

ANTWOORDEN OP DE BEVRAGING VANUIT DE COMMISSIE

1. Wat zijn de huidige gevolgen (op plaatselijk, regionaal en nationaal vlak) van grensoverschrijdende gezondheidszorg voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorgstelsels, en wat zijn de verwachtingen naar de toekomst.

Patiëntenmobiliteit is in België relatief beperkt en doet zich vooral voor in de grensstreek omwille van nabijheid of culturele en taalverwantschap (Duitsland, Luxemburg, Frankrijk en Nederland), of omwille van wachtlijstproblematiek in Nederland en mindere mate het Verenigd Koninkrijk.

Hoewel het aantal beperkt is, is het geconcentreerd in bepaalde ziekenhuizen en ziekenhuisafdelingen.

Momenteel zijn er verschillende systemen die naast elkaar worden gebruikt voor geplande zorg van buitenlandse patiënten in België:

- toepassing van het principe van vrij verkeer van werknemers zoals bepaald in de Coördinatieverordening 1408/71 (E112),
- toepassing van de vrijheid van dienstverlening op basis van de rechtspraak Decker en Kohll
- afwijkingen op het territorialiteitsprincipe op basis van overeenkomsten die gesloten worden tussen sociale verzekeraars, de sociale zekerheidsorganen en de ziekenhuizen en/of verstrekkers in het kader van grensoverschrijdende samenwerkingsprojecten.

Gevolgen voor de betaalbaarheid van zorgstelsels

Aangezien de patiëntenmobiliteit beperkt is, zijn de directe financiële gevolgen van patiëntenmobiliteit eveneens beperkt.

De vorderingen van de lidstaten voor de verschillende vormen van patiëntenmobiliteit op basis van de Verordening 1408/71, die jaarlijks worden berekend door de Administratieve Commissie tonen aan dat de kost per inwoner zeer beperkt is. In 2004 bedraagt dit 2.6 euro per inwoner.

Indirect zijn er wel gevolgen. Het gebrek aan coördinatie tussen de verschillende Europese gezondheidszorgsystemen, de interactie tussen de verschillende systemen van gezondheidszorg, de gelijkstelling van gezondheidszorg met een economische dienst, het gebrek aan erkenning van gezondheidszorg als dienst van algemeen belang zullen leiden tot : de verhoging van het zorgaanbod, de financiers van de zorg zullen zich gedragen als actoren op een internationale markt, de concurrentie zal toenemen, de lidstaten zullen hun sturende rol gedeeltelijk verliezen en de gevolgen hiervan voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en het prijzenniveau in de gezondheidszorg zijn onzeker. De toepassing van vrij verkeer van goederen, diensten en vestiging op gezondheidszorg kunnen de instrumenten voor kostenbeheersing in de ziekteverzekering, kwaliteitsbewaking en de solidariteitsmechanismen ondergraven. Een van deze instrumenten is de planning van het aanbod.

Gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg

Mobiliteit van patiënten draagt bij tot een betere toegang tot de zorg wanneer zij wordt gereguleerd in het kader van bilaterale akkoorden tussen de bevoegde actoren van de

lidstaten. Zij draagt bij tot nabijheid van zorg (bijvoorbeeld in de grensstreek), het verkorten van de wachttijden en een betere toegang tot gespecialiseerde zorg voor specifieke pathologieën.

Toch moet men er waakzaam voor blijven om geen wachtlijsten te creëren binnen de lidstaat die de buitenlandse patiënten verzorgt.

In België worden de **wachttijden** niet geregistreerd. Er lijken tot op vandaag geen noemenswaardige problemen inzake wachttijden te zijn ontstaan door de groeiende groep van buitenlandse patiënten die zich in een aantal Belgische ziekenhuizen laten verzorgen. Het is echter niet uit te sluiten dat dit probleem zich zou kunnen stellen voor bepaalde specialismen in bepaalde ziekenhuizen, vooral indien men rekening houdt met de schaarste aan medisch personeel. De lidstaten zouden de mogelijkheid moeten hebben om in dit geval de toegang tot de gezondheidszorg voor de eigen onderdanen te beschermen.* Dit moet vooral mogelijk zijn wanneer de patiëntenstromen het gevolg zijn van een gebrek aan investering in gezondheidsvoorzieningen in een lidstaat of van economische motieven bij zorgverleners, eerder dan een vrije keuze van de patiënt.

Gevolgen voor de kwaliteit van zorg

Aangezien de buitenlandse patiënten in het kader van de Verordening 1408/71 worden gelijkgesteld met de eigen onderdanen, is er geen rechtstreekse invloed op de kwaliteit van zorg. Europese samenwerking tussen zorgverleners en patiëntenmobiliteit biedt kansen voor een betere kwaliteit van zorg. Het bevorderen van de samenwerking tussen lidstaten met het oog op evaluatie van nieuwe technologieën en het oprichten van hooggespecialiseerde expertisecentra kan bijdragen tot een betere kwaliteit van zorg in alle lidstaten. Voor zeer gespecialiseerde zorg is Europese samenwerking noodzakelijk en zijn in een bepaald land vaak onvoldoende patiënten om kwaliteit te kunnen leveren.

De Europese patiëntenmobiliteit houdt aan de andere kant ook **risico's in voor de kwaliteit van zorg**. Het risico bestaat dat er onder invloed van het vrij verkeer van patiënten en zorgverleners grotere **ongelijkheden** ontstaan in de kwaliteit van zorg, waarbij de toegang tot de kwalitatief beste zorgen enkel voor de best geïnformeerde patiënten met de nodige financiële draagkracht is voorbehouden.

Er moet vermeden worden dat om economische redenen **de beste zorgverleners en de meest geavanceerde technieken bij voorrang worden ingezet voor bepaalde groepen patiënten** uit het buitenland. De sociale doelstellingen inzake gezondheidszorg moeten primeren op economische motieven.

Gevolgen voor de organisatie van de gezondheidszorg

Een evaluatie van de patiëntenstromen tot op vandaag leidt tot volgende vaststellingen:

- bepaalde systemen zijn niet in staat om voor hun bevolking een voldoende antwoord te bieden op de bestaande noden en moeten hiervoor beroep doen op zorg in het buitenland;
- de wachttijden kunnen worden ingekort door overcapaciteit in het aanbod in een andere lidstaat te benutten;
- de landen die wachtlijstpatiënten ontvangen moeten erover waken dat er geen negatieve discriminatie komt van de eigen onderdanen.

Gevolgen op lokaal en regionaal vlak

Lidstaten zouden bij de zorgplanning moeten rekening houden met grensoverschrijdende gezondheidszorg. Deze logica wordt reeds gevolgd in grensstreken van de Euregio Maas-Rijn, Scheldemond, Frankrijk-België (cf. kaderakkoord) en België-Luxemburg.

Samenwerkingsovereenkomsten in de grensstreek bieden de mogelijkheid om een grensoverschrijdend zorgaanbod te organiseren ten voordele van de patiënt. Op financieel vlak leiden zij tot kostenefficiëntie en schaalvoordelen.

1. Welke specifieke juridische verduidelijking en praktische informatie heeft wie nodig om een veilige, hoogwaardige en efficiënte grensoverschrijdende gezondheidszorg mogelijk te maken?

Juridische verduidelijking

Juridische duidelijkheid moet worden gecreëerd over de tarieven en terugbetaling.

Dit is bijvoorbeeld het geval bij labo-analyses en medische beeldvorming in de eigen lidstaat die worden doorgestuurd naar zorgverleners in andere lidstaten voor diagnosestelling. Dit geldt ook voor nieuwe vormen van grensoverschrijdende samenwerking tussen artsen waarbij medische ingrepen op afstand door buitenlandse artsen kunnen worden begeleid. Dit wordt momenteel niet geregeld door de Verordening 1408/71. Een juridische basis ontbreekt voor grensoverschrijdende gezondheidszorg zonder verplaatsing van de patiënt.

Een ander toepassingsprobleem van de Verordening 1408/71 betreft de privé-verstrekkers en privé-ziekenhuizen. Het is zeer moeilijk na te gaan welke verstrekkers privé-zorg verlenen die in het van verzorging niet onder de verplichte ziekteverzekering vallen. Daardoor biedt het afleveren van een E 112 geen garantie voor een effectieve terugbetaling. Een mogelijke oplossing zou erin kunnen bestaan dat een a posteriori terugbetaling mogelijk wordt gemaakt door een wijziging van de Verordening 1408/71 zodat de kosten achteraf toch zouden kunnen worden vergoed. Een andere oplossing is het realiseren van een Europees bestand met verstrekkers en ziekenhuizen die de Europese formulieren aanvaarden. Dit zou vele onaangename verassingen kunnen vermijden. Juridische duidelijkheid moet ook worden gecreëerd over mogelijkheid tot exporteerbaarheid van specifieke voorkeurstarieven bij de terugbetaling van gezondheidszorg (voorkeurregeling, maximumfactuur, ...) !

Het resultaat van deze juridische verduidelijkingen mag onder geen beding een achteruitgang of een 'inlevering' inhouden voor de huidige regelgeving. Garanties op het behoud van bestaande verplichtingen, voorzieningen en toegang tot en kwaliteit van gezondheidszorg in de verschillende lidstaten moeten nieuwe regelgeving voorafgaan. Dit kan onder meer via non-regressie-clausules. Nieuwe regelgeving moet de basis vormen voor een verdere ontwikkeling en uitbouw van publieke dienstverlening en gezondheidszorg.

Informatie

Op vlak van informatie hebben het EESV OFBS en LUXLORSAN, alsook de Euregio Schemond reeds instrumenten gecreëerd om een betere toegang te bevorderen tot de gezondheidszorg over de grens.

Onder de noemer "zorgloket" worden vormingen georganiseerd voor de verantwoordelijken internationale overeenkomsten bij de sociale zorgverzekeraars en werden interactieve websites gecreëerd ten behoeve van de sociaal verzekerden.

Autoriteiten

- Door de complexiteit en de verscheidenheid van de gezondheidssystemen in de verschillende landen is het quasi onmogelijk zicht te hebben op het aanbod en de noden van de zorg. Om hierin transparantie te creëren zou een systeem van

informatie moeten worden georganiseerd tussen buurlanden op basis van boordtabellen met zorgaanbod en zorgvraag, met een verduidelijking van definities en begrippen aan weerszijden van de grens. Een betere informatie moet leiden tot grensoverschrijdende samenwerking tussen buurlanden op vlak van zware medische diensten en specialistische zorg via grensoverschrijdende overeenkomsten tussen bevoegde overheden en sociale zorgverzekeraars. Hierin zou een Europa een ondersteunende rol kunnen spelen.

Verstrekkers

- Voor verstrekkers is een informatiesysteem nodig over de bestaande wetgeving en de bestaande overeenkomsten. Deze informatie moet bestemd zijn voor de verstrekkers zelf en voor verdere verspreiding naar de patiënten.

Patiënten

Patiënten moeten worden geïnformeerd over

- De procedures voor de grensoverschrijdende zorg in de buurlanden
- Het aanbod aan zorgverleners en zorgfaciliteiten
- Regelingen voor de vergoeding van zorg en de terugbetaling van zorg in het buitenland rekening houdend met specifieke statuten zoals de preferentiële terugbetaling voor kwetsbare groepen.
- Regeling voor voortzetting van behandeling
- Nabehandeling, herstel en revalidatie voor of na terugkeer
- Klachten en daarmee samenhangende procedures

De sociale verzekeraars kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

3. Welke kwesties (bv. klinisch toezicht, financiële aansprakelijkheid) moeten onder de verantwoordelijkheid van de autoriteiten van welk land vallen? Verschillen deze voor de verschillende vormen van grensoverschrijdende gezondheidszorg die hierboven in 2.2. zijn beschreven.

- In alle lidstaten moet een doeltreffende inspectie en controledienst aanwezig zijn. Dit om de garanties van kwaliteit, rechtszekerheid, toegang, aansprakelijkheid in een Europese ruimte te garanderen.
- Het toezicht en controle op prestaties moet gebeuren door het land waar de zorg plaatsvindt. De controlemechanismen en wetgeving inzake klachten en vergoeding moeten op een gelijke manier worden toegepast ongeacht het feit of de zorg wordt verleend aan buitenlandse patiënten dan wel aan patiënten uit de eigen lidstaat. Zorgverleners die zich vestigen in een andere lidstaat of er tijdelijk zorg verlenen moeten kunnen worden onderworpen aan het toezicht en controle overeenkomstig de lidstaat waar de zorg wordt verleend. Een specifieke regeling moet worden uitgewerkt voor telegeneeskunde en afstandsdiagnose.
- De financiële aansprakelijkheid komt toe aan de verzekerde lidstaat daar zij ook instaat voor de terugbetaling.

- Een register zou moeten worden opgesteld van artsen en beroepskrachten die geschorst zijn wegens incompetentie of verkeerde behandeling.
- Op vlak van medische aansprakelijkheid is het meest eenvoudige dat de wetgeving van het land van de verstrekker van toepassing is. Maar er zou een verplichting tot informatie moeten zijn ten overstaan van de buitenlandse patiënt.

4. Wie moet de veiligheid garanderen bij grensoverschrijdende gezondheidszorg? Hoe moet, in voorkomend geval, de schadeloosstelling van patiënten worden gegarandeerd?

Eenzelfde logica moet worden gevolgd zoals beschreven onder vraag 3. Initieel moet werk worden gemaakt van een juridische regeling voor de garantie van de veiligheid van de patiënten en de eventuele schadeloosstelling. Dit moet in overleg gebeuren met de overheden, de zorginstellingen en de verzekeringsinstellingen.

5. Wat moet er gedaan worden om ervoor te zorgen dat het behandelen van patiënten uit andere lidstaten verenigbaar is met het verstrekken van evenwichtige medische en ziekenhuisdiensten die toegankelijk zijn voor iedereen

Cf. vraag 1 Grensoverschrijdende samenwerking die gekaderd is binnen bilaterale overeenkomsten biedt de beste garanties voor remediëring van eventuele knelpunten en problemen die zich op dit vlak zouden stellen. Een Europees(e) kader moet dergelijke overeenkomsten faciliteren.

Verder moet een betere gegevensverzameling over grensoverschrijdende zorg een permanente evaluatie toelaten.

Europese excellentiecentra voor hooggespecialiseerde zorg moeten worden ontwikkeld met specifieke vergoedingsregeling, programmatie en een Europese reglementering van de toegang in functie van de noden in de verschillende lidstaten.

Ten slotte moet een zekere vorm van coördinatie inzake nieuwe investeringen in medische apparatuur tussen de lidstaten in het kader van Europese zorgnetwerken garanties bieden voor een goede spreiding van dure medische infrastructuur. De Europese Commissie zou een dergelijke piste verder kunnen onderzoeken.

6. Zijn er nog kwesties die in de specifieke context van gezondheidsdiensten moeten worden behandeld met betrekking tot het verkeer of de vestiging van gezondheidswerkers en die nu nog niet door de communautaire wetgeving zijn geregeld.

• inzake patiënten:

Nationale reglementeringen inzake kwaliteit en kostenbeheersing zijn niet van toepassing op sommige buitenlandse verstrekkers (die buiten het kader van de nationale sociale zekerheid werken). Dit kan leiden tot scheeftrekkingen waarbij er een discriminatie ontstaat van de zorgverstrekkers die wel onderworpen zijn aan deze nationale bepalingen.

De EU moet een **patiëntenhandvest** opstellen waarin aan patiënten volgende **rechten** worden toegekend:

- recht op een passende en gekwalificeerde medische zorg door gekwalificeerd medisch personeel;
- recht op begrijpelijke, vakkundige en passende informatie en raadgeving door de arts;
- recht op zelfbestemming na grondige doorlichting;

- recht op documentatie van de behandeling en inzage in deze documentatie door de patiënten;
- recht op vertrouwelijkheid en databescherming;
- recht op het indienen van klachten;
- de garantie dat men zonder voorafgaande toestemming niet zal worden onderworpen aan enige vorm van observatie of medische proef.

- inzake werknemers:

-De waarborging van de geldende en de toekomstige CAO's, de loon-en arbeidsvoorwaarden en de regels rond het sociaal overleg in de gezondheidssector moet in de sectorspecifieke richtlijn vastgelegd worden. Ook hier mag er geen sprake zijn van achteruitgang als gevolg voor nieuwe regelgeving over de vestiging van zorgverleners in een ander EU-land.

-de overheid blijft ook verantwoordelijk voor het bepalen, toebedelen, controleren, sanctioneren, uitvoeren en eventueel uitbesteden van de openbare dienstverplichtingen.

7. Zijn er met betrekking tot de specifieke gezondheids- of socialezekerheidsstelsels nog punten waarop de rechtszekerheid moet worden verbeterd? Hoe kan grensoverschrijdende gezondheidszorg worden vereenvoudigd volgens diegenen die rechtstreeks betrokken zijn bij het ontvangen van patiënten uit andere lidstaten, zoals zorgverleners en sociale zekerheidsinstellingen?

De Europese ziekteverzekeringskaart of formulier E 112 geeft toegang tot de zorg maar biedt geen zekerheid en dekking. Informaticanetwerken tussen verschillende landen met het oog op de grensoverschrijdende uitwisseling van verzekeringsstatus en dekkingsgraad moeten op een andere manier verder ontwikkeld worden: de Europese programma's die hiervoor financiële ondersteuning bieden zijn te veel gericht op de ontwikkeling van commerciële software en niet zozeer op de ontwikkeling van de circuits die door de sociale verzekeraars zelf moeten worden gecreëerd. De uiteindelijke doelstelling moet een door sociale verzekeraars sociaal georiënteerde dienstverlening zijn over de aspecten van grensoverschrijdende zorg.

Voor meer rechtszekerheid voor de verzekerden en voor de sociale verzekeraars is een vlot functionerende Administratieve Commissie essentieel. Een analyse op Europees niveau omtrent de werking van deze Commissie is raadzaam.

Vraag 8: op welke manier moeten Europese maatregelen de zorgstelsels van de lidstaten en de verschillende actoren binnen die stelsels helpen ondersteunen? Zijn er nog andere gebieden dan die welke hierboven worden genoemd?

- Continuering van specifieke actieprogramma's zoals Interreg die de grensoverschrijdende zorg bevorderen
- Oprichting van een Europees Observatorium en een permanent forum voor grensoverschrijdende zorg
- Een uitwisseling van goede praktijken via een mededeling van de Europese Commissie.

Vraag 9: Welke hulpmiddelen zijn geschikt om de verschillende kwesties met betrekking tot gezondheidsdiensten op EU-niveau aan te pakken? Welke kwesties moeten via communautaire wetgeving worden geregeld en welke via niet-wetgevende middelen?

•We juichen toe dat gezondheidszorg uit de Dienstenrichtlijn is gehaald. We zijn er ons ook van bewust dat een sectorspecifieke richtlijn inzake gezondheidszorg noodzakelijk is. Doch vinden wij dat prioritair werk moet gemaakt worden van een kaderrichtlijn van diensten algemeen belang. Deze zou, als sokkel, de sectorspecifieke richtlijn voor gezondheidsdiensten moeten voorafgaan.

Onderdelen van een Europees raamwerk voor openbaardienstverplichtingen zijn als volgt in kaart te brengen.

- Diensten van algemeen belang zijn geen doelstelling, laat staan een doelstelling op zich, maar openbaardienstverplichtingen dienen wel als een doelstelling vooropgezet om het algemeen belang te dienen. Dat kan gebeuren sector per sector, maar ook sectoroverschrijdend. Dat kan gebeuren regio per regio, maar ook regio-overschrijdend. En dan komt de Europese Unie naar voor als aangewezen institutioneel niveau om openbaardienstverplichtingen op te stellen en op te leggen. Bij het opstellen gaat het om maxima, om eindpunten, die lidstaten aanzetten tot verbetering. Bij het opleggen gaat het om minima, om beginpunten, die lidstaten toelaten meer te doen. Een aantal openbaardienstverplichtingen, zoals sociale bescherming of sociale samenhang, is reeds bij de **"doelstellingen"** in het Verdrag opgenomen (onder Artikel 2 EG). Maar een uitdrukkelijke vermelding van 'openbaardienstverplichtingen' als zodanig staat niet bij de doelstellingen in het Verdrag.

- Om openbaardienstverplichtingen als doelstelling te verwezenlijken dient ook **"het optreden van de Gemeenschap"** te worden aangepast of uitgebreid (onder Artikel 3 EG). Enerzijds is al voorzien in "een gemeenschappelijk beleid op het gebied van het vervoer", "maatregelen op het gebied van energie", "het aanmoedigen van het invoeren en ontwikkelen van trans-Europese netwerken" en dergelijke.

•Redenen om doelstellingen en drempelwaarden gemeenschappelijk (communautair) te regelen zijn zowel sociaal als economisch van aard:

-Sociaal is van een Europees model geen sprake zonder een sokkel van grensoverschrijdend geldende openbaardienstverplichtingen. Zonder blijven diensten van algemeen belang onderontwikkeld. Een korf met gemeenschappelijk uitgetekende openbaardienstverplichtingen dient ook een dualisering van de Europese Unie ingevolge de uitbreiding tegen te gaan.

-Economisch is een gemeenschappelijke markt onvolledig als openbaardienstverplichtingen niet grensoverschrijdend geregeld zijn. Want als bepaalde landen wel en andere geen openbaardienstverplichtingen erkennen en eerbiedigen, dan bestaat het gevaar dat de mededinging verstoord of vervalst wordt, en grensoverschrijdend handelsverkeer dient toch op een *level playing field* te gebeuren. De redenering speelt vooral in de kaart van lidstaten met een uitgebreide erfenis inzake openbaardienstverplichtingen.

Gezondheidszorg heeft een sociale doelstelling en moet opgenomen worden binnen een algemene kaderrichtlijn inzake diensten van algemeen sociaal belang. Daarna zou voor gezondheidszorg en sociale diensten ook één sectorspecifieke richtlijn uitgewerkt moeten worden teneinde juridische zekerheid te creëren. Uitgangspunt voor deze regelgeving moet het belang van een betaalbare, kwalitatief hoogstaande en voor iedereen gelijk toegankelijke zorg zijn. Deze laatste principes primeren op de toepassing van het vrij verkeer van diensten, goederen en vestiging en de vrije mededinging op de gezondheidszorg.

Het toepassen van de vrijheid van dienstverlening en het vrij verkeer van goederen kan ernstige gevolgen hebben voor de toegang tot de zorg voor bepaalde kwetsbare groepen.

Perverse effecten zijn mogelijk op vlak van uitgavenstijging voor bepaalde zorg, risicoselectie en uitsluiting van kwetsbare patiënten.

Het is bovendien ontoelaatbaar dat normen inzake planning van zware medische apparatuur en apotheken in vraag worden gesteld enkel op basis van het vrij verkeer van goederen.

De kern van het probleem is niet het Hof van Justitie dat enkel bestaande teksten kan interpreteren maar wel het Europese Verdrag waarin een onevenwicht is tussen economische doelstellingen en sociale doelstellingen.

Vanzelfsprekend kan het niet de bedoeling zijn de onderscheiden lidstaten een gemiddelde van de bestaande openbardienstverplichtingen op te dringen. De in de afzonderlijke lidstaten bestaande verplichtingen moeten gehandhaafd blijven, onder andere door non-regressie-clausules. De lidstaten met weinig of slechte verplichtingen moeten op weg kunnen worden gezet om meer of beter te doen, door een bindende en afdwingbare regelgeving of door min of meer vrijblijvende afspraken. De nationale verworvenheden mogen niet naar beneden. Wel moet het communautair gemiddelde naar boven.

De lidstaten moeten bevoegd blijven om prijszetting, kwaliteit en toegang tot de zorg te reglementeren. Zij moeten de mogelijkheid kunnen behouden om een planning en programmatie te voorzien voor zorginfrastructuur en medische investeringen. Deze planning dient in de toekomst meer rekening te houden met patiëntenmobiliteit die te maken heeft met nabijheid van zorg, culturele verwantschap of samenwerking tussen gezondheidszorgvoorzieningen.

Sociale verzekeraars van de lidstaten waar de zorg wordt verleend, moeten de mogelijkheid hebben om hierop controle te blijven uitoefenen.

Om ervoor te zorgen dat het vrij verkeer van diensten in de gezondheidszorg ook echt ten goede komt aan alle patiënten, zou een Europees kader moeten worden gecreëerd voor het sluiten van grensoverschrijdende contracten inzake gezondheidszorg, waarin garanties kunnen worden opgenomen die de mogelijke negatieve effecten van patiëntenmobiliteit op de gezondheidszorg van een land kunnen beletten. Dit zou moeten toelaten dat grensoverschrijdende zorg kan worden geregeld binnen bilaterale kaderovereenkomsten tussen de bevoegde organen van de betrokken landen. Dergelijke overeenkomsten laten de overheden toe om toe te zien op de afspraken die tussen de betrokken partijen worden gemaakt en garanties in te bouwen inzake respect voor maximumtarieven, een correcte prijs en toegang tot de zorg.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.