

# OVER PATIENTENMOBILITEIT EN HOE HET EU-BELEID HIEROP REAGEERT (1)

DOOR RITA BAETEN

Onderzoeksmedewerkster bij het Observatoire social européen, Brussel

## 1. INLEIDING

*The Bulletin* van 18 oktober 2001 kopte op haar cover: “België heelkundige supermarkt voor gezondheidsvluchtelingen”. In de inleiding tot het artikel lezen we: “Aangetrokken door de Belgische relatief goedkope, efficiënte en vlugge medische diensten, stromen Europeanen – in het bijzonder Britten-, hier samen voor operaties.”. In Vlaamse kranten lezen we in april dit jaar hoe de Nederlandse zorgverzekeraar CZ contracten sluit met Belgische huisartsen en ziekenhuizen voor de verzorging van haar patiënten. De vergoeding gebeurt op basis van de Nederlandse tarieven. De editorialem waarschuwen voor een klassengeneeskunde (2).

Wat is er aan de hand? Vanwaar die interesse van buitenlandse patiënten en zorgfinanciers voor onze zorgvoorzieningen? Waarom zijn Belgische zorgvoorzieningen geïnteresseerd in buitenlandse patiënten? Wat is de omvang van het fenomeen en is België hierbij een geïsoleerd geval? Wat weten we over de evoluties en wat zijn de mogelijke gevolgen, voordelen en risico's? Hoe situeert dit verhaal zich in een Europese context? Dit zijn de vragen waarop dit artikel een antwoord tracht te geven.

## 2. BUITENLANDSE PATIENTEN IN BELGISCHE ZORGVOORZIENINGEN: ACHTERGROND EN MOTIEVEN

De Europese publieke gezondheidszorgsystemen zijn grotendeels georganiseerd op basis van het territorialiteitsprincipe: nationale overheden bepalen welk zorgpakket gefinancierd wordt, de landsgrenzen zijn de grenzen waarbinnen rechten gelden, zorgen verstrekt en betaald worden.

In Europees verband werden regels uitgewerkt die moeten garanderen dat Europese burgers, wanneer ze zich verplaatsen binnen de Europese Unie, hun rechten op geneeskundige verzorging behouden, in de zgn. Coördinatieverordening. Deze Ver-

(1) Met dank aan Willy Palm, Bart Vanhercke en Chris De Laet voor hun constructieve feedback op dit artikel.

(2) *Het Nieuwsblad*, *De Gentenaar* en *Het Volk* van 12 april 2002.

ordening (3) regelt de toegankelijkheid en de financiering van de zorgen voor wie in een ander land woont of tijdelijk verblijft dan het land waar zijn recht op geneeskundige verzorging geldt (4).

Deze regeling verzekert de toegang tot medische verzorging voor wie zich in Europa over de grenzen heen beweegt, maar houdt het territorialiteitsprincipe globaal intact. Tijdens een kort verblijf in het buitenland heeft men in principe enkel recht op dringende medische zorgen. Slechts onder strikte voorwaarden wordt toegestaan dat iemand zich voor niet-dringende of geplande medische zorgen in het buitenland laat verzorgen, voor rekening van de financieringsinstelling waarbij hij is aangesloten. De financieringsinstelling moet hiervoor op voorhand toestemming hebben gegeven en de verzorging wordt verstrekt op basis van de tarieven en de terugbetalingsvoorwaarden die geldig zijn in de wettelijke regeling van de lidstaat waarin de verstrekkingen worden verleend. Dit was de toestand tot 1998 en er was een ruime consensus over deze regeling tussen de lidstaten van de Europese Unie.

Op 28 april 1998 werden dan de fameuze arresten Kohll en Decker door het Europees Hof van Justitie gevelde (5). In deze arresten beschouwt het Hof medische zorgverstrekking als diensten in de zin van het Verdrag en stelt dat de Europese regels i.v.m. het vrij verrichten van diensten hierop van toepassing zijn. De arresten openen de mogelijkheid om zich voor geneeskundige verzorging rechtstreeks naar het buitenland te begeven, zonder toestemming vooraf van de betalingsinstelling waarbij men is aangesloten, de volledige prijs van de zorgen ter plaatse te betalen en achteraf bij de instelling waarbij men is aangesloten terugbetaling te vragen aan het terugbetalingstarief dat geldig is in het land waar men gedekt is voor ziektekosten. Deze eerste arresten lieten nog vele vragen onbeantwoord over de draagwijdte van de uitspraken.

Op 12 juli 2001 schiep het Hof meer duidelijkheid door uitspraak te doen in twee nieuwe arresten die betrekking hebben op hetzelfde vraagstuk (6). Belangrijkste vaststelling van deze nieuwe arresten is dat het de Europese regels i.v.m. het vrij

(3) Geconsolideerde versie: Verordening (EG) nr. 118/97 van de Raad tot wijziging en bijwerking van Verordening (EEG) nr. 1408/71 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, 2 december 1996, en Verordening (EEG) nr. 574/72 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EEG) nr. 1408/71, PB L 28, 30 januari 1997.

(4) Deze regeling werd in dit tijdschrift reeds in meerdere artikels toegelicht: Lewalle H. en Palm W., "De toegang tot de gezondheidszorg in de Europese Unie: impact van de Europese rechtspraak", *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 2e trimester 2001; pp. 445-464, Baeten R., "Gezondheidszorgbeleid: een plaats op de Europese agenda?", *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 3e trimester 2000; pp. 861-883, Schulte B., "Europees Sociaal Recht", *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 4e trimester 2001, pp. 687-732.

(5) Hof van Justitie, Samengevoegde Zaken C-120/95 en C 158/96, *N. Decker versus Caisse de Maladie des Employés en R. Kohll versus Union des Caisses de Maladie*, Arresten van het Hof, 28 april 1998. Ook deze arresten werden reeds meermaals in dit tijdschrift besproken: Lewalle H. en Palm W., *op.cit.*; Baeten, R., *op.cit.*; en Schulte B., *op.cit.*

(6) Hof van Justitie, Zaak C-157/99, *B.S.M. Smits, echtgenote van Geraets versus Stichting Ziekenfonds en H.T.M. Peerbooms versus Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*; Hof van Justitie, Zaak C-368/98, *Abdon Vanbraekel e. a. versus Landsbond der christelijke mutualiteiten (LCM)*, Arresten van het Hof, 12 juli 2001.

verrichten van diensten zowel toepasselijk verklaard voor ambulante verstrekkingen als voor ziekenhuisverstrekkingen en zowel voor verstrekkingen verleend in zorgstelsels die gebaseerd zijn op terugbetaling van zorgen als op stelsels die zorgen in natura verstrekken. Het Hof erkent evenwel dat het in bepaalde situaties gerechtvaardigd kan zijn om dit vrij verkeer te belemmeren, door bijvoorbeeld voorafgaandelijk een toestemming te vragen. Dit kan, in een systeem met overeenkomsten met zorgverstrekkers zoals het Nederlandse, waarop het betrokken arrest betrekking had, nodig zijn om het financieel evenwicht van de sociale zekerheid of het behoud van een voor iedereen toegankelijk breed aanbod aan ziekenhuisvoorzieningen te garanderen. Deze beperkingen moeten op objectieve criteria gebaseerd zijn en mogen geen discriminatie inhouden van buitenlandse verstrekkers. In het geval van het Nederlandse systeem betekent dit dat de toestemming enkel kan worden geweigerd indien de patiënt dezelfde of evenwaardige zorgen kan bekomen binnen een redelijke termijn in een instelling waarmee het betrokken ziekenfonds een contract heeft.

Het Hof doet uitspraak op basis van specifieke gevallen die haar worden voorgelegd. De principes die aan de basis van de uitspraken liggen, dienen echter in alle lidstaten te worden toegepast. De lidstaten dienen zelf te onderzoeken op welke wijze deze principes in hun land toepasselijk zijn. Na de eerste arresten, Kohl en Decker, was er veel onrust in de lidstaten, doch weinig landen pasten hun systeem aan de arresten aan (7). De landen die zorgen in natura verstrekken achtten de arresten niet op hun van toepassing. De arresten van juli 2001 maakten duidelijk dat de principes ook van toepassing zijn op deze systemen en dat deze lidstaten ook moeten zoeken naar een vertaling van de principes uit de arresten op hun systemen.

Parallel met deze juridische ontwikkelingen deden zich belangrijke ontwikkelingen voor in de zorgsystemen van een aantal lidstaten. Maatregelen voor uitgavenbeheersing in de gezondheidszorg, zoals een strikte aanbodregulering, het ter beschikking stellen van gesloten budgetten voor de voorzieningen en een restrictieve inkomenspolitiek voor de zorgverstrekkers hebben in sommige landen lange wachttijden voor zorgen doen ontstaan. Ondermeer in onze buurlanden Nederland en het Verenigd Koninkrijk worden wachttijsten ervaren als een reëel probleem (8). Nederlandse ziekenhuizen kennen grote wachttijsten voor oogheelkunde, orthopedie, chirurgie en plastische chirurgie (9). Meer en meer patiënten zoeken de weg naar privé-

(7) Enkel Luxemburg, waarvoor de uitspraak gold, en België, dat een zorgsysteem heeft met dezelfde kenmerken als het Luxemburgse, pasten hun procedures voor ambulante zorgen aan aan de arresten. Daarnaast erkenden Denemarken, Finland en Griekenland een gedeeltelijke, beperkte toepasselijkheid van de procedure op hun systeem. Zie hiervoor: Palm W., Nickless J., Lewalle H. and Coheur A., *Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems*, general report, produced for the European Commission Directorate-General for Employment and Social Affairs, Brussel, AIM, 2000.

(8) Uit onderzoek blijkt dat wachttijsten voor zorg groter zijn in landen met een lagere dichtheid van specialisten, betaling van de artsen per abonnement of per dienstverband en landen waar de patiënt geen vrije toegang heeft tot de specialist. Zie: Post D. en Stockx L. J., *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 1997, VI Zorgbehoefte en zorggebruik*, Utrecht, Bilthoven, RIVM, Elsevier/ De Tijdstroom, 1997.

(9) RIVM, *Nationaal Kompas Gezondheidszorg* (<http://www.rivm.nl/nationaalkompas/>).

verzekeringen om zich in een parallel circuit te laten verzorgen (voornamelijk Verenigd Koninkrijk) of begeven zich naar het buitenland om zich te laten verzorgen, soms betaald door een privé-verzekering, maar vaak op eigen kosten.

De overheid in deze landen staat onder sterke druk om iets te doen aan de situatie. Zowel in Nederland als in het Verenigd Koninkrijk waren de wachtlijsten in de zorgsector een hot issue tijdens de laatste verkiezingen. Er werden nieuwe beleidsplannen ontvouwd om de wachtlijsten weg te werken en er werd beslist om de financiële middelen die in de zorgsector worden geïnjecteerd drastisch te verhogen (10).

Het investeren van bijkomende middelen in de sector kan echter slechts op termijn effect hebben. Het aantrekken van bijkomende en nieuwe beroepsbeoefenaars voor de sector is een langzaam proces (opleiding, rekrutering) en het succes ervan hangt mede af van de lonen en arbeidsvoorwaarden die aangeboden kunnen worden. Ook het creëren (bouwen) van bijkomende infrastructuur vergt tijd. Vandaar dat de overheden in deze landen op zoek zijn naar maatregelen die het probleem van de wachtlijsten kunnen helpen oplossen op korte termijn. Zo wordt er getracht zorgverstrekkers en soms volledige medische en paramedische teams uit het buitenland aan te trekken en worden er contracten gesloten met private, commerciële zorgcircuits. Contracten sluiten met voorzieningen in het buitenland om patiënten te verzorgen is een andere mogelijkheid.

De arresten Kohll en Decker en volgende, geven een duwtje in de rug aan dit proces. Ze verplichten de landen die niet in staat zijn om binnen een redelijke termijn noodzakelijke zorgen – die opgenomen zijn in het zorgpakket van het betrokken land – te verstrekken, om zorgen terug te betalen van patiënten die deze zorgen in een ander land zijn gaan zoeken. Lidstaten en zorgverzekeraars moeten hun overeenkomstenstelsel voor zorgverstrekking in principe zonder discriminatie open stellen voor buitenlandse zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen. Door rechtstreeks overeenkomsten te sluiten met voorzieningen in het buitenland, kunnen zorgfinanciers (ziekenfondsen of overheden) meer controle houden op de kostprijs, inhoud van de verstrekkingen en kwaliteit. De buitenlandse voorziening wordt geïntegreerd in het eigen aanbod (11). Daarom verkiezen landen met wachtlijsten deze piste boven de terugbetaling van zorgen aan wachtlijstpatiënten die op eigen houtje in het buitenland hulp zijn gaan zoeken. Wat juist de redelijke termijn is waarbinnen lidstaten zorgen moeten kunnen garanderen volgens de arresten, en in welke mate dit op wachtlijsten van toepassing is, is evenwel nog onduidelijk. Naar verwachting zal één van de volgende arresten, het arrest Van Riet, hierin meer klaarheid verschaffen (12).

---

(10) Voor Nederland: Tweede Kamer, *Brief minister en staatssecretaris met het Actieplan Zorg Verzekerd*, zoals toegezegd tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen. Den Haag: vergaderjaar 2000-2001, 2000g; 27488, nr. 1 (<http://parlando.sdu.nl/cgi/login/anonymous>). Voor het Verenigd Koninkrijk: *The NHS Plan*, 2000.

(11) Zie o.m. Lewalle H. en Palm W., *op.cit.*

(12) Case C-385/99, *Müller-Frau en Van Riet*.

In het Verenigd Koninkrijk krijgen lokale afdelingen van de National Health Service de kans om patiënten in het buitenland te laten verzorgen. In een experimentele fase werden contracten gesloten voor specifieke pathologieën tussen drie lokale overheden in het Zuiden van het Verenigd Koninkrijk en ziekenhuizen in Duitsland en Frankrijk. Tussen januari en april 2002 werden 200 patiënten in het buitenland behandeld (13). Er wordt geschat dat de helft van de patiënten op wachtlijsten in deze zuidelijke regio bereid zouden zijn om zich in het buitenland te laten verzorgen (14). In het in April 2002 door het NHS gepubliceerde "Delivering the NHS Plan-next steps on investment, next steps on reform", maakt de Britse regering duidelijk dat het een grotere rol voor pluraliteit voor gezondheidszorgverstrekkers ziet, met inbegrip van overzeese verstrekkers, om zorg aan NHS patiënten te verstrekken en wachtlijsten in te korten. De voorkeur gaat hierbij formeel uit naar het aantrekken van buitenlandse medische teams naar het Verenigd Koninkrijk, maar alle opties blijven open. Onderhandelingen worden aangeknoopt met zorgvoorzieningen in andere EU-landen.

In Nederland worden de zorgverzekeraars aansprakelijk gesteld voor het inkopen van voldoende zorg, desnoods in het buitenland, en krijgen zij meer contracteervrijheid. Het zorgstelsel zal er meer vraaggericht dan wel aanbodgericht gaan werken.

De Belgische zorgmarkt blijkt een passend profiel te hebben om aan deze bijkomende buitenlandse zorgvraag tegemoet te komen. Ons land bevindt zich, samen met Frankrijk en Luxemburg, in de groep van landen waar de financiering van de gezondheidszorgen geïntegreerd is in de sociale zekerheid en waar de zorgen worden terugbetaald per prestatie. In vergelijking met de meeste andere Europese landen hebben wij een zeer ruim aanbod aan zorgvoorzieningen, dat voortdurend in expansie is (15). Door de daling van de gemiddelde verblijfsduur in de ziekenhuizen kampen sommige ziekenhuizen met een structurele onderbezetting. Aangezien deze ziekenhuizen de vaste kosten sowieso moeten blijven betalen, komen ze hierdoor soms in financiële problemen. Er bestaan bij ons geen wachtlijsten en de concurrentie tussen ziekenhuizen voor het aantrekken van patiënten is groot. Bovendien is ons ziekenhuisaanbod niet hiërarchisch gestructureerd en zijn er nauwelijks taakafspraken tussen ziekenhuizen. De marktpositie van een ziekenhuis bepaalt grotendeels welke diensten het aanbiedt. Sommige kleinere, perifere ziekenhuizen hebben zware investeringen gedaan in personeel en apparatuur om in deze competitieve markt mee te kunnen dingen. Het aantrekken van buitenlandse patiënten kan in dergelijke omstandigheden een middel zijn om het ziekenhuis financieel leefbaar te houden. Voor grotere ziekenhuizen kan het aantrekken van buitenlandse patiënten een extra inkomen betekenen, maar ook de mogelijkheid bieden om zich verder te specialiseren, topklinische zorgen uit te bouwen, dure gerenommeerde specialisten en dure

(13) "Treatment overseas", *Primary Care, an edition of NHS Magazin*, 5 juli 2002 (<http://www.nhs.uk/nhsmagazine/primarycare/feature3b.asp>).

(14) Uit de voorbereidende documenten voor de expert meeting in Menorca, georganiseerd door het Spaanse voorzitterschap van de Europese Unie in het eerste halfjaar van 2002.

(15) OECD Health Data 2002 en Peers J., *Gezondheidszorg in België uitdagingen en opportuniteiten*, 1999.

apparatuur aan te schaffen of te behouden. De bijkomende buitenlandse patiënten maken het mogelijk om deze investeringen rendabel te maken. Door buitenlandse patiënten aan te trekken voor specifieke pathologieën, kunnen ziekenhuizen bovendien een kritische activiteitsdrempel bereiken en de nodige ervaring opdoen en onderhouden. Indien de verzorging van deze patiënten bovendien niet aan de in België geldende tarieven gebeurt, doch op basis van prijzen overeengekomen in de onderhandelingen met de buitenlandse financiers, kan dit voordelige voorwaarden opleveren voor de ziekenhuizen en de artsen (16). Bemiddelde patiënten met privé-verzekeringen aantrekken kan lucratief zijn voor instellingen en verstrekkers (17). Voor Belgische ziekenhuizen kan het aantrekken van buitenlandse patiënten dus heel wat voordelen opleveren. Bovendien liggen de ziekenhuistarieven in België relatief laag (18) en weerspiegelen ze niet steeds de werkelijke kostprijs. Volgens een artikel in *De Morgen* hebben dan ook 25 Belgische ziekenhuizen zich gepresenteerd in een brochure van de Britse gezondheidsdienst om Britse patiënten te mogen behandelen (19).

### 3. MOGELIJKE GEVOLGEN VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Wat betekenen deze evoluties nu voor de gezondheidszorg in België?

Een aantal analyses doen vermoeden dat patiënten die op eigen initiatief zorgen in het buitenland zoeken wellicht een beperkt verschijnsel zullen blijven, dat zich vooral in grensgebieden en voor specifieke ernstige aandoeningen zal voordoen (20). Het feit dat België klein is en veel grenzen heeft in verhouding tot zijn oppervlakte, maakt dat er in verhouding meer voorzieningen over de grens in de

(16) In het arrest *Ferlini* (Europees Hof van Justitie zaak C-411/98 tussen A. Ferlini en Centre hospitalier de Luxembourg, 3 oktober 2000) stelt het Hof dat het niet gerechtvaardigd is om verschillende tarieven toe te passen voor medische zorg (i.c. bij bevalling) tussen bij het nationale sociale zekerheidsstelsel aangesloten personen en ambtenaren van de Europese Gemeenschappen, zonder dat daarvoor een objectieve rechtvaardiging bestaat, vermits dit een verboden discriminatie op grond van nationaliteit inhoudt. Op basis van deze zaak, kunnen "lucratieve tarieven", of specifieke tarieven enkel voor buitenlandse patiënten dus in principe niet. Hoe dit arrest zich verhoudt tot de arresten *Kohl* en *Decker*, waar de tarieven van de financieringsinstelling van de buitenlandse patiënt moeten toegepast worden, blijft echter onduidelijk.

(17) Zie voor de motieven van de ziekenhuizen o.m.: Van Thillo, J. en Pouders E. *Internationalisering in de gezondheidszorg. Hoe kan Uw ziekenhuis zich openstellen? Een bedrijfseconomische analyse naar aanleiding van de arresten Decker-Kohl*, Antwerpen, Pricewaterhouse-Coopers, 15 januari 1999.

(18) Volgens *the Economist* van 1 september 2001 verhouden de prijzen in een privé-ziekenhuis voor een *heupvervangende operatie* zich van 5.000£ in België tot 5.500£ in Duitsland en 6.750 £ in de U.K. Zie ook: Starmans B., Leidl R. en Rhodes G., "A comparative study on cross-border care in the Euregio Meuse-Rhine", *European Journal of Public Health*, 1997, No.7 (suppl. 3), pp.33-41.

(19) *De Morgen* van 2 februari 2002.

(20) Zie hiervoor o.m.: Hermesse J., "L'ouverture des frontières aux patients. Quelles conséquences économiques?", *Soins sans frontières dans l'Union Européenne?*, Symposium International, Luxemburg, A.I.M., 1999; Palm, W. *et al.*, 2000, *op cit.*; Brouwer, W.B.F. *Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa, een economische verkenning*, RVZ, Zoetermeer, 1999.

nabijheid van Belgische verzekerden liggen en omgekeerd. Daarom zijn er in België meer patiënten die uit eigen initiatief de grens oversteken om zorgen te consumeren dan in de andere Europese landen, maar dit blijft toch beperkt. De grensoverschrijdende zorgen op basis van de Europese coördinatieverordening bedroegen in België in 2002 2,25 % van het totale RIZIV-budget (20a). Een aantal initiatieven in de grensregio's zijn erop gericht om de toegang tot zorgen over de grens te versoepelen voor de bewoners in de grensregio's aan weerszijden van de grens, op basis van de Europese coördinatieverordening (21).

Het wordt evenwel anders indien buitenlandse zorgfinanciers (openbare en particuliere) eenzijdig contracten afsluiten met Belgische zorgvoorzieningen om op een systematische en georganiseerde wijze patiënten in België te laten verzorgen. Het gaat hier over recente evoluties, vaak nog in een fase van verkennende gesprekken en onderhandelingen. Cijfergegevens over deze evoluties zijn schaars en niet altijd even betrouwbaar, vergelijkbaar en eenduidig.

Uit een recente enquête van het Belgische ministerie van Volksgezondheid bij de Belgische ziekenhuizen blijkt dat naar schatting 1,7% van opnames in Belgische ziekenhuizen in de tweede helft van 2001 niet-Belgische patiënten waren, wonend in een ander EU-land. De wijze van financiering van de zorgen voor deze patiënten werd in de enquête niet gespecificeerd. Van deze opnames is een belangrijk gedeelte dringende opnames tijdens een tijdelijk verblijf in België. Meer dan de helft van de patiënten zijn Nederlandse patiënten die in ziekenhuizen in Vlaanderen worden opgenomen. Er zijn aanduidingen dat de aanwezigheid van Nederlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen toeneemt. Deze toename situeert zich vooral in Vlaanderen en Brussel (22).

De Nederlandse zorgverzekeraar CZ, die zowel particulier verzekerden als ziekenfonds verzekerden onder zijn leden telt, zou tussen augustus 2001 en mei 2002 in twee Vlaamse ziekenhuizen ongeveer 1.300 patiënten gepland hebben laten verzorgen, op basis van een rechtstreeks contract met deze ziekenhuizen, dus buiten de coördinatieverordening om (23). Dit cijfer staat tegenover de 2849 opnames van in Nederland woonachtige patiënten in Vlaanderen die in het rapport van het ministerie genoteerd werden in 39 ziekenhuizen in de periode juli-december 2001 en de 1145 opnames van patiënten afkomstig uit Nederland die genoteerd werden in de eerste drie maanden van 2002 in 29 ziekenhuizen. De Nederlandse patiënten zijn op dit ogenblik dus wellicht geconcentreerd in enkele Vlaamse ziekenhuizen. Deze verzekeraar onderhandelde ook met andere ziekenhuizen dergelijke contracten en

(20a) Antwoord van minister Vandenbroucke op parlementaire vraag 2-764 van senator Erika Thijs. In dit cijfer zijn de zorgen tijdens een tijdelijk of langdurig verblijf in het buitenland ook bevat.

(21) Voor een overzicht zie: Baeten R., *De gevolgen van de Europese eenmaking voor de organisatie en de verstrekking van de gezondheidszorgen in België, patiëntenmobiliteit en grensoverschrijdende zorg*, Brussel, OSE, november 2000.

(22) Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, *European foreign patients in the Belgian hospitals: A survey of the Belgian Ministry of Public Health from 1/7/01 to 31/3/02*, juni 2002.

(23) Mondelinge informatie.

andere Nederlandse verzekeraars nemen gelijkaardige initiatieven. Ook de Britse (National Health Service) NHS voert onderhandelingen met Belgische ziekenhuizen. Het lijkt er dus op dat we hier aan het begin van een evolutie staan.

Over de inhoud van deze contracten, over de tarieven die aangerekend worden, de wijze van betaling enz. bestaan er op dit ogenblik nauwelijks gegevens. Indien buitenlandse zorgfinanciers (privé of publiek) contracten afsluiten met Belgische zorgvoorzieningen, buiten het kader van de Europese coördinatieverordening om, zonder dat de overheden hierbij betrokken zijn, kan dit volgende risico's inhouden:

#### **Langere wachttijden?**

In de mate dat er in de Belgische ziekenhuizen sprake is van een overcapaciteit van zorgvoorzieningen en verstrekkers, kunnen buitenlandse patiënten de financiële druk op de ziekenhuizen verlichten. In de hierboven aangehaalde recente enquête van het ministerie van Volksgezondheid meldden de ziekenhuizen dat er voldoende capaciteit beschikbaar is om buitenlandse patiënten op te nemen. Het blijft evenwel belangrijk om hierover te waken. Ziekenhuizen zullen niet geneigd zijn om toe te geven dat ze buitenlandse patiënten opnemen, doch dat hun capaciteit hiervoor eigenlijk ontoereikend is. Dit zou betekenen dat ze toegeven voorrang te geven aan buitenlandse patiënten. Vooral indien de ziekenhuizen contracten afsluiten met buitenlandse financiers voor specifieke pathologieën en indien ziekenhuizen contracten afsluiten waarbij ze zich ertoe engageren een bepaalde capaciteit exclusief te reserveren voor buitenlandse patiënten, is waakzaamheid geboden. Ook het vermoeden dat de Nederlandse patiënten geconcentreerd zijn in enkele Vlaamse ziekenhuizen verdient verdere opvolging.

#### **Hogere prijzen?**

Minsten zo belangrijk is het evenwel om stil te staan bij het feit dat nieuwe formules van overeenkomsten in ons zorgstelsel worden geïntroduceerd. Tot nu toe was ons zorgstelsel, net zoals de meeste andere Europese zorgsystemen, vrij gesloten, met verstrekkers en ziekenfondsen die op het nationale territorium voor de binnen dit territorium verblijvende burgers opereren en de overheid die een kader schept van kwaliteitsnormen, budgettaire middelen, enz... In ons stelsel worden de tarieven bepaald door collectieve onderhandelingen tussen ziekteverzekeraars en zorgverstrekkers, die vervolgens door de overheid worden goedgekeurd. In dit systeem zijn heel wat subtiele evenwichten ingebakken die de toegankelijkheid, de betaalbaarheid van een ruim pakket van zorgen voor nagenoeg de gehele bevolking moeten garanderen, in een systeem dat hoofdzakelijk uitgevoerd wordt door private actoren. Door het introduceren van buitenlandse zorgfinanciers die buiten elk overheidskader om onderhandelingen voeren met zorgverstrekkers en individuele zorgvoorzieningen, kunnen deze evenwichten onder druk komen. De kans is reëel dat het zorgaanbod erin slaagt om in contracten met buitenlandse financiers voordeliger tarieven af te dwingen. De publieke zorgfinanciers uit landen met wachtlijsten staan immers onder sterke politieke druk om de problemen op te lossen, en hun alterna-

tief is een beroep doen op een privaat zorgcircuit in eigen land, waar de tarieven vrij zijn. Private zorgfinanciers die zorgen inkopen voor kapitaalkrachtige patiënten, kunnen ook hogere tarieven voorstellen. Dergelijke evoluties kunnen de druk doen toenemen om de tarieven ook in eigen land te verhogen. Bovendien houden ze een aanmoediging in voor de zorgvoorzieningen om voorrang te geven aan buitenlandse patiënten.

### **Dubbel circuit van gezondheidszorgen?**

Dit betekent dat het voor de instellingen interessanter kan worden om buitenlandse patiënten op te nemen dan Belgische patiënten. Ook voor de artsen kan het interessanter zijn om buitenlandse patiënten te verzorgen omdat voor hen de overeenkomsttarieven niet van toepassing zijn. Het risico bestaat dat ziekenhuizen kapitaalkrachtige patiënten met privé-verzekeringen of patiënten met lucratieve pathologieën gaan selecteren. Deze evoluties houden een risico in voor een gezondheidszorg met twee snelheden: ook bemiddelde Belgische patiënten die vlugger of in een meer luxueus kader wensen verzorgd te worden, kunnen op deze voorzieningen een beroep trachten te doen.

### **Verdere medicalisering?**

Instellingen die een bewust beleid voeren om buitenlandse patiënten aan te trekken, krijgen hierdoor de mogelijkheid om verder te specialiseren. Deze specialisatie betekent voor deze ziekenhuizen een concurrentievoordeel, ook in het aantrekken van binnenlandse patiënten. Het aanbod zal in deze instellingen verder verschuiven van "gewone" zorgen naar meer gespecialiseerde zorgen, en dit terwijl ons land reeds een zeer ruim aanbod en overaanbod heeft aan technische uitrusting en voorzieningen, in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen. Vermits in de gezondheidszorg bijkomend aanbod de neiging heeft om een bijkomende vraag te creëren (provider induced demand) (24), kan dit betekenen dat nieuwe gezondheidsproblemen gemedicaliseerd worden en dat in deze instellingen aandoeningen ook van binnenlandse patiënten onnodig in een hoger gespecialiseerd circuit behandeld zullen worden. Een illustratie voor het verschuiven van patiëntenstromen naar hoger gespecialiseerde circuits vinden we in het Euregioproject Maas-Rijn. De perifere ziekenhuizen in Duitstalig België zien door de versoepeling van de grensoverschrijdende toegang tot zorgvoorzieningen een deel van hun patiëntencléenteel verschuiven naar de universitaire ziekenhuizen over de grens. (Aken en Maastricht)

Bij de evoluties die zich hier voordoen is de overheid tot nu toe nauwelijks of niet betrokken. Contracten worden rechtstreeks afgesloten tussen buitenlandse verzekeraars en overheden enerzijds en Belgische voorzieningen anderzijds. De overheid beschikt over zeer weinig informatie over hetgeen er gebeurt, over inhoud van de contracten, omvang, toegepaste prijzen, procedures, enz. Toch is ze betrokken partij. In de eerste plaats als behoeder van de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaar-

(24) Zie o.m. Lapré R. *et al.*, *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen 1999.

heid van zorgen. Uit hetgeen hierboven beschreven staat, blijkt dat dit sociale karakter van ons stelsel door de evoluties onder druk kan komen te staan. Bovendien is de overheid ook financier van de zorgen, via de betaling van de verpleegdagprijs en via de subsidiëring van de investeringskosten in de ziekenhuizen.

Daarom is het van groot belang dat de overheid over voldoende informatie beschikt over en greep houdt op de patiëntenstromen en de contracten die gemaakt worden tussen Belgische zorgvoorzieningen en buitenlandse zorgverstrekkers: over de inhoud van de overeenkomsten, de aantallen patiënten waarover het gaat, de aard van de pathologieën, de betalingswijzen,... Indien de zorgsystemen hun basisopdracht willen blijven vervullen, m.n. het aanbieden van een voor iedereen toegankelijke, kwaliteitsvolle gezondheidszorg, zijn afspraken tussen de bevoegde overheden van de betrokken landen, om een kader te scheppen waarbinnen de verstrekkers en financiers dan overeenkomsten kunnen sluiten, onmisbaar.

Op het ogenblik dat dit artikel geschreven werd (september 2002), leken de Britse en Belgische overheden succesvol te onderhandelen over een dergelijk kader. Waarin de financiering van de zorgen via een versoepelde vorm van de Europese coördinatieverordening wordt geregeld. Dit houdt meer garanties in voor transparantie, en kan een aantal van de risico's die hierboven werden besproken voorkomen.

#### **4. EUROPESE REACTIES OP DE JURISPRUDENTIE OVER PATIENTENMOBILITEIT**

---

We vermeldden hierboven reeds de arresten die een rol speelden in de evoluties binnen de Belgische ziekenhuissector. De meeste Europese landen beraden zich over de wijze waarop deze arresten in hun zorgsysteem dienen te worden toegepast. Hierbij stellen zich heel wat problemen.

Een greep uit deze problemen:

- Problemen om de juiste prijs en het juiste terugbetalingstarief te bepalen voor zorgen die patiënten uit het buitenland hebben gekregen. De kwaliteit van de zorgen, de inhoud van de zorgen, de kwalificaties van de verstrekker die de zorgen verstrekt, de voorziening waarin de zorgen worden verstrekt (bijvoorbeeld ambulante versus intramuraal) kunnen sterk verschillen van land tot land;
- De lidstaten kunnen aan buitenlandse zorgverstrekkers en voorzieningen moeilijk dezelfde eisen opleggen in verband met kwaliteit, kosteneffectiviteit, het respecteren van een budgettair kader, die gelden voor de binnenlandse zorgverstrekkers en voorzieningen. De mogelijkheden om dergelijke eisen te controleren (vb. inspectiediensten) in het buitenland zijn zeer beperkt;

- Indien buitenlandse verstrekkers en voorzieningen zich niet aan de reglementeringen dienen (kunnen) te houden, kunnen de binnenlandse zorgverstrekkers en voorzieningen deze nationale reglementeringen aanvechten, met als argument dat de regels die aan hen opgelegd worden hen discrimineren ten opzichte van de diensten in het buitenland;

De arresten Smits-Peerbooms en Vanbraekel van juli 2001, die we hierboven bespraken, zijn zeker niet van aard geweest om de onrust die in de lidstaten ontstaan was na de arresten Kohll en Decker te kalmeren. Meer en meer lidstaten voelen nu de druk om op Europees niveau deze problemen ter discussie te stellen. Ook groeit het bewustzijn dat deze arresten onderdeel uitmaken van een bredere problematiek, die gecreëerd wordt door het feit dat de Europese Verdragsregels in verband met de eenheidsmarkt op bepaalde aspecten van de gezondheidszorg toepasselijk zijn. Het gaat hier dan niet alleen over de regels in verband met het vrij verkeer van diensten, die in de hierboven besproken arresten werden toegepast, maar ook over de regels inzake het vrij verkeer van personen en goederen en de Europese regels inzake mededingingsrecht. Deze regels zijn niet opgesteld met het oog op toepassing op gezondheidszorgsystemen, doch meer en meer aspecten ervan worden toepasselijk verklaard op de zorgstelsels. Dit zorgt op meerdere domeinen voor onbedoelde effecten die risico's kunnen inhouden voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de financiële leefbaarheid van de systemen.

De enorme weerstand die in de lidstaten bestond om gezondheidszorgbeleid op Europees niveau te bespreken, begint stilaan af te brokkelen. In verschillende Europese instellingen en vanuit verschillende benaderingen en bevoegdheidsdomeinen ontstaan er beleidsinitiatieven.

- Het Belgisch voorzitterschap van de Europese Unie gaf een eerste aanzet om de problematiek van de impact van de Europese marktregels op de gezondheidszorgstelsels op de politieke agenda te brengen door in december 2001 een conferentie "Europese integratie en nationale gezondheidszorgstelsels: een uitdaging voor sociaal beleid?" te organiseren. De voorbereidende studie voor deze conferentie, geschreven in opdracht van minister Vandenbroucke door een expertenteam onder leiding van Prof. Elias Mossialos, geeft een goed overzicht van de problematiek (25). De executive summary van dit rapport, dat geschreven werd voor een publiek van beleidsmakers en managers in de gezondheidssector, is in dit nummer opgenomen. In de voorzitterschapsconclusies van de top van Laken van december 2001 werd, als reactie op deze conferentie, volgende passage opgenomen: "Er moet bijzondere aandacht worden geschonken aan de gevolgen van de Europese integratie voor de stelsels voor gezondheidszorg van de lidstaten".

---

(25) Mossialos E. and Mc Kee M., *EU law and the Social Character of Health Care*, P.I.E. Peter Lang, Brussel, 2002.

■ Het Spaans voorzitterschap van de Europese Unie plaatste voor de eerste maal expliciet het thema van de patiëntenmobiliteit in Europa op de politieke agenda. De interesse van de Spanjaarden voor dit thema werd mede ingegeven door interne Spaanse problemen. Grote groepen Noord-Europese gepensioneerden, voor deze ouderen, verblijven gedurende langere periodes in de Spaanse kustgebieden. Deze zorgen worden verstrekt door de regionale zorgvoorzieningen, de compensatie voor de gemaakte kosten worden evenwel betaald door de buitenlandse overheden en ziekteverzekeraars aan de centrale overheid in Madrid. De lokale gezondheidszorgdiensten worden veelal niet gecompenseerd voor de extra werklast en de bijkomende kosten die ze hebben door het verzorgen van buitenlandse patiënten. De Spaanse minister van Volksgezondheid die het initiatief voor deze conferentie nam, Celia Villalobos, is afkomstig van de kustregio Malaga. Daarnaast kent Spanje ook een wachtlijst voor bepaalde medische zorgen, en is de overheid bevreesd dat de betrokken patiënten hun heil in het buitenland zouden zoeken. Het Spaanse voorzitterschap trachtte op deze wijze gebruik te maken van het gunstig Europees klimaat om over patiëntenmobiliteit politiek te discussiëren, voor een grotendeels interne Spaanse politieke agenda. Het proces dat door de Spanjaarden op gang werd gebracht, lijkt echter veel verder te zullen leiden dan de doelstellingen die de Spanjaarden voorop hadden geplaatst.

Ter voorbereiding van de Raad volksgezondheid van 26 juni 2002 organiseerde het Spaans voorzitterschap in februari 2002 een informele vergadering van de ministers van volksgezondheid in Malaga, en eind mei 2002 een expertmeeting over patiëntenmobiliteit.

Vermeldenswaard uit de neerslag van de vergadering in Malaga is volgende passage: "Niets doen is geen redelijke optie. Gezondheidszorgbeleid moet gestuurd worden door politici en het lijkt niet gepast voor de gezondheid van de patiënten in Europa om toe te laten dat Rechtbanken het gezondheidszorgbeleid uittekenen".

Vier thema's werden verder uitgediept op de expertmeeting in mei 2002 in Menorca, met deelnemers aangeduid door de lidstaten:

- gespecialiseerde referentiecentra;
- het delen van reservecapaciteit met patiënten op wachtlijsten uit andere landen;
- grensoverschrijdende zorg in de grensgebieden;
- zorgverstrekking voor personen die voor langere tijd in een ander land verblijven.

Op de Raad van gezondheidsministers van 26 juni 2002 werden dan Conclusies aangenomen over patiëntenmobiliteit. Deze Conclusies stellen dat er nood is aan een versterkte samenwerking tussen de lidstaten om de toegankelijkheid van kwaliteitsvolle gezondheidszorg te bevorderen en tegelijkertijd het financieel evenwicht van de Europese gezondheidszorgsystemen te garanderen. De belangrijkste beslissing in deze conclusies is het opstarten van een "reflectieproces op hoog niveau" in samenwerking met de ministers van Volksgezondheid en andere essentiële belanghebbenden over patiëntenmobiliteit. Dit proces moet uitmonden in conclusies voor eventuele verdere maatregelen.

De beslissing om dit proces te starten is een belangrijke stap, rekening houdend met de weerstand die tot in het zeer recente verleden bij veel lidstaten bestond om gezondheidszorg op Europees niveau politiek te bespreken. De meeste lidstaten hebben zich steeds, om begrijpelijke redenen, angstvallig behoed voor Europese inmenging in hun zorgstelsels. Nu men merkt dat Europa via de achterpoort van de interne markt toch de gezondheidszorgstelsels is binnengedrongen, voelen de lidstaten de noodzaak om op Europees of multilateraal niveau een antwoord op deze uitdagingen te zoeken. Toch blijft er nog een grote weerstand bestaan om een en ander op Europees niveau te formaliseren. Een officieel (geïnstitutionaliseerd) High Level Comitee werd op de Raad niet aanvaard, doch werd een “ reflectieproces op hoog niveau”. Dit weerspiegelt de wens om het intergouvernementele karakter van het initiatief te benadrukken, in plaats van het supranationale. Een voorstel in een eerdere versie van deze raadsconclusies om in verband met de patiëntenmobiliteit de Open Methode voor coördinatie (wordt hieronder toegelicht) toe te passen, haalde ook de eindmeet niet. De weerstand tegen de toepassing van Open Methode voor coördinatie op het domein van gezondheid(szorg) blijft duidelijk groot. Belangrijk is verder dat in deze Conclusies de Raad erkent dat andere ontwikkelingen zoals de ontwikkelingen op het gebied van de interne markt, gevolgen hebben voor de gezondheidszorgstelsels. De Raad is de mening toegedaan dat deze ontwikkelingen moeten stroken met de doelstellingen van het gezondheidsbeleid van de lidstaten en met gemeenschappelijke beginselen van solidariteit, rechtvaardigheid en universaliteit.

- In mei 2002 keurden het Europees Parlement en de Raad in een verzoeningsprocedure een actieprogramma goed op het gebied van de volksgezondheid (26). Dit actieprogramma voorziet onder meer de mogelijkheid om acties te ondernemen met het oog op “het verbeteren van de analyses en de kennis van de invloed van de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid en van andere communautaire beleidsmaatregelen en activiteiten, zoals de interne markt, op de gezondheidsstelsels, met name van de bijdrage daarvan aan een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid...”. Dit is een nieuwe passage die niet als dusdanig voorkwam in het oorspronkelijke voorstel van de Commissie van 2000 en wellicht ingegeven is door de ontwikkelingen die zich sindsdien hebben voorgedaan.

- Naast deze initiatieven die zich ontwikkelden in het kader van de Europese bevoegdheid voor volksgezondheid, ontwikkelde zich ook een proces in het kader van het Europees beleid inzake sociale bescherming. De Europese Raad van Lisbon (27) bevestigde dat de stelsels voor sociale bescherming moeten worden hervormd, onder meer om ook in de toekomst hoogwaardige gezondheidsdiensten te kunnen blijven aanbieden (27a). Om de doelstellingen inzake sociale bescherming te bereiken, pleitte deze Europese Raad voor een versterkte samenwerking tussen de

(26) Het Europees Parlement en de Raad, *Besluit van het Europees Parlement en de Raad tot vaststelling van een communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008)*, 15 mei 2002, PE-Cons 3627/02 SAN 56 CODEC 590.

(27) 23 en 24 maart 2000.

(27a) Naast de doelstellingen om werk lonend te maken, het veilig stellen van de pensioenen en het bevorderen van sociale insluiting.

lidstaten, door het uitwisselen van ervaringen en beste praktijken door middel van verbeterde informatienetwerken (het Lissabon proces). Om deze strategie te implementeren, introduceerde de Raad van Lissabon de "open methode voor coördinatie" (OMC). Deze methode impliceert het vaststellen van Europese richtlijnen en specifieke plannings om de gemeenschappelijk overeengekomen doelstellingen te bereiken; het vaststellen van indicatoren en "benchmarks" als een middel om de beste praktijken te vergelijken; het vertalen van de Europese richtlijnen in nationale en regionale beleidslijnen door specifieke doelen te stellen en maatregelen aan te nemen die de nationale en regionale verschillen in acht neemt; periodieke doorlichting, evaluatie en peer review, georganiseerd als een wederzijds leerproces. Een Sociaal Beschermingscomité met ambtenaren op hoog niveau uit de lidstaten werd geïnstalleerd om deze strategie inzake sociale bescherming te activeren (28).

Om de toepassing van dit Lissabonproces op gezondheidszorg voor te bereiden, werd op de Raad van maart 2002 een inleidend verslag betreffende beleidslijnen op het gebied van de gezondheidszorg en van de ouderenzorg goedgekeurd (29). Het rapport pleit voor het uitwisselen van informatie en beste praktijken, maar komt er verder niet toe te beslissen de open methode van coördinatie op dit domein toe te passen. Voor 2002-2003 stelt het rapport voor in eerste instantie de zorgvoorzieningen voor ouderen te analyseren. Voor wat de problematiek betreft die gecreëerd is door de arresten van het Europees Hof van Justitie inzake vrij verkeer van patiënten, verwijst het rapport naar de werkzaamheden hierover in andere Raadsformaties. Bedoeld wordt de initiatieven in het kader van de Raad van de ministers van gezondheid. In reactie op dit rapport verzocht de Europese Raad van Barcelona de Commissie en de Raad de vraagstukken van toegankelijkheid, kwaliteit en financiële leefbaarheid van de gezondheidszorg ten gronde te onderzoeken voor de Europese voorjaarsraad van 2003.

Uit dit rapport blijkt nog maar eens de weerstand van de lidstaten om op Europees niveau gezondheidszorgsystemen te vergelijken en te evalueren, en de open methode voor coördinatie toe te passen in dit domein. Het feit dat de problematiek, alvast voorlopig, verengd wordt tot de zorg voor ouderen, illustreert ook deze weerstand, maar is ook te verklaren vanuit de doelstellingen van de Europese initiatieven met betrekking tot sociale bescherming. Ze zijn er op gericht de systemen efficiënter te maken en rekening te houden met de veroudering van de bevolking, om de financiële druk op de uitgaven voor sociale zekerheid te verlichten. Toch zal een analyse van de gezondheidszorg voor ouderen onvermijdelijk leiden tot de analyse van de

---

(28) De la Porte C. en Pochet P. "Een gemeenschappelijke strategie inzake sociale zekerheid op Europees vlak" *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 2e trimester 2000, pp. 487-507 en Pochet P., "De strijd tegen armoede en sociale uitsluiting en de Open Methode van coördinatie", *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, eerste trimester 2002, pp. 159-177.

(29) Raad van de Europese Unie, *Inleidend verslag over de gezondheidszorg en ouderenzorg*, document 6361/02 SOC 82 ECOFIN 61 SAN 23 van 25 Februari 2002.

gezondheidszorg globaal. Alhoewel bepaalde voorzieningen specifiek op ouderen gericht zijn, is het merendeel van de (acute) zorgvoorzieningen immers niet leeftijdsspecifiek.

## 5. **BESLUIT**

---

De laatste twee jaren heeft zich een snelle evolutie voorgedaan in Europa, wat de interactie tussen de Europese gezondheidszorgsystemen betreft, zowel op het niveau van de zorgverstrekking als op het beleidsniveau, hoofdzakelijk in reactie op de rechtspraak van het Europees Hof van Justitie over de toepasselijkheid van de Europese regels inzake het vrij verrichten van diensten op gezondheidszorgverstrekking. Overheden en ziekenfondsen die opereren in het kader van de publieke ziekteverzekering verkennen de mogelijkheden om rechtstreekse contracten af te sluiten met zorgvoorzieningen in andere landen. De lidstaten trachten de problemen die dit met zich meebrengt in de Europese instellingen op tafel te leggen. Voor de eerste maal bestaat er een ruime consensus om bepaalde aspecten van de organisatie van de gezondheidszorgstelsels op Europees niveau te bespreken.

Een aantal spanningsvelden blijven het beleidsvormingsproces evenwel doorkruisen, een verticaal spanningsveld over bevoegdheden tussen de lidstaten en de Europese instellingen, een horizontaal spanningsveld tussen de beleidsverantwoordelijken voor sociale zaken en de beleidsverantwoordelijken voor volksgezondheid en ook tussen het gezondheids- en sociaal beleid enerzijds en het economische en interne markt beleid anderzijds.

Bij de verantwoordelijken voor volksgezondheid en sociale zaken groeit behoefte om nauwer samen te werken op dit domein. De verschillende beleidsdocumenten verwijzen ondertussen systematisch naar noodzakelijke coördinatie met andere initiatieven op het domein van de zorgstelsels. Er tekent zich ook een taakverdeling af tussen de “sociale” en “volksgezondheids” organen. Het toepassen van het Lissabonproces en de open methode van coördinatie op gezondheidszorg en ouderenzorg is het domein van de sociale en economische organen (Raadsformaties, DG’s en Comités). De behandeling van de problematiek van de impact van de interne marktregels op gezondheidszorg en het hiermee samenhangende vraagstuk van de patiëntenmobiliteit, wordt behandeld in de organen (Raadsformatie en DG) bevoegd voor volksgezondheid. Ook wordt er open gepraat over het overhevelen van bevoegdheden die met gezondheid verband houden (geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, beroepskwalificaties) van de organen bevoegd voor interne markt en industrie naar de organen bevoegd voor volksgezondheid.

Ook wat de spanning over bevoegdheden tussen het Europees niveau en het nationaal niveau betreft, is een hele weg afgelegd. Tot voor kort werd elke poging om gezondheidszorgbeleid op Europees niveau te bespreken afgeblokt door lidstaten, die hiervoor een beroep deden op het principe van de subsidiariteit en op het verdrag dat stelt dat de organisatie en financiering van zorgstelsels tot de bevoegdheid

van de lidstaten behoort. Nu is er het algemeen besef onder de lidstaten dat, als ze de basisprincipes van hun systemen, m.n. solidariteit, rechtvaardigheid, universaliteit willen behouden, ze hiervoor de nodige garanties moeten inbouwen op Europees niveau. De tijd lijkt rijp voor een discussie ten gronde over de impact van de eenheidsmarkt op de gezondheidszorgstelsels.

Voor discussies over andere aspecten van de zorgstelsels op Europees niveau blijft er evenwel een grote terughoudendheid. De lidstaten lijken niet echt bereid om hun zorgstelsels onderling systematisch te vergelijken en de Open Methode van Coördinatie op deze materie toe te passen, althans niet op politiek niveau. Op een eerder technisch niveau, in het kader van het actieprogramma voor volksgezondheid, lijkt deze opening wel te bestaan. De weerstand tegen de toepassing van de Open Methode van Coördinatie is ook te begrijpen vanuit de complexiteit van het domein. Gezondheidszorgsystemen bestaan uit interactie tussen publieke financiers, private uitvoerders uit de non-profit en profit sector, en patiënten die de zorgen ontvangen. Het brede gamma aan betrokken en belanghebbende partijen, het steeds aanwezige risico van oneigenlijk gebruik van de beschikbare middelen, de mogelijkheid van substitutie tussen verschillende vormen van zorg, enz. maakt het zoeken naar antwoorden op de uitdagingen in deze sector zeer complex en maakt een vergelijking tussen de systemen in de verschillende landen moeilijk. Ook speelt de uitwisseling van beste praktijken zich in deze sector op andere niveaus af dan op de andere domeinen van de sociale bescherming. Het gaat niet alleen over de uitwisseling van ervaringen over beleidsmaatregelen en initiatieven van de overheden, doch minstens zo belangrijk is de uitwisseling van ervaringen en beste praktijken, op het terrein, tussen clinici en verstrekkers. Een sociaal beschermingscomité met ambtenaren uit de lidstaten is niet de meest geëigende instantie om op dit vlak discussies te voeren.

Toch is het waarschijnlijk dat de evoluties ingezet door de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie de lidstaten er ook zullen toe aanzetten om hun stelsels onderling meer te gaan vergelijken. Met patiënten die worden aangezet om in Europa te gaan shoppen, financiers die zorgen in het buitenland zoeken voor hun aangeslotenen en de verplichting om op basis van Europese consensus in plaats van nationale te oordelen over wetenschappelijke erkenning van een behandelmethode, zal het nodig worden om op Europees niveau prijzen, inhoud van verstrekkingen, betalingswijzen, kwaliteit van de verstrekkingen, doorverwijspatronen, voorschriftvereisten, enz. te vergelijken. Ook het opstellen van een minimaal pakket aan zorgen dat overal in de Unie verzekerd is en van Europese kwaliteitsnormen voor voorzieningen, lijken in dit kader zinvol, zeker met het oog op de naderende uitbreiding van de Europese Unie.

De overtuiging groeit, en we hebben hiervan meerdere voorbeelden besproken, dat het Verdrag zoals het nu bestaat onvoldoende garanties geeft om de sociale doelstellingen van de Europese gezondheidszorgsystemen te vrijwaren bij het uitbouwen van de Europese eenheidsmarkt. Van ontzettend groot belang in heel dit kader zijn

dan ook de besprekingen die op dit ogenblik gevoerd worden in het kader van de Conventie voor de Toekomst van Europa. Het gaat hierbij over het vinden van een antwoord op het probleem dat de Belgische minister Vandenbroucke in zijn paper gepresenteerd voor het Max Planck Institute in Keulen als volgt verwoordde: “Member States have lost more control over national welfare policies in the face of pressures from integrated markets than the EU has de facto gained in transferred authority, substantial though the latter may be. Thus there is a growing gap in our steering capacity with regard to welfare policy” (de lidstaten hebben, onder de druk van de integratie van de markten meer controle verloren over nationaal welvaartsbeleid, dan dat de EU de facto gewonnen heeft in overgedragen autoriteit, alhoewel deze laatste aanzienlijk is. Er is dus een groeiend hiaat in onze sturende kracht met betrekking tot welvaartsbeleid.”) (30).

---

---

(30) Vandenbroucke F., *The EU and social protection: what should the European Convention propose?*, Paper presented at the Max Planck Institute for the Study of Societies, Köln, 17 juni 2002.

## INHOUDSTAFEL

### **OVER PATIENTENMOBILITEIT EN HOE HET EU-BELEID HIEROP REAGEERT**

<b>1. INLEIDING</b>	863
<b>2. BUITENLANDSE PATIENTEN IN BELGISCHE ZORGVOORZIENINGEN: ACHTERGROND EN MOTIEVEN</b>	863
<b>3. MOGELIJKE GEVOLGEN VOOR DE GEZONDHEIDSZORG</b>	868
<b>4. EUROPESE REACTIES OP DE JURISPRUDENTIE OVER PATIENTEN- MOBILITEIT</b>	872
<b>5. BESLUIT</b>	877