



EUROPESE COMMISSIE
DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEID EN CONSUMENTENBESCHERMING

**DENKPROCES OP HOOG NIVEAU OVER DE MOBILITEIT VAN PATIËNTEN EN DE
ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG IN DE EUROPESE UNIE**

Document: Uitkomst van het denkproces

Datum: 9.12.2003

Referentie: HLPR/2003/16

DENKPROCES OP HOOG NIVEAU OVER DE MOBILITEIT VAN PATIËNTEN EN DE ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG IN DE EUROPESE UNIE

INLEIDING

De Commissie heeft het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie in gang gezet naar aanleiding van de conclusies van de Raad Volksgezondheid van 26 juni 2002. Nu de gezondheidsstelsels en het gezondheidsbeleid in de lidstaten van de EU nauwer dan ooit met elkaar verbonden zijn, wil men met dit denkproces een forum bieden waar met inachtneming van de bevoegdheid van de lidstaten voor de gezondheidsstelsels een gemeenschappelijke Europese visie op dit gebied kan worden ontwikkeld. Punt 4 van het verslag gaat nader in op de inhoud van de nationale verantwoordelijkheid voor de gezondheidsstelsels, zoals de financiering ervan; de interne toewijzing van middelen, de bepaling van algemene prioriteiten voor gezondheidsuitgaven en het recht om de omvang van de met publieke middelen gefinancierde zorg te bepalen; de vraag wie gezien de klinische noodzaak voorrang krijgt bij de toegang tot het stelsel (bij vergoeding door de nationale regeling), managementstrategieën binnen vaste begrotingen; de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van gezondheidszorg, zoals klinische richtsnoeren.

Hoewel volgens artikel 152 van het Verdrag bij het optreden van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging volledig moeten worden geëerbiedigd, doen zich ontwikkelingen voor (onder meer in verband met de interne markt) die voor de gezondheidsstelsels gevolgen hebben. Er zijn al belangrijke kwesties aan de orde gesteld, met name door het Comité van hoge ambtenaren van volksgezondheid in zijn verslag van 17 december 2001 over de interne markt en gezondheidsdiensten¹, en tijdens de vergadering van de EU-ministers van Volksgezondheid in Malaga op 8 februari 2002. Bovendien hebben de diensten van de Commissie in juli 2003 een samenvattend verslag opgesteld over de nationale toepassing van de jurisprudentie van het Hof inzake de vergoeding van in een andere lidstaat genoten medische diensten². Zoals aangegeven in de conclusies van de Raad, biedt de bespreking van een aantal gezondheidsproblemen vanuit een perspectief dat de nationale grenzen overschrijdt, een meerwaarde. Er moet nauwer worden samengewerkt om de toegang tot een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg te optimaliseren en de gezondheidsstelsels in de Europese Unie betaalbaar te houden. Door de aanstaande uitbreiding van de Europese Unie wordt de noodzaak daartoe zelfs nog groter, aangezien de diversiteit van de gezondheidsstelsels in een uitgebreid Europa zowel voor de gezondheidswerkers als voor de patiënten een grotere prikkel tot mobiliteit zal vormen. Voor de toetredende landen zou dit tot bijzondere problemen kunnen leiden bij de bescherming van de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de gezondheidsstelsels.

¹ Zie http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key06_en.pdf.

² SEC(2003) 900 van 28 juli 2003.

De EU beschikt over grote mogelijkheden om het leven van haar burgers te verbeteren. Zij heeft door haar aanpak van factoren die tot een slechtere gezondheid leiden, en van gezondheidsbedreigingen een duidelijk positieve invloed gehad op de volksgezondheid³. Verordening 1408/71 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsregelingen biedt personen die zich binnen de Unie verplaatsen, toegang tot gezondheidszorg en is aangepast aan de veranderende omstandigheden. Het Comité voor sociale bescherming, waarin door artikel 144 EG⁴ is voorzien, bevordert de samenwerking op het gebied van het socialebeschermingsbeleid, waaronder de gezondheidszorg. De Europese kaderprogramma's voor onderzoek en technologische ontwikkeling dragen bij tot een betere kennis van de gezondheid en de gezondheidszorg. Artikel 152 EG vereist dat bij de bepaling en de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de Gemeenschap een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid wordt verzekerd. Volgens het ontwerp-verdrag tot vaststelling van een grondwet voor Europa stelt de Unie zich onder meer ten doel het welzijn van haar volkeren en sociale rechtvaardigheid en bescherming te bevorderen.

Door een versterkte samenwerking op het gebied van de medische en gezondheidszorg kan beter aan de verwachtingen van de burger worden voldaan en kan de patiënt een betere toegang tot de zorg en een ruimere keuze aan zorgverleners worden geboden. Ook wordt hierdoor het vrije verkeer met betrekking tot reizen en elders studeren, werken en wonen bevorderd. Het is in het belang van iedere burger dat deze voordelen zo tot stand worden gebracht dat de fundamentele beginselen worden gehandhaafd die de gezondheidsstelsels van alle EU-landen gemeen hebben, namelijk universaliteit, billijkheid, solidariteit en betaalbaarheid. Teneinde een hoogwaardige zorg en de veiligheid van de patiënt te waarborgen, moet de Unie ook kunnen beschikken over goed opgeleide gezondheidswerkers en moet hun mobiliteit bevorderd worden.

Daartoe achtten de Raad en de vertegenwoordigers van de lidstaten, in het kader van de Raad bijeen, het nuttig als de Commissie zich in nauwe samenwerking met de Raad en de lidstaten, met name de ministers van Volksgezondheid en de voornaamste andere belanghebbenden, op hoog niveau op een en ander beraadt. Ministers uit België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden, alsmede vertegenwoordigers van de Association Internationale de la Mutualité (AIM), het Standing Committee of the Hospitals of the EU (HOPE), de European Health Management Association (EHMA), het Europees Patiëntenforum (EPF), de European Social Insurance Partners (ESIP), het Comité permanent des médecins européens (CPME) en het Europees Parlement namen deel aan dit denkproces. De bijeenkomsten in het kader van het denkproces op hoog niveau hebben op 3 februari en 7 juli plaatsgevonden, met een afsluitende vergadering op 8 december. Het hele denkproces werd door extra bijeenkomsten van persoonlijke vertegenwoordigers van de leden ondersteund. Teneinde in dit denkproces ook de specifieke aspecten in verband met de uitbreiding te betrekken, werden de ministers van Volksgezondheid van de toetredende landen op de slotbijeenkomst uitgenodigd en hebben hun vertegenwoordigers aan de afsluitende fase van het denkproces deelgenomen.

³ Zie http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_nl.htm.

⁴ Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap.

Alle leden hebben op persoonlijke titel deelgenomen en deze conclusies laten eventuele standpunten die in andere discussies of fora worden ingenomen, onverlet. De Europese Commissie is vooral als facilitator voor het denkproces op hoog niveau opgetreden en de standpunten geven dan ook niet noodzakelijk die van de Europese Commissie weer. Al degenen tot wie de aanbevelingen van het denkproces gericht zijn, zullen moeten bekijken hoe zij daar het best aan kunnen voldoen; van haar kant is de Commissie voornemens in maart 2004 met een mededeling in antwoord op het denkproces te komen.

Dit verslag is opgebouwd rond vijf thema's:

- Europese samenwerking om de beschikbare middelen beter te benutten;
- informatiebehoefte van patiënten, gezondheidswerkers en beleidsmakers;
- toegang tot en kwaliteit van de zorg;
- afstemming van het nationale gezondheidsbeleid op Europese voorschriften;
- gezondheidsgerelateerde vraagstukken en het cohesiefonds en de structuurfondsen van de Unie.

1. EUROPESE SAMENWERKING

De werkgroep die zich bezighield met Europese samenwerking om de beschikbare middelen beter te benutten, bestond uit Frankrijk, Zweden, Denemarken, Oostenrijk, ESIP en HOPE. De door HOPE met steun van de Europese Commissie georganiseerde conferentie over de rol van ziekenhuizen in het vrije verkeer en bij grensoverschrijdende samenwerking in Europa (18-20 juni 2003 in Luxemburg) en hiermee samenhangende activiteiten hebben ook relevant materiaal opgeleverd. Op basis van de werkzaamheden van deze groep zijn in het kader van het denkproces de volgende onderwerpen en aanbevelingen gepresenteerd.

Rechten en plichten van de patiënt

Bij de toegang tot gezondheidszorg hebben de patiënten een aantal rechten en verwachtingen. De rechten van de patiënt zijn ook gedeeltelijk vastgelegd in het Handvest van de grondrechten, waarvan artikel 35 bepaalt: "Eenieder heeft recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden". Men zou gebaat zijn bij meer duidelijkheid op Europees niveau over kwesties als: algemene informatie over de gezondheidszorg, persoonsgebonden informatie, bescherming van persoonsgegevens, vergoedingen, en geïnformeerde toestemming. Ook zou er meer duidelijkheid kunnen komen over de rechten en plichten van gezondheidswerkers tegenover de patiënt en over de plichten van de patiënt, zoals de verstrekking van volledige en juiste gegevens.

Aanbeveling:

- verder onderzoek naar de mogelijkheid om op Europees niveau een consensus te bereiken over de individuele en sociale rechten en plichten van de patiënt, door om te beginnen bestaande informatie te verzamelen over deze aspecten en de manier waarop hiermee in de lidstaten en de toetredende landen wordt omgegaan.

Gezamenlijk benutten van vrije capaciteit en transnationale zorg

Samenwerking tussen gezondheidszorgstelsels kan in een aantal gevallen voordelen opleveren, zoals in grensstreken of bij beperkingen tengevolge van een ontoereikende capaciteit. ‘Grensoverschrijdende zorg’ is een algemene term die zowel samenwerking in grensregio’s en meer in het algemeen de in een andere lidstaat ontvangen zorg omvat, zonder achterliggende gedachte aan nabijheid. Wel kunnen zich bij samenwerking tussen de stelsels problemen voordoen die verband houden met de uiteenlopende rechtskaders, met aansprakelijkheidskwesties, organisatorische beperkingen binnen de verschillende stelsels en met vergoedingsregelingen, en die moeten worden aangepakt. De verwerving van gezondheidszorg in een andere lidstaat kan gevolgen hebben in het land waar de zorg wordt geleverd, en in het land van de begunstigde.

Aanbevelingen:

- oproep aan de Commissie om op Europees niveau de uitwisseling te bevorderen van informatie over beschikbare zorgmogelijkheden, het bestaande zorgaanbod, over rechten en procedures, kosten, prijzen, voorvallen met schadelijke gevolgen, patiëntendossiers, de nomenclatuur van aandoeningen, behandelingen en producten en over de continuïteit en de kwaliteit van de zorg in de gehele Unie, in het algemene kader voor informatie dat hieronder in het punt: Informatie, besproken wordt. Daartoe kunnen ook netwerkactiviteiten en de ontwikkeling van gegevensbanken worden gesteund;
- evaluatie van bestaande grensoverschrijdende gezondheidsprojecten, met name Euregio-projecten, en de ontwikkeling van netwerken tussen projecten om beste praktijken uit te wisselen;
- oproep aan de Commissie om te onderzoeken of het mogelijk is een helder en transparant kader voor de inkoop van gezondheidszorg op te zetten, waarvan de bevoegde instanties in de lidstaten gebruik kunnen maken wanneer zij met elkaar overeenkomsten aangaan, en met passende voorstellen te komen;
- aanmoediging van de lopende werkzaamheden bij de Commissie, de Raad en het Parlement om te zorgen voor duidelijke, eenvoudige en transparante erkenningsprocedures met een hoge mate van automatische erkenning zoals bij de bestaande sectoriële regels, teneinde de mobiliteit van gezondheidswerkers te vergemakkelijken en verder te ontwikkelen.

Europese referentiecentra

Europese referentiecentra kunnen gezondheidsdiensten aanbieden voor aandoeningen waarvoor een bundeling van middelen of expertise vereist is om een hoogwaardige, kosteneffectieve zorg te leveren, in het bijzonder voor zeldzame ziekten. Referentiecentra kunnen ook een bijdrage leveren aan opleiding en onderzoek op medisch gebied, aan de verspreiding van informatie en aan evaluaties. Een stelsel van Europese referentiecentra moet flexibel, objectief en transparant zijn, aan duidelijke criteria voldoen en wetenschappers en gezondheidswerkers bij hun activiteiten betrekken, moet ervoor zorgen dat de centra overal in de uitgebreide Europese Unie aanwezig zijn en moet de met de desbetreffende zorg belaste autoriteiten vrij laten in hun keuze om van een centrum gebruik te maken.

Aanbeveling:

- oproep aan de Commissie om in samenwerking met de lidstaten en de toetredende landen de referentiecentra in kaart te brengen, rekening houdend met bovengenoemde beginselen, en te bestuderen hoe netwerken en samenwerking op deze punten kunnen worden bevorderd, inclusief de organisatie, aanwijzing en ontwikkeling van de centra.

Evaluatie van gezondheidstechnologie

Evaluaties van gezondheidstechnologie kunnen gegevens opleveren over medische, sociale, economische en ethische aspecten van het beleid inzake en de praktijk van de gezondheidszorg, zodat beleidsmakers weloverwogen beslissingen kunnen nemen. De huidige versnipperde uitvoering van dergelijke evaluaties in de gehele Unie leidt enerzijds tot dubbel werk, terwijl anderzijds talrijke technologieën die een hoge prioriteit genieten, helemaal niet worden geëvalueerd. Bij een systematischere Europese samenwerking kan de uitwisseling van informatie worden verbeterd.

Aanbeveling:

- oproep aan de Commissie om na te gaan hoe een duurzaam netwerk voor en de coördinatie van evaluaties van gezondheidstechnologieën kunnen worden georganiseerd en gefinancierd, en met passende voorstellen te komen.

2. INFORMATIE

De werkgroep die zich bezighield met de informatie ten behoeve van patiënten, gezondheidswerkers en zorgverleners, bestond uit Finland, Spanje, Ierland, CPME en EPF. Op basis van de werkzaamheden van deze groep zijn in het kader van het denkproces de volgende onderwerpen en aanbevelingen gepresenteerd.

EU-kader voor informatie

Door de toegenomen mobiliteit moeten gezondheidswerkers en burgers bij hun eigen én bij andere systemen toegang hebben tot informatie over gezondheidsgerelateerde beslissingen en gezondheidsdiensten. Beleidsmakers en zorgverleners hebben ook behoefte aan informatie om een duurzame ontwikkeling van gezondheidsdiensten te kunnen garanderen. Er moet een strategisch kader worden ontwikkeld dat bij informatie-initiatieven op EU-niveau zorgt voor samenhang, complementariteit en transparantie en dat inspeelt op de problemen en belangen van alle betrokkenen. Dit kader moet algemene zaken omvatten als gezondheidsbeleid, gezondheidsstelsels, gezondheidstoezicht, kwaliteitsborging, toegang tot informatie en gegevensbescherming. Het zal zich ook met specifieke punten moeten bezighouden zoals passende technologische oplossingen en normen, dossierbeheer, aansprakelijkheidsregels, praktijkrichtlijnen voor het ontslag en de aanwerving van gezondheidswerkers (met inbegrip van ethische kwesties) en procedures voor de melding van medische fouten.

De uitbreiding van de Gemeenschap zal voor de burgers en besluitvormers op EU-niveau extra problemen in verband met de gegevensverzameling met zich meebrengen. Met behulp van gegevensstandaarden zal de onderlinge vergelijkbaarheid van gegevens moeten worden gewaarborgd. De juiste technologie kan ervoor zorgen dat deze gegevens daar beschikbaar zijn waar ze nodig zijn. De voornaamste grondslag voor de

ontwikkeling van een strategie inzake informatiebeheer op EU-niveau is het volksgezondheidsprogramma 2003-2008, waarvan een van de belangrijkste doelstellingen de verbetering van informatie is. Een informatiestrategie zal ook rekening moeten houden met andere relevante werkzaamheden op internationaal niveau, waaronder die van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). Ook zijn bij de andere drie onderwerpen (Europese samenwerking, toegang en kwaliteit en de afstemming van het nationale beleid op Europese voorschriften) talrijke informatieaspecten aan de orde gekomen en bepaalde aanbevelingen daarvoor gedaan. Bij de hieronder geschetste algemene aanpak moet met deze aspecten rekening worden gehouden.

Aanbevelingen:

- oproep aan de Commissie om, voortbouwend op de resultaten van het volksgezondheidsprogramma, een kader voor gezondheidsinformatie op EU-niveau te ontwikkelen, waarin ook vanuit het perspectief van beleidsmakers, patiënten en gezondheidswerkers de verschillende informatiebehoeften, de wijze van verstrekking van deze informatie en de bevoegdheden van de verschillende actoren worden vastgelegd, rekening houdend met de werkzaamheden van de WHO en de OESO ter zake;
- oproep aan de Commissie gegevensbeschermingskwesties en de uitwisseling van vertrouwelijke gegevens tussen de lidstaten en op EU-niveau te regelen;
- oproep aan de Commissie om de vaststelling van Europese beginselen voor de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van al degenen die betrokken zijn bij de aanbidding van gezondheidsdiensten op internet te overwegen.

3. TOEGANG EN KWALITEIT

De werkgroep die zich bezighield met de toegang tot en de kwaliteit van de zorg, bestond uit Duitsland, Italië, Griekenland, het Verenigd Koninkrijk, Portugal, EHMA en AIM. De groep kon onder meer beschikken over een door EHMA in opdracht gegeven literatuuronderzoek over grensoverschrijdende zorg, alsmede over documenten van de (onder Grieks voorzitterschap met steun van de Europese Commissie) van 4 tot en met 6 mei aan de universiteit van Patras gehouden conferentie over “Toegang tot en de kwaliteit van de gezondheidszorg – verbetering van de patiëntenervaringen en resultaten”.

Europa kent een grote verscheidenheid aan gezondheidsstelsels. Ook kleven aan toegang en kwaliteit ieder afzonderlijk uiteenlopende aspecten. Toegang omvat fysieke toegankelijkheid, financiële toegankelijkheid en toegang tot informatie en heeft met name betrekking op de volgende gebieden:

- het deel van de bevolking dat onder de met publieke middelen gefinancierde regeling valt;
- de diensten die in het kader van de met publieke middelen gefinancierde regeling beschikbaar zijn;
- de toegang tot een vrijwillige ziektekostenverzekering;
- de wachttijd;
- de beschikbaarheid van hoogwaardige diensten;
- de beschikbaarheid van innovatieve behandelingen;

- de prijs van gezondheidsdiensten en de hoogte van het eigen risico;
- de keuzevrijheid (zoals regelingen voor verwijzingen of gecontracteerde zorgaanbieders);
- sociaal-economische variaties; en
- informatie over diensten en gezondheidswerkers, met inbegrip van hun mobiliteit.

Kwaliteit omvat de procedurele en markttoegangsvoorwaarden en een evaluatie van de individuele beroepspraktijk. Kwaliteit heeft met name betrekking op de volgende gebieden:

- nationale normen op basis van bewezen effectiviteit van de zorg;
- organisatorische procedures die een veilige en hoogwaardige zorg waarborgen;
- monitoring- en evaluatiemechanismen;
- de veiligheid van de patiënt;
- patiëntenervaringen.

Talrijke Europese en andere internationale activiteiten hebben gevolgen voor de toegang en kwaliteit. Zo bevordert bijvoorbeeld het Comité voor sociale bescherming in aangelegenheden die betrekking hebben op het socialebeschermingsbeleid, met inbegrip van de gezondheidszorg, de samenwerking tussen de lidstaten en met de Commissie. Er bestaat echter nog steeds behoefte aan betere mechanismen om vanuit gezondheidsperspectief de samenhang te beoordelen in de wijze waarop al deze activiteiten bijdragen aan een betere toegang en kwaliteit in de gezondheidszorg.

Op basis van de werkzaamheden van deze groep zijn in het kader van het denkproces de volgende onderwerpen en aanbevelingen gepresenteerd.

Vergaring van meer informatie over toegang en kwaliteit

Er is meer informatie nodig over de omvang, aard, regelingen, redenen en resultaten van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Daarbij moeten concrete zaken aan de orde komen, zoals het aantal mensen, de problemen waarop men stuit bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, de resultaten, tevredenheid, bestaande regelingen (op nationaal niveau, rechtstreekse overeenkomsten tussen landen of EG-regelingen) en de gevolgen voor de zorgverlening aan burgers die binnen het stelsel van hun eigen land blijven, zulks op basis van bestaande gegevens om zo snel mogelijk vooruitgang te boeken. De verzameling van informatie over specifieke problemen van de toetredende landen is ook van belang.

Aanbevelingen:

- oproep aan de Commissie om te bestuderen hoe een kader ontwikkeld kan worden voor een systematische verzameling in de uitgebreide Unie van gegevens over de omvang en aard van patiëntenverkeer, zowel binnen de bij Verordening nr. 1408/71 ingestelde regelingen als buiten deze regelingen om. Daaronder vallen ook gegevens over patiëntenstromen in verband met toerisme en langdurig verblijf in het buitenland;
- oproep aan de Commissie om in een studie na te gaan waarom patiënten naar het buitenland gaan, om welke specialismen het gaat, van welke aard bilaterale overeenkomsten zijn en wat de informatiebehoeften van patiënten en medici en de ervaringen van patiënten zijn, zulks met speciale aandacht voor de uitbreiding;

- oproep aan de lidstaten en de toetredende landen om hun mening te geven over de wijze waarop de verschillende toegangsmogelijkheden tot de gezondheidszorg in andere lidstaten in hun land werken en de effecten daarvan; oproep aan de Commissie en de lidstaten om na te denken over geschikte oplossingen daarvoor;
- oproep aan de lidstaten, de toetredende landen en de Commissie om het systeem voor de verzameling van accurate gegevens over de mobiliteit van gezondheidswerkers uit te breiden en te versterken, en aanmoediging van de lidstaten en de toetredende landen om in samenwerking met de Commissie en relevante internationale organisaties vergelijkbare personeelsgegevens over gezondheidswerkers te verzamelen.

Analyse van de gevolgen van EU-activiteiten voor de toegang en kwaliteit

Een eventuele Europese samenwerking moet worden beoordeeld op de gevolgen ervan voor de grensoverschrijdende én binnenlandse gezondheidszorg. Er vinden talrijke activiteiten op Europees niveau plaats die gevolgen hebben voor de toegang en kwaliteit, zoals de coördinatie van socialezekerheidsstelsels (bv. de regeling waarin Verordening nr. 1408/71 voorziet), steun voor grensoverschrijdende projecten, de activiteiten van het Comité voor sociale bescherming op het gebied van gezondheidszorg en ouderenzorg, het volksgezondheidsprogramma, de kaderprogramma's voor onderzoek, voorschriften voor beroepskwalificaties, e-Europa, regionaal beleid en structuurfondsen, de Europese ziekteverzekeringskaart, alsmede andere internationale activiteiten (met name van de WHO en de OESO).

Aanbeveling:

- oproep aan de Commissie om te onderzoeken hoe de activiteiten van de Gemeenschap een betere bijdrage kunnen leveren aan de toegang tot en kwaliteit van de gezondheidszorg, rekening houdend met de desbetreffende werkzaamheden van andere internationale organisaties.

4. AFSTEMMING VAN NATIONALE DOELSTELLINGEN OP EUROPESE VOORSCHRIFTEN

De werkgroep voor de afstemming van de nationale doelstellingen op Europese voorschriften bestond uit België, Nederland, Finland, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, EPF, HOPE, EHMA, en ESIP. Deze groep heeft een vragenlijst opgesteld over de nationale gezondheidszorgstelsels in een geïntegreerd Europa. Deze lijst bevat vragen over de basisdoelstellingen van de nationale gezondheidszorgstelsels, over de concrete gevolgen van internemarktvoorschriften voor de beheers- en sturingsmogelijkheden in gezondheidszorgstelsels, over grensoverschrijdende zorg en over regelingen ter verbetering van de rechtszekerheid. Vertegenwoordigers van België, Nederland, Finland, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, HOPE, ESIP, Zweden, CPME, AIM, Duitsland en Ierland hebben de lijst ingevuld ingeleverd. Op basis van de werkzaamheden van deze groep zijn in het kader van het denkproces de volgende onderwerpen en aanbevelingen gepresenteerd.

De organisatie en financiering van de gezondheidszorg- en socialebeschermingsstelsels vallen onder de bevoegdheid van de lidstaten. Wel moeten de lidstaten hun bevoegdheden overeenkomstig de Gemeenschapswetgeving uitoefenen. Economisch gezien bestaan er belangrijke verschillen tussen de dienstverlening in de

gezondheidszorgsector en de dienstverlening op de vrije markt, die onder meer te maken hebben met de sleutelrol van gezondheidswerkers bij de bepaling van de diensten die een patiënt nodig heeft. Bovendien betaalt de patiënt in de meeste gevallen niet rechtstreeks voor de medische dienstverlening, maar wordt die door het socialezekerheidsstelsel of de ziektekostenverzekering vergoed. Een markt waar gezondheidszorg wordt aangeboden, vertoont noodzakelijkerwijs tekortkomingen en wordt steeds complexer, terwijl de informatievoorziening zeer onevenwichtig is.

De overheden in de gehele EU hebben een actieve rol gespeeld in de organisatie van de gezondheidszorg en stelsels opgezet op basis van de beginselen van universaliteit, solidariteit en billijkheid. In een reeks arresten⁵ over de vraag of de gezondheidsstelsels de kosten van in een andere lidstaat verstrekte behandelingen moeten vergoeden, heeft het Hof van Justitie het recht van patiënten erkend om in bepaalde omstandigheden in een andere lidstaat verstrekte gezondheidszorg vergoed te krijgen. Tegelijkertijd heeft het Hof van Justitie erkend dat de lidstaten de mogelijkheid moeten hebben om de gezondheidszorg zodanig in te richten dat toegang wordt verkregen tot een evenwichtige reeks hoogwaardige ziekenhuisbehandelingen, dat een ernstige verstoring van het financiële evenwicht in het socialezekerheidsstelsel wordt voorkomen en dat de kosten worden beheerst om een verspilling van financiële, technische en personele middelen zoveel mogelijk tegen te gaan. De lidstaten moeten met het oog op de financiering en organisatie van hun gezondheidsstelsels, met inachtneming van de Gemeenschapswetgeving, op een aantal gebieden hun beleid zelf kunnen bepalen. Deze verantwoordelijkheden omvatten:

- de financieringswijze voor het gezondheids- en socialezekerheidsstelsel (bv. belastingen en sociale verzekering) en de algemene organisatie van het stelsel, waaronder de wijze waarop de prijzen worden vastgesteld;
- de interne toewijzing van middelen (met inbegrip van de personele middelen) via centrale of decentrale regelingen;
- de bepaling van algemene prioriteiten voor gezondheidsuitgaven en het recht om de omvang van de met publieke middelen gefinancierde zorg te bepalen;
- de vraag wie gezien de klinische noodzaak voorrang krijgt bij de toegang tot het stelsel (bij vergoeding door de nationale regeling);
- beheersstrategieën binnen vaste budgetten, zoals de toepassing van de zogeheten evidence-based medicine – met inachtneming van de nationale diversiteit op het gebied van gezondheidsbeleid en behandelingspatronen;
- de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de gezondheidszorg, zoals klinische richtsnoeren.

Op al deze gebieden zouden de lidstaten gebaat zijn bij een uitwisseling van de beste werkwijzen. Voor particuliere non-profitorganisaties, die het midden houden tussen publieke organisaties en organisaties in de particuliere sector met een winstoogmerk, zou daarbij ook een passende plaats kunnen worden ingeruimd.

⁵ Met name Kohll en Decker (1998), Smits-Peerbooms en Vanbraekel (2001) en Müller-Fauré/van Riet (2002).

Aanvullende verzekeringen spelen in een aantal lidstaten een belangrijke rol bij de waarborging van de toegang tot gezondheidszorg. Het Europese rechtskader voor verzekeringen is gebaseerd op communautaire concurrentie tussen verzekeraars, van wie de solvabiliteit wordt gegarandeerd door de bevoegde autoriteiten van de eigen lidstaat. Er bestaat evenwel onzekerheid over de mogelijkheden van de lidstaten om op het solidariteitsbeginsel gebaseerde schadeverzekeringen (ziektelasten) te bevorderen.

In het Verdrag is de wisselwerking tussen de nationale bevoegdheid voor de regulering van de diensten voor gezondheidszorg enerzijds en internemarktvoorschriften anderzijds niet duidelijk vastgelegd. Het Hof van Justitie heeft evenwel diverse arresten gewezen inzake de toepassing van internemarktvoorschriften op de vergoeding van gezondheidsdiensten die in een andere lidstaat worden verstrekt, en daarbij rekening gehouden met de bijzondere kenmerken van de gezondheidssector. Bovendien kunnen in de gezondheidszorg uit sociale of volksgezondheidsoverwegingen verdere maatregelen nodig zijn.

Er zijn verschillende mogelijkheden om de rechtszekerheid over de toepassing van de Europese regels op gezondheidszorgstelsels te vergroten, namelijk:

- Een verdragswijziging;
- Secundaire wetgeving;
- Europese samenwerking, met inbegrip van mededelingen van de Commissie;
- Verbetering van het besluitvormingsproces, met inbegrip van de beoordeling van het effect van voorstellen op de gezondheid;
- Initiatieven van lidstaten en bilaterale samenwerking.

Aangezien de Intergouvernementele Conferentie ten tijde van de opstelling van dit verslag nog niet formeel was afgesloten, was een volledige beoordeling van deze opties niet mogelijk. De ministers van Volksgezondheid zullen deze in het licht van de definitieve tekst van het nieuwe Verdrag samen met de Commissie nader willen bestuderen. Mogelijke opties voor secundaire wetgeving zijn onder andere de verdere bijwerking van de bepalingen inzake de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, algemene bepalingen inzake het vrije verkeer van patiënten of specifieke verduidelijkingen betreffende de toepassing van het Gemeenschapsrecht op gezondheidsdiensten.

Een permanent mechanisme op EU-niveau zou de Europese samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg kunnen ondersteunen en het effect van de EU op de gezondheidsstelsels kunnen controleren. Dit zou kunnen bestaan uit gezondheidsvertegenwoordigers op hoog niveau van de lidstaten en de Commissie, alsook uit relevante belanghebbenden en zou een overzicht moeten verschaffen van toegangs- en kwaliteitsproblemen die van invloed zijn op de mobiliteit van patiënten en gezondheidswerkers, de politieke dialoog en een betere samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg moeten vergemakkelijken en methoden aan moeten reiken voor samenwerking, onder andere op het gebied van beste praktijken, daarbij rekening houdend met de bestaande structuren en werkzaamheden van andere organisaties die op dit gebied actief zijn (waaronder de WHO en de OESO).

Aanbevelingen:

- oproep aan de Commissie om een evaluatie te presenteren van concrete problemen die verband houden met de wisselwerking tussen EG-voorschriften en doelstellingen van het nationale gezondheidsbeleid;
- oproep aan de Commissie om in overleg met de lidstaten te onderzoeken hoe de rechtszekerheid kan worden vergroot op basis van de jurisprudentie van het Hof van Justitie inzake het recht van de patiënt op een medische behandeling in een andere lidstaat, en met passende voorstellen te komen;
- oproep aan de Commissie de ontwikkeling te overwegen van een permanent mechanisme op EU-niveau ter ondersteuning van de Europese samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg en ter controle van het effect van de EU op de gezondheidsstelsels, en met passende voorstellen te komen.

5. GEZONDHEIDSGERELATEERDE VRAAGSTUKKEN EN HET COHESIEFONDS EN DE STRUCTUURFONDSEN VAN DE UNIE

Een grotere patiëntenmobiliteit werpt een aantal problemen en vragen op in de toetredende landen met betrekking tot de ontwikkeling van de gezondheidsinfrastructuur en de verbetering van de gezondheidstoestand, en in bepaalde gevallen de ontwikkeling van vaardigheden. Volgens de huidige aanvraag- en financieringsvoorwaarden geniet gezondheid in de steunverlening door het cohesiefonds en de structuurfondsen geen prioriteit. Het is van essentieel belang dat gezondheid hoog op de agenda wordt geplaatst met betrekking tot de aanvraag- en financieringscriteria in het kader van deze communautaire financiële instrumenten. Meer mogelijkheden om financiering van de communautaire financiële instrumenten voor investeringen in gezondheid in de wacht te slepen (verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking, vermindering van de ziektelast), voor de ontwikkeling van de gezondheidsinfrastructuur (inclusief – als onderdeel van algemene programma's voor de ontwikkeling van de infrastructuur – steun voor de verbetering van de infrastructuur in potentiële referentiecentra met bestaande vaardigheden en capaciteiten van hoog niveau; of voor de ontwikkeling van de informatietechnologie die nodig is om in het geval van de coördinatie van de sociale zekerheid het recht op gezondheidsdiensten te verifiëren), zouden kunnen bijdragen tot de bevordering van de toegangsmogelijkheden tot hoogwaardige zorg en kunnen helpen de gezondheidsstelsels in de nieuwe lidstaten betaalbaar te houden.

Aanbeveling:

- oproep aan de Commissie, de lidstaten en de toetredende landen om te overwegen hoe investeringen in gezondheid en de ontwikkeling van de gezondheidsinfrastructuur en van vaardigheden als prioritaire gebieden voor financiering in het kader van de bestaande communautaire financiële instrumenten kunnen worden opgenomen, met name in regio's van doelstelling 1.

- - -

BIJLAGE 1 – DEELNEMERS AAN HET DENKPROCES OP HOOG NIVEAU

Frau Ulla Schmidt
Bundesministerin für Gesundheit
Wilhelmstrasse 49
D-10117 Berlin
Duitsland

De heer Hans J.F. Hoogervorst
(*voorheen dr. Eduard J. Bomhoff*)
Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Parnassusplein 5
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
Nederland

Prof. Girolamo Sirchia
Il Ministro della Sanità
Viale dell'Industria 20
I-00144 Roma
Italië

Mr Micheál Martin
Minister for Health and Children
Hawkins House - Hawkins Street
IRL Dublin 2
Ierland

Rt. Hon. John Hutton MP
Minister of State for Health
Richmond House - 79 Whitehall
SW1A 2NS London
Verenigd Koninkrijk

Mr Lars Løkke Rasmussen
Minister for the Interior and Health
Slotholmsgade 10-12
DK-1216 Copenhagen K
Denemarken

Ms Liisa Hyssälä (*voorheen Ms Eva
Biaudet*)
Minister of Health and Social Services
PO Box 33
FIN-00023 Helsinki
Finland

Mr Lars Engqvist
Minister of Health and Social Affairs
Fredsgatan 8
SE-103-33 Stockholm
Zweden

M. Jean-François Mattei
Ministre de la Santé, de la Famille et des
Personnes handicapées
8, avenue de Ségur
F-75350 Paris 07 SP
Frankrijk

Mr Costas Stefanis
Minister of Health and Welfare
17, Aristotelous Street
GR-104 33 Athens
Griekenland

Ms Ana María Pastor Julián
Ministra de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado 18-20
E-280 14 Madrid
Spanje

De heer Frank Vandenbroucke,
Minister van Werk en Pensioenen
Wetstraat 62
B-1040 Brussel
België

Mr Luís Filipe da Conceição Pereira
Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo,9
PT-1049-062 Lisboa
Portugal

Dr. Reinhart Waneck
Staatssekretär für Gesundheit
Stubenring 1
A-1010 Wien
Oostenrijk

Mr Gérard Vincent
Standing Committee of the Hospitals of
the EU (HOPE)
Auguste Reyerslaan 207-209
1030 Brussel
België

Mr Ron Hendriks
President
Association Internationale de la
Mutualité (AIM)
Aarlenstraat 50
1000 Brussel
België

Dr. Reiner Brettenthaler
President
Standing Committee of European
Doctors (CPME)
Wetenschapsstraat 41
1040 Brussel
België

Dr. Franz Terwey
European Social Insurance Partners
(ESIP)
Aarlenstraat 50
1000 Brussel
België

Mr Rodney Elgie
European Patients' Platform (EPP)
River Lawn Road, Tonbridge
PN91EP Kent
Verenigd Koninkrijk

Mr Philip Berman
European Health Management
Association (EHMA)
Vergemount Hall, Clonskeagh
Dublin 6
Ierland

Ms Caroline JACKSON
*(vertegenwoordigd door Mr John Bowis
MEP)*
Europees Parlement
Wiertzstraat
B-1047 Brussel

Dr Louis Deguara
Minister of Health

Palazzo Castellania
Merchants Street
Valletta – CME 02
Malta

Mrs Costandia Akkelidou
Minister of Health
10, Marcou Drakou Street
1448 Nicosia
Cyprus

Ms Ingrida Circene
Minister of Health
Baznicas Street 25
1010 Riga
Letland

Mr Dusan Keber
Minister of Health
Stefanova 5
Ljubljana 1000
Slovenië

Mr Juozas Olekas
Minister of Health
Vilniaus g. 33
2001 Vilnius
Litouwen

Mr Leszek Sikorski
Minister of Health
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
Polen

Mr Rudolf Zajac
Minister of Health
Limbova
837 52 Bratislava
Slowakije

Mr Marko Pomerants
Minister of Social Affairs
Gonsiori 29
15027 Tallinn
Estland

Mr Mihály Kökény *(vertegenwoordigd
door Ms Zsuzsanna Jakab,
staatssecretaris)*

Minister of Health, Social and Family
Affairs
Ministry of health
6-8 Arany János utca
H-1051 Budapest

Ms Marie Souckova
Minister of Health
Palackeho nam. 4
128 01 Praha 1
Tsjechië

BIJLAGE 2 – REFERENTIEDOCUMENTEN

Deze documenten zijn beschikbaar op de website van de Europese Commissie – zie http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm

Samenvattend document van werkgroep 1 over Europese samenwerking om de beschikbare middelen beter te benutten.

Samenvattend document van werkgroep 2 over informatie ten behoeve van patiënten, gezondheidswerkers en zorgverleners.

Samenvattend document van werkgroep 3 over toegang tot en kwaliteit van de zorg.

Samenvattend document van werkgroep 4 over de afstemming van de nationale doelstellingen op Europese voorschriften.

Verslag van het Comité van hoge ambtenaren van volksgezondheid over de interne markt en gezondheidsdiensten.

Bijdrage van DG Werkgelegenheid en sociale zaken “Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad – een gezonde basis voor mobiliteit voor patiënten en socialezekerheidsinstellingen”.

Samenvattend verslag van de diensten van de Commissie over de nationale toepassing van de jurisprudentie van het Hof inzake de vergoeding van in een andere lidstaat genoten medische diensten (SEC(2003) 900 van 28 juli 2003).

Verslag van HOPE over samenwerking tussen ziekenhuizen in grensregio's in Europa, juni 2003.

Literatuuronderzoek van EHMA over kwaliteitsaspecten van de grensoverschrijdende zorg, april 2003.

Aanbevelingen van het Europees Gezondheidsforum inzake gezondheid en uitbreiding en inzake mobiliteit van gezondheidswerkers.

- - -