie van de gezondheidszorg.

Er was veel verzet tegen de comitologieprocedure in het Commissievoorstel, vooral de artikelen over de samenwerking bij de ontwikkeling van Europese referentienetwerken (ERN's), e-gezondheid en de evaluatie van gezondheidstechnologie. Benadrukt werd dat de verwachte kosten en het toepassingsgebied in verhouding moeten staan tot het aantal patiënten dat naar verwachting zal profiteren van de regeling grensoverschrijdende gezondheidszorg. Voorts wierpen enkele delegaties op dat de tijd wellicht nog niet rijp is voor gezamenlijke actie op deze samenwerkingsgebieden. Daarom zijn de respectieve comitologiebepalingen aangepast en niet-bindende richtsnoeren voorgesteld.

Ondanks de wijzigingen betwijfelt meer dan de helft van de lidstaten nog of comitologie het enige mogelijke middel is om de doelstelling van hoofdstuk IV te verwezenlijken. Deze twijfel heeft te maken met de nog niet voltooide discussie over het hoofddoel van de bepalingen in dit hoofdstuk: samenwerking in het kader van grensoverschrijdende gezondheidszorg, of bevordering van de samenwerking op het gebied van de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg, los van grensoverschrijdende factoren. Enkele lidstaten hadden nog grote twijfels bij het concept van niet-bindende comitologie. Toch spreken enkele lidstaten in dit opzicht hun steun uit voor het herziene compromis.

Hoewel bij de bepaling zelf over de wederzijdse erkenning van recepten slechts weinig voorbehouden worden gemaakt, moet hij toch inhoudelijk nader worden besproken, vooral wat de praktische toepassing en de terugbetalingsprocedures betreft. Naar aanleiding van de richtsnoeren van het Franse voorzitterschap is het toepassingsgebied van het artikel uitgebreid tot medische hulpmiddelen.

In het Commissievoorstel (hoofdstuk IV) stond ook een bepaling over het verzamelen van gegevens voor statistische en toezichtsdoeleinden (artikel 18). Omdat de meerderheid van de delegaties oordeelde dat dit artikel Verordening (EG) nr. 1338/2008 betreffende communautaire statistieken over de volksgezondheid en de gezondheid en veiligheid op het werk⁷ zou overlappen, is het geschrapt.

19. Verslagen

Behalve de bepaling uit het oorspronkelijke Commissievoorstel betreffende de opstelling van een verslag over de werking van de richtlijn, bevat het herziene compromis nu ook de vermelding van de informatie die het verslag moet bevatten (patiëntenstromen, financiële dimensie van de mobiliteit van patiënten, werking van de NCP's en de ERN's); voorts is nu ook bepaald dat de lidstaten de Commissie alle noodzakelijke hulp en informatie voor de beoordeling en voor de redactie van de verslagen moeten geven. Bij dit artikel en de formulering ervan werd geen voorbehoud gemaakt.

⁷ PB L 354 van 31. 12. 2008, blz. 12.

20. Omzetting

Omdat een grote meerderheid van de lidstaten bezwaar had gemaakt tegen de oorspronkelijke termijn van één jaar voor de omzetting van een dermate complexe wetgeving, is de omzettingstermijn tot drie jaar verlengd.

III. PUNTEN DIE NADER MOETEN WORDEN BESPROKEN

21. Naast hetgeen hierboven is gezegd, brengt het voorzitterschap enkele inhoudelijke punten onder de aandacht die de groep nog in detail zal moeten bespreken:

- (i) verduidelijking van de feitelijke betekenis van belangrijke termen

Een van de bij de besprekingen gerezen moeilijkheden was dat aan enkele belangrijke termen in verband met de verschillende organisatie van de gezondheidszorg in de landen van Europa een verschillende betekenis wordt toegekend. Enerzijds zijn er lidstaten met een ziekteverzekeringstelsel (gebaseerd op verstrekkingen of op terugbetaling), en anderzijds lidstaten met een nationaal gezondheidstelsel.

In het compromis van maart heeft het voorzitterschap getracht een gemeenschappelijke definitie van "kostenvergoeding" te ontwikkelen, waarin rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van de verschillende gezondheidstelsels. Uit de besprekingen in de groep is echter gebleken dat deze term verschillend wordt uitgelegd, en daarom grijpt het voorzitterschap in de herziene compromistekst uiteindelijk terug op de twee termen "terugbetaling" en "vergoeding", met betrekking tot de inhoud van elke afzonderlijke bepaling.

Om dezelfde reden, dus om de verdere bespreking te vergemakkelijken, is nadere verduidelijking geboden - of is een betere term nodig, die voor alle bestaande systemen past - met betrekking tot de inhoud van de termen "wettelijk socialezekerheidsstelsel of publiek gezondheidstelsel" en "gecontracteerd of niet-gecontracteerd", tegenover "publieke of particuliere" zorgverlener.

Afgezien hiervan - het verband met de aard van een gezondheidsstelsel dus buiten beschouwing gelaten - blijven de standpunten verdeeld omtrent "langdurige zorg", of meer bepaald, de vraag welke vormen van zorg onder deze term moeten worden verstaan.. De definitie van "gezondheidszorg" moet worden vastgelegd.

- (ii) toepassingsgebied van de richtlijn en uitsluiting van bepaalde vormen van zorgverlening

Nadere bespreking is nodig van de verzoeken van de lidstaten om bepaalde vormen van zorgverlening (zie de punten 7 en 13) uit te sluiten, vooral in het licht van de mogelijke consequenties van dergelijke specifieke uitsluitingen.

- (iii) gronden voor het weigeren van voorafgaande toestemming en bepalingen over de verhouding tot Verordening (EG) nr. 883/2004 en, in het bijzonder, de toepassing daarvan in de praktijk
- (iv) de vergoeding van recepten nadat het beginsel van wederzijdse erkenning van in een andere lidstaat verstrekte recepten in toepassing zal zijn gebracht
- (v) de bepalingen over de samenwerking op het gebied van gezondheidszorg

Het doel van de bepalingen van hoofdstuk IV moet worden vastgesteld, mede in verhouding tot de rechtsgrond van het voorstel. Comitologie en andere middelen die hiervoor in stelling kunnen worden gebracht, moeten eveneens worden besproken.

- (vi) de rechtsgrondslag

De rechtsgrondslag van het voorstel moet uitvoerig besproken, onderzocht en aangepast worden, afhankelijk van de uiteindelijke tekst van de richtlijn, rekening houdend met het feit dat de Commissie artikel 152 VEG niet als rechtgrondslag voor de richtlijn heeft voorgesteld.

- 22. Wat de resolutie van het Europees Parlement van 23 april 2009 betreft, moeten de voorgestelde amendementen worden besproken.

23. Voorts werd de Commissie door de lidstaten verzocht de volgende punten te verduidelijken en nader toe te lichten:

- het verband tussen het richtlijnvoorstel over de toepassing van patiëntenrechten in de grensoverschrijdende gezondheidszorg en het richtlijnvoorstel inzake kwaliteits- en veiligheidsnormen voor menselijke organen, bestemd voor transplantatie, in het bijzonder wat het verband tussen donatie en transplantatie enerzijds en toewijzing van organen anderzijds betreft;
- te overwegen vallen een gedetailleerde verklaring van de gedachtegang achter de voorgestelde toepassing van de comitologie op de respectieve artikelen in hoofdstuk IV, alsmede een beschrijving van wat men van de comitologie verwacht, en van de alternatieven waarmee de door de Commissie geformuleerde doelstellingen ook zouden kunnen worden gehaald, met name zorgen voor een duurzame financiering;
- de bijzonderheden van in de praktijk toepassen van het beginsel van wederzijdse erkenning van in een andere lidstaten verstrekte recepten, om een beter begrip te krijgen van de implicaties van artikel 12.

IV. CONCLUSIES

De Raad neemt nota van de voortgang die is gemaakt, bevestigt dat het herziene compromis van het voorzitterschap, dat in deze nota is beschreven en is weergegeven in document nr. 10231/09, waar de resterende voorbehouden in voetnoten zijn weergegeven, een goede basis is voor verdere bespreking, en verzoekt het komende voorzitterschap hierop voort te bouwen en alle hangpunten en de nog niet besproken overwegingen uit het Commissievoorstel te bestuderen.
