

Reactie van de NVZ vereniging van ziekenhuizen op de Consultatie Europese Commissie inzake Initiatief Gezondheidsdiensten

1. Inleiding

Onderstaand treft u de reactie aan van de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) op de Consultatie van de Europese Commissie inzake het Initiatief Gezondheidsdiensten. Deze reactie is het resultaat van een gezamenlijke voorbereiding hiervan door de brancheorganisaties in de Nederlandse gezondheidszorg, ActiZ, GGZ Nederland, NVZ vereniging van ziekenhuizen, de VGN en VNO-NCW. Elk van de brancheorganisaties heeft er uiteindelijk voor gekozen, een eigen sectorspecifieke reactie in te sturen.

2. Pijlers van het communautair optreden

Terecht stelt de Commissie vast dat de Europese burger veel belang hecht aan gezondheidsdiensten van hoge kwaliteit. De NVZ is het eens met het door de Commissie gekozen standpunt zich er in haar jaarlijkse beleidsstrategie voor 2007 toe te verbinden een communautair kader te ontwikkelen voor veilige, hoogwaardige en efficiënte gezondheidsdiensten, de samenwerking tussen de lidstaten te versterken en zekerheid te bieden over de toepassing van de communautaire wetgeving op gezondheidsdiensten en gezondheidszorg. Wij zijn met de Commissie ook van oordeel dat er meer doeltreffende middelen moeten komen voor het veiligstellen van de rechten van de burger op toegang tot gezondheidszorg in heel Europa. Daar zou het naar het oordeel van de NVZ echter niet bij moeten blijven.

Aan de mening van de Commissie, dat een communautair optreden moet berusten op twee pijlers *rechtszekerheid*, en *steun voor de lidstaten* op gebieden waar Europese maatregelen iets kunnen toevoegen aan het nationale beleid inzake gezondheidsdiensten wil de NVZ nog een derde en vierde pijler toevoegen: *gezondheidsbevordering* en *gezondheidsbescherming*.

Gezondheidsbevordering omvat naar het oordeel van de NVZ ook het ondersteunen van initiatieven van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om grensoverschrijdende zorg voor patiënten te faciliteren en waar mogelijk belemmeringen voor het grensoverschrijdend patiëntenverkeer weg te nemen. In het bijzonder dit laatste biedt de mogelijkheid patiënten laten profiteren van de samenwerking tussen zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars uit de afzonderlijke zorgstelsels in de lidstaten van de EU om zodoende veilige, hoogwaardige en efficiënte gezondheidsdiensten te verlenen.

De NVZ stelt dat de gezondheidszorgsystemen van de lidstaten van de Europese Unie onderling grote verschillen vertonen. Er is binnen Europa sprake van een ruime diversiteit in de wijze waarop bijvoorbeeld de niet-specialistische gezondheidszorg buiten het ziekenhuis is ingericht en gepositioneerd in het zorgsysteem. Grote variatie is waarneembaar inzake het al dan niet sprake zijn

van inschrijving van mensen bij een eerstelijns voorziening en van een 'poortwachtersrol' van de eerstelijnsgezondheidszorg. Internationaal vergelijkend onderzoek laat zien dat in zorgsystemen met een sterker ontwikkelde eerstelijnsgezondheidszorg sprake er sprake zou zijn van meer effectieve en doelmatige zorg. Het tot nu toe verrichte onderzoek kent naar het oordeel van de echter diverse beperkingen. Het is daarom van belang dat in het kader van de gezondheidsbevordering ook internationaal vergelijkend onderzoek meer aandacht krijgt nu Europa langzaam toegroeit naar een situatie van zorg zonder grenzen.

Essentieel is bovendien dat naast het beschikbaar zijn van reële keuzemogelijkheden voor de Europese burgers/patiënten als vierde pijler de *bescherming van de volksgezondheid* (nu al geregeld in art. 152 EG-Verdrag) in Europa als uitgangspunt voorop blijft staan. De relatie tussen het preventieve volksgezondheidsbeleid en de betekenis daarvan voor patiëntenmobiliteit en het grensoverschrijdend verrichten van diensten zou naar het oordeel van de NVZ wel de komende jaren nader moeten worden onderzocht. In dat verband zou ook een visie moeten worden ontwikkeld op hoe de bestaande geografische verschillen in "gezonde levensjaren" mogelijk samenhangen met andere factoren rond gezondheid, sociaal-economische status, leven en werken in stedelijke agglomeraties en andere al dan niet grensoverschrijdende factoren die de gezondheid beïnvloeden, scholing, milieu, zorg en preventie. Gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering kunnen dan ook niet los worden gezien van patiëntenmobiliteit en vrij verkeer van diensten.

3. Waarom zijn er communautaire maatregelen op het gebied van Gezondheidsdiensten nodig?

3.1 De noodzaak van rechtszekerheid

De NVZ is het met de Commissie eens dat gezondheidsdiensten die tegen betaling worden verleend, als diensten in de zin van het Verdrag moeten worden beschouwd, waardoor de relevante bepalingen uit het EG Verdrag over het vrije verkeer van diensten van toepassing zijn. Met de conclusie die de Commissie uit de rechtspraak van het Europese Hof van Justitie trekt, dat niettemin verduidelijking nodig zou zijn met het oog op een algemener en effectievere toepassing van de vrijheid om gezondheidsdiensten te ontvangen en te verrichten is de NVZ het echter niet op voorhand eens. Immers het Hof heeft in de rechtspraak de algemene beginselen toegepast op de concrete zaken en daarbij de speelruimte bepaald die de lidstaten hebben om hun eigen stelsel te regelen en te plannen zonder ongerechtvaardigde belemmeringen voor het vrij verkeer op te werpen. Bovendien blijkt uit onderzoek naar grensoverschrijdende zorg in Europa dat een grotere keuze door grensoverschrijdende zorg bij de uitoefening van individuele rechten van burgers goed te verzoenen is met de betaalbaarheid van zorgstelsels op lange termijn. Dit omdat grensoverschrijdende patiëntenzorg een relatief beperkt fenomeen blijft

waarbij de betaalbaarheid van zorg en de impact hiervan op de stelsels uiterst marginaal is en in elk geval voorlopig nog blijft.

Wel doen zich naar het oordeel van de NVZ in dit verband een aantal problemen voor die om een oplossing op Europees niveau vragen. Daarbij gaat het onder meer over de vraag hoe de "ontvangende" zorgaanbieders (dus specifiekere dan de door de Commissie genoemde "zorgstelsels") op deugdelijke wijze financieel kunnen worden vergoed voor de grensoverschrijdende gezondheidszorg die zij hebben verstrekt.

Uit bestaande samenwerkingsverbanden in het bijzonder in de Euregio's blijkt reeds dat door goede voorbeelden en samenwerkingsprojecten patiënten en zorgaanbieders, dienstverleners in andere landen kunnen leren kennen en vergelijken en vervolgens een keuze maken. Die experimenten zouden naar ons oordeel verder moeten worden gefaciliteerd en ondersteund en als 'best practices' voor initiatieven elders moeten dienen.

3.2 Verschillende soorten grensoverschrijdende gezondheidszorg

Mobiliteit van patiënten is slechts naar het oordeel van de Commissie slechts één van de vier mogelijke vormen van grensoverschrijdende gezondheidszorg. Daarnaast merkt de Commissie naar het oordeel van de NVZ terecht op dat ook het grensoverschrijdend verrichten van diensten (vanuit het grondgebied van een lidstaat diensten verrichten op het grondgebied van een andere lidstaat), zoals telegeneeskunde, afstandsdiagnose en -prescriptie, laboratoriumdiensten hierbij een rol kan spelen. Deze is tot nu toe echter zeer beperkt, maar zou daar waar dit ook werkelijk een bewezen meerwaarde oplevert naar ons oordeel een grotere stimulans verdienen.

Daarnaast bestaat het meer traditionele gebruik van diensten in het buitenland (waarbij de patiënt naar een verlener van gezondheidsdiensten in een andere lidstaat gaat om behandeld te worden). De Commissie noemt dit de "mobiliteit van patiënten". Daarbij is de Europese ziekteverzekeringskaart noodzakelijk die bedoeld is voor zorg die men nodig heeft, terwijl men om andere redenen tijdelijk in een andere lidstaat verblijft. Naar het oordeel van de NVZ doen zich hierbij in de praktijk voor ziekenhuizen in de grensstreken problemen voor die om praktische oplossingen vragen. Door het stimuleren van nader onderzoek zouden deze belemmeringen kunnen worden weggenomen.

Ook de tijdelijke en permanente aanwezigheid van een dienstverlener in andere lidstaten blijft naar het oordeel van de NVZ vooralsnog een marginaal verschijnsel, dat wel een oplossing kan bieden voor plaatselijke tekorten aan zorg en zorgaanbod, maar waarvan de effecten op de lidstaat van herkomst van de dienstverlener (bijvoorbeeld Poolse artsen die naar andere Europese landen gaan om daar hun diensten te verlenen) nader zullen moeten worden onderzocht.

3.3 Relevantie van communautaire maatregelen voor de algemene doelstellingen van zorgstelsels

De NVZ is het met de Commissie eens dat voor de snelle stijging van de kosten van zorgstelsels in de afgelopen jaren extra inspanningen nodig zijn om de

efficiëntie en de effectiviteit te verhogen. Ook onderschrijft de NVZ dat voor patiënten in de grensregio's mogelijk moet zijn dat zij zich bijvoorbeeld naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis in een naburige lidstaat kunnen begeven. Tegelijk constateert de NVZ daarbij dat het beginsel van reciprociteit daarbij niet altijd wordt gehanteerd, zodat soms eenzijdig patiëntenverkeer bestaat waarbij sommige lidstaten patiënten meer faciliteren dan andere. Hierbij zouden naar het oordeel van de NVZ de bestaande belemmeringen én de neveneffecten van grensoverschrijdende zorg en samenwerking beter en scherper in beeld gebracht moeten worden.

De NVZ is het ook eens met de Commissie dat grensoverschrijdende gezondheidszorg tot nu toe echter vaak belemmerd is door de onverenigbaarheid van de regels van de betrokken landen en het ontbreken van een transparant rechtskader en een transparante Europese structuur voor samenwerking. Hierbij zou naar het oordeel van de NVZ een betere afstemming van de Europese regelgeving van de Europese Unie met die van de Raad van Europa moeten plaatsvinden. Juist de Raad van Europa heeft voorzien in regels die bilaterale en multilaterale (vaak regionale) samenwerking tussen zorgaanbieders in Europa mogelijk maken. Implementatie van deze verdragen in het communautaire recht zou de rechtskracht en de betekenis van deze verdragen en deze samenwerkingsvormen aanzienlijk kunnen versterken. Daarnaast is dringend behoefte aan eenduidige informatie. Het ontbreken daarvan leidt nu vaak tot verkeerde beeldvorming, verkeerde conclusies en verkeerde besluiten.

Naar het oordeel van de NVZ schiet het Europese mededingingsbeleid nog in een aantal opzichten tekort om de zorgverleners en financiers van gezondheidszorg onder gelijke voorwaarden te laten werken. Ook blijkt de rechtspraak van de Mededingingsautoriteiten in de diverse lidstaten van de Europese unie blijven gezondheidszorgdiensten in veel lidstaten van de Europese Unie toch uitgezonderd van de mededingingsbepalingen van het EG Verdrag, waardoor in het bijzonder zorgaanbieders die grensoverschrijdend werken aanlopen tegen protectionistische maatregelen en staatssteun van sommige lidstaten ten faveure van hun eigen onderdanen en nationale organisaties.

3.4 Aard en effecten van grensoverschrijdende gezondheidszorg

Wij zijn het eens met het door de Commissie geformuleerde uitgangspunt dat economische, sociale en gezondheidseffecten van grensoverschrijdende gezondheidszorg voor de burger en voor de gezondheids- en socialezekerheidsstelsels zorgvuldig moeten worden geanalyseerd. Daarbij moet volgens de NVZ niet alleen worden gekeken naar de effecten voor "ontvangende" landen (met inbegrip van een passende vergoeding voor grensoverschrijdende gezondheidszorg) maar ook naar de effecten op de zorgverlening naar terugkeer in het land van herkomst (denk bijvoorbeeld aan de MRSA-problematiek). Wij zijn het ook eens met de Commissie dat het gebrek aan informatie over de zorgmogelijkheden in andere lidstaten en de afwezigheid van een duidelijk

kader sommige mensen ervan weerhoudt zich in het buitenland te laten behandelen, zelfs wanneer dat een goede zaak zou zijn.

4. Antwoorden van de NVZ op de gestelde vragen

Vraag 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 voor de toekomst?

In antwoord op deze consultatievraag van de Commissie constateert de NVZ dat regionale en plaatselijke gevolgen van grensoverschrijdende zorg, blijkens onderzoeken in het bijzonder in de zogeheten Euregio's, goede resultaten hebben opgeleverd. Wat betreft toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn daar door praktische (bilaterale) samenwerking veel bestaande problemen opgelost. Wat betreft kwaliteit van zorg blijven echter nog soms aanzienlijke verschillen bestaan. In het bijzonder vragen wij hierbij de aandacht van de Commissie voor de effecten op nationaal vlak, waarbij soms zorgaanbieders achteraf met de negatieve gevolgen van grensoverschrijdende zorg van patiënten worden geconfronteerd. Daarbij kan het gaan om hoge kosten als gevolg van bijvoorbeeld bacteriële infecties (zoals MRSA) en complicaties van in andere lidstaten ondergane behandelingen die in de lidstaat van herkomst moeten worden opgelost. Beter inzicht in verwijzingen en verwijzpatronen en betere aansluiting bij grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders (vaak in Euregio's) is hierbij dringend noodzakelijk.

Vraag 2: welke specifieke juridische verduidelijking en praktische informatie heeft wie (bv. autoriteiten, aankopers, dienstverleners, patiënten) nodig om een veilige, hoogwaardige en efficiënte grensoverschrijdende gezondheidszorg mogelijk te maken?

De NVZ is het eens met het uitgangspunt dat de procedures en voorwaarden waaraan moet worden voldaan om een beroep te kunnen doen op grensoverschrijdende gezondheidszorg moeten worden verduidelijkt. Daarnaast is volgens de NVZ ook een vereenvoudiging van de bestaande procedures dringend noodzakelijk teneinde door zorgaanbieders gemaakte kosten snel en adequaat vergoed te krijgen.

Wij zijn het ook eens met de Commissie dat alleen het recht op gezondheidszorg in een ander land niet voldoende is, maar dat patiënten en zorgverleners ook over genoeg informatie moeten beschikken om te kunnen kiezen uit behandelingen en zorgverleners in andere lidstaten.

Wat betreft de overdracht van patiëntengegevens tussen verschillende zorgstelsels plaatsen wij echter de nodige kanttekeningen, aangezien hier ook het recht op privacy van de patiënt en het beroepsgeheim in het geding is.

Verduidelijking is naar ons oordeel nodig op het punt van taken en bevoegdheden van hulpverleners in de lidstaten en de voorwaarden waaronder bevoegde autoriteiten (bijvoorbeeld zorgverzekeraars/ziekenfondsen)

toestemming geven aan hun verzekerden/patiënten om in het buitenland een behandeling te kunnen ondergaan. Meer specifiek gaat het daarbij om verduidelijking van de taken en bevoegdheden van hulpverleners, de vestigingseisen en toelatingseisen die nationale en regionale overheden stellen aan de dienstverlening en de kwaliteitseisen die gelden in de wetgeving van de afzonderlijke lidstaten. Verder zijn nadere productspecificaties noodzakelijk teneinde te kunnen beantwoorden aan de kwaliteitseisen die patiënten in de lidstaten van de EU mogen verwachten.

Vraag 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 punt 2.2 zijn beschreven?

Klinisch toezicht moet naar het oordeel van de NVZ in principe vallen onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder in het land waar de zorg ook werkelijk wordt geboden. Toezicht van de nationale toezichthouders op de kwaliteit van zorg in het land waar de zorg wordt geboden moet daarbij gewaarborgd zijn.

Financiële verantwoordelijkheid behoort primair te liggen bij de autoriteiten van het bevoegde stelsel waar de verzekerde is aangesloten.

Voor de verschillende vormen van grensoverschrijdende zorg kunnen deze naar ons inderdaad verschillen. Bij het grensoverschrijdend verrichten van diensten vanuit het grondgebied van een lidstaat op het grondgebied van een andere lidstaat (bijvoorbeeld bij telegeneeskunde) zou het klinisch toezicht moeten gelden in de lidstaat van waaruit de behandeling feitelijk plaatsvindt en niet de lidstaat waar de patiënt op dat moment verblijft, aangezien het klinisch toezicht zo dicht mogelijk gekoppeld dient te blijven aan de dienstverlener die de behandeling werkelijk uitvoert en/of die primair verantwoordelijk is voor de uitvoering van die behandeling. Voor het overige kunnen de hoofdregels blijven gelden zoals die thans reeds zijn vastgesteld in de Coördinatieverordening 1408/71 en na de invoering daarvan de nieuwe Coördinatieverordening 883/2004.

Vraag 4: wie moet de veiligheid garanderen bij grensoverschrijdende gezondheidszorg? Hoe moet, in voorkomend geval, de schadeloosstelling van patiënten worden gegarandeerd?

In dit verband zal volgens ons meer helderheid moeten worden gegeven over de toepassing en de rechtsgevolgen van grensoverschrijdende aansprakelijkheid voor het handelen door beroepsbeoefenaren uit andere EU-lidstaten. Ook het garanderen van de veiligheid van patiënten zal aan betere rechtswaarborgen en veiligheidseisen gekoppeld dienen te zijn.

In het stelsel van de lidstaat van herkomst, bij welk stelsel de patiënt feitelijk is aangesloten (en de waar de patiënt vaak ook woonachtig is) moet een adequate regeling worden getroffen die voorziet in een herstel van de directe schade die aan patiënten is toegebracht. Aangezien discussie over

aansprakelijkheid en schadevergoeding soms jarenlang kan duren, dienen patiënten hiervan niet de dupe te worden. Dat betekent volgens de NVZ dat zij niet belast moeten worden met het verhaal van de gemaakte kosten van een nabehandeling, maar dat een directe afrekening dient plaats te vinden van de zorgaanbieder met de autoriteiten in het land waar de patiënt is aangesloten of woonachtig is.

Vraag 5: wat moet worden gedaan 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 (bv. door een financiële vergoeding voor hun behandeling in "ontvangende" landen)?

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 kan een financiële vergoeding voor hun behandeling in "ontvangende" landen worden afgesproken die overeenkomt met de werkelijke kosten van die behandeling in het "ontvangende" land. Uitgangspunt hierbij dient te zijn dat de vrije keuze van patiënten hierbij zo min mogelijk belemmeringen ondervindt en dat de zorgverleners conform de werkelijke kostprijs van de behandeling worden vergoed. In dit opzicht zou het naar het oordeel van de NVZ wel mogelijk moeten zijn dat zorgaanbieders een "opslag" op hun tarieven in rekening brengen voor vergoeding van de kosten van de behandeling van patiënten uit andere lidstaten. Die opslag moet conform het Ferlini-arrest van het Europese Hof dan wel op objectieve gronden kunnen worden onderbouwd.

Vraag 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?

Het is volgens de NVZ maar de vraag of door communautaire wetgeving moet worden geregeld. Een aantal ziektebeelden en de behandeling daarvan zijn cultureel bepaald. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling van te lage bloeddruk. Daarvoor bestaat er in Nederland geen behandeling of -methode.

Het uitgangspunt van de NVZ is dat lidstaten in de specifieke context van gezondheidsdiensten zoveel mogelijk vrij dienen te zijn in het vaststellen hun eigen wet- en regelgeving ten aanzien van bijvoorbeeld kwaliteitseisen en medisch-ethische kwesties die aan de zorgverlening moeten worden gesteld. Voor een optreden op Europees gebied is op grond van het handhaven van een hoog beschermingsniveau conform art. 152 EG Verdrag hooguit plaats voor communautair optreden wanneer de gezondheid of veiligheid in gevaar komt (bijvoorbeeld bij infectieziekten). Aanvullend kan hierbij ook worden gedacht aan het stellen van extra eisen aan gezondheidswerkers of de vestiging van zorgverleners door het overleggen van een verklaring dat zij niet eerder elders tuchtrechtelijk of strafrechtelijk zijn veroordeeld.

Vraag 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 degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij het ontvangen van patiënten uit andere lidstaten, zoals zorgverleners en socialezekerheidsinstellingen?

In dit verband willen wij in het bijzonder wijzen op de noodzaak van het handhaven en waar mogelijk bevorderen van de keuzevrijheid van patiënten binnen de lidstaten van de Europese Unie. Een verbetering van de rechtszekerheid kan worden gevonden door meer dan tot nu toe gebruik te maken van de 'best practices' die in de verschillende Euregio's van de Europese Unie zijn ontwikkeld. Wettelijke belemmeringen die patiënten soms ervan weerhouden om in andere lidstaten een behandeling te ondergaan dienen zoveel mogelijk te worden weggenomen. Grensoverschrijdende gezondheidszorg kan vooral worden vereenvoudigd, voor zover het gaat om de zorg in intramurale zorginstellingen, door toestemmingsprocedures zo eenvoudig mogelijk te maken en een directe financiële afwikkeling van de behandelkosten te realiseren.

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?

Via Europese maatregelen zoals de methode van open coördinatie. Daarbij verwacht de NVZ dat de verschillende actoren zo min mogelijk te maken krijgen met administratieve belasting en dat steeds de keuzevrijheid van patiënten het uitgangspunt vormt bij het bevorderen van grensoverschrijdende zorgverlening. Naast de hier genoemde gebieden zijn er nog andere gebieden die indirect van betekenis zijn voor de grensoverschrijdende dienstverlening. Dat betreft onder meer de toepassing van de regels van Europees aanbesteden voor zorginstellingen, waarbij Europees aanbesteden niet aan de orde kan zijn in die lidstaten waar ook binnen de basisverzekering voor concurrentie tussen (private) zorgverzekeraars en private zorgaanbieders is gekozen (zoals in Nederland nu het geval is).

Verder is naar het oordeel van de NVZ een consequente toepassing van het Europese mededingingsrecht hierbij van belang zodat niet - zoals nu vaak het geval is - wordt gemeten "met twee maten" en waarbij zorgverleners in stelsel met geïntroduceerde (gereguleerde) marktwerking worden achtergesteld ten opzicht van zorgverleners in (semi-)publieke stelsels, maar die wel (oneigenlijk) concurreren met de zorgverleners in de stelsels met marktwerking. Het zelfde geldt voor de toepassing van de regels van verboden staatssteun.

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?

De voortdurende hervormingen van de zorgstelsels is volgens de NVZ primair de

verantwoordelijkheid van de lidstaten zelf. Wel moet volgens de NVZ ook worden voorzien in een mechanisme om de Europese instrumenten en regels bij te werken teneinde mogelijke verschillen tussen nationale en Europese wetgeving snel te kunnen aangeven.

De rechtszekerheid op Europees gebied wordt naar het oordeel van de NVZ het best gegarandeerd door een bindend juridisch instrument voor alle lidstaten voor die zaken die ook werkeijk als gemeenschappelijk worden aangeduid. Dat kan in de vorm van een verordening of een richtlijn zijn (bijvoorbeeld op basis van artikel 95). Bij de keuze van de geschikte vorm dient volgens de NVZ primair te worden gekeken naar het gemoderniseerd systeem voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, ter vervanging van de Verordeningen nrs. 1408/71 en 574/72.

De bestaande hulpmiddelen in de vorm van de Verordeningen en de bestaande richtlijnen zijn volgens de NVZ op zichzelf adequaat gebleken. Voor de oplossing van de hiervoor genoemde specifieke knelpunten, die niet in de gemoderniseerde verordening kunnen worden geregeld, zou een nieuwe richtlijn Diensten voor de gezondheidszorg nuttig kunnen zijn. Voor het overige pleiten wij voor een stimulering van de bestaande experimenten in de Euregio's en een betere afstemming van de wetgeving met de wetgeving (verdragen) van de Raad van Europa. Bilaterale samenwerkingsafspraken (en verdragen) vormen een stimulans voor verdere experimenten inde Euregio's en de EU zou deze initiatieven (ook financieel, bijvoorbeeld via het zevende kaderprogramma) moeten ondersteunen.

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.