

The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union

Korte Samenvatting

Rapport voor het Belgische Voorzitterschap van de Europese Unie

VERSIE

Brussel 19 november 2001

Elias Mossialos

Co-Director, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science and Research Director,
European Observatory on Health Care Systems

Martin McKee

Professor of European Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine and Research Director,
European Observatory on Health Care Systems

Willy Palm

Director, Association Internationale de la Mutualité, Brussels, Belgium

Beatrix Karl

Assistant Professor, Institute for Labour Law and Social Law of the Karl-Franzens-University Graz, Austria and
Visiting Fellow, Max-Planck-Institute for Foreign and International Social Law, Munich, Germany

Franz Marhold

Professor, Institute of Labour Law and Social Security Law, Karl-Franzens-University, Graz, Austria

KORTE SAMENVATTING

Hoewel de organisatie van de gezondheidszorgsystemen op zich in de lidstaten sterk uiteenloopt, gaat men steeds uit van een gemeenschappelijk model dat gebaseerd is op maatschappelijke solidariteit en een universele dekking. De specifieke aard van de rechten is uiteenlopend.

In landen met een enkel nationaal gezondheidssysteem dat gefinancierd wordt door belastinggelden, is het recht op uitbetaling gewoonlijk rechtlijnig en gebaseerd op de verblijfplaats in het land in kwestie.

Voor sociale zekerheidssystemen zit de situatie complexer in elkaar, vooral wanneer er sprake is van veelvoudige financiering. Lidmaatschap is echter altijd verplicht, behalve in de enkele landen die de meer gegoede lagen van de bevolking vrijgesteld of uitgesloten hebben in de veronderstelling dat deze beroep kunnen doen op alternatieve regelingen. In deze gevallen kunnen regeringen toch dekking bieden tegen fatale ziekten, zoals dat in Nederland bijvoorbeeld het geval is. Recentelijk werden regelingen geïntroduceerd voor diegenen die anders het risico zouden lopen niet gedekt te zijn. Toch moeten we er rekening mee houden dat deze regelingen niet garanderen dat bepaalde groeperingen worden uitgesloten. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan het probleem van illegale migranten.

Toch beoogt het Europees Sociaal Model meer dan een loutere dekking, en beschouwt het sociale bescherming als een middel om zowel de sociale cohesie als de economische groei te bevorderen. Om deze doelstellingen te bereiken, moeten de gezondheidssystemen zodanig georganiseerd worden dat er een billijke toegang geboden wordt tot effectieve zorg. Gezondheidssystemen moeten verder gaan dan louter voldoen aan de vraag van individuele personen. Ze moeten op een actieve manier de gezondheidsnoden van hun bevolking bepalen en in het bijzonder die noden waaraan tot dusver geen gehoor werd gegeven. Ze moeten eveneens efficiënte beleidslijnen uitstippelen om hieraan te voldoen. De mate waarin deze benadering werd uitgewerkt verschilt, maar het is een ambitie die duidelijk vervat zit in alle EU gezondheidssystemen.

In wezen is het Europees sociaal model gebaseerd op de veronderstelling dat gezondheidszorg geen doorsnee goed is en dat toegang tot die zorg geldt als een fundamenteel recht. Het is gebaseerd op een complex systeem van gekruiste bijdragen van rijk naar arm, van gezond naar ziek, van jong naar oud, van alleenstaanden naar gezinnen en van werknemers naar niet-actieven. Dit model heeft steeds kunnen rekenen op een overweldigende steun van de bevolking, en is een weerspiegeling van de historische fundamenten waarop het is gebouwd en van de diepgewortelde solidariteitswaarden in Europa.

Een markt voor gezondheidszorg kan nooit perfect zijn; mensen verkeren niet altijd in de beste positie om hun zorgbehoeften te beoordelen omdat ze niet op de hoogte zijn van de aard van hun behoefte of eenvoudigweg niet in staat zijn om op een doeltreffende manier uitdrukking te geven aan hun noden. Gezondheidszorg wordt steeds ingewikkelder waardoor asymmetrie in de informatie ontstaat. Dit zet de deur open voor uitbuitend opportunistisch gedrag door de zorgverstrekkers. Daarom zijn efficiënte reglementeringen en een goed overzicht onontbeerlijk. Om die reden hebben alle industrielanden een actieve rol op zich genomen in de organisatie van gezondheidszorg. Zelfs de VS, die afwijkt van ieder ander industrieland door haar blind geloof in een marktgerichte gezondheidszorg, heeft een solide publieke sector gevestigd die ongeveer 40 % van de bevolking dekt om tegemoet te komen aan tenminste enkele voor de hand liggende symptomen van de tekortkomingen van de

markt. Bijgevolg hebben de lidstaten in de Verdragen duidelijk gesteld dat de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten en medische zorg een zaak blijft van nationale bevoegdheid.

Desalniettemin zijn vele individuele elementen van gezondheidszorg redelijkerwijze onderhevig aan marktprincipes. Overheden produceren of verdelen doorgaans geen farmaceutische producten. Gezondheidszorgvoorzieningen kopen klinische of andere uitrusting aan op de vrije markt. Zowel medische als technologische installaties worden vrij verhandeld op de internationale markt. Vele medici werken op zelfstandige basis en gaan contracten aan met gezondheidsautoriteiten of fondsen. Patiënten kunnen een behandeling krijgen die niet vervat zit in het statutaire gezondheidszorgsysteem, zij het in eigen land of over de grens. Al deze materies zijn volledig terecht onderworpen aan de toepassing van de interne markt; de fundamentele vrijheden vastgelegd in het Verdrag vereisen inderdaad dat dergelijke transacties transparant en niet-discriminerend zijn. In de mate dat hervormingen van gezondheidssystemen marktmechanismen invoeren, worden ze bovendien indirect blootgesteld aan het nauwkeurig toezicht van de Europese wetgeving.

Deze situatie brengt bepaalde moeilijkheden met zich mee. Beleidsinitiatieven die erop gericht zijn het solidariteitsprincipe te ondersteunen zijn - met hun complex systeem van gekruiste bijdragen - bijzonder kwetsbaar voor beleid dat gebaseerd is op de marktprincipes. Ongereguleerde concurrentie in de gezondheidssector zal onvermijdelijk het gelijkheidsprincipe aan het wankelen brengen want er is een aanmoediging om diegenen te selecteren met de minste gezondheidsproblemen, waardoor diegenen die het meest nood hebben aan dekking de zorg niet meer kunnen betalen of er geen toegang meer toe hebben. Systemen die correcties aanbrengen in functie van de risico's laten meestal te wensen over, vooral wanneer er sprake is van sterke concurrentie. Beleid voor uitgavenbeperking kan gericht zijn op het beperken van het aanbod bijvoorbeeld van het aantal gezondheidsvoorzieningen. Dit kan ondergraven worden wanneer patiënten ook een terugbetaling kunnen eisen voor een behandeling elders. Een beleid dat erop gericht is de informatieasymmetrie aan te pakken kan inhouden dat er selectieve contracten worden aangegaan met de verstrekkers, maar hiervoor moeten er uniforme standaarden overeengekomen worden. Omwille van asymmetrische informatieverstrekking, verwierpen Europese overheden ieder beleid dat op het eerste zicht erop gericht is deze asymmetrie te herstellen, zoals bijvoorbeeld reclame voor farmaceutische producten. Dit doen ze op basis van empirisch bewijs dat reclame vaak misleidend is en de kosten van gezondheidszorg de hoogte injaagt zonder daarbij enig voordeel te bieden aan de patiënt. Dit komt duidelijk in botsing met de werking van de markt. Met andere woorden hebben de lidstaten en de Europese Unie duidelijk aangegeven dat de invloed van de markt beperkt moet worden, zelfs bij bepaalde onderdelen van gezondheidszorg die vallen onder interne marktregels.

Dit zorgt voor een bijzonder onsamenhangende uitwerking van het gezondheidsbeleid en het sociaal beleid in Europa. Lidstaten beslissen welke doelstellingen ze willen nastreven, zoals gelijkheid en doeltreffende zorg, en moeten vervolgens geschikte werkwijzen uitwerken om deze doeltellingen te bereiken die in overeenstemming zijn met de Europese wetgeving. Een groot deel van de desbetreffende Europese wetgeving vindt haar oorsprong hetzij in regelingen die uitgewerkt werden op basis van overwegingen in andere sectoren, hetzij in zaken die handelden over een individueel geval en dus veel vragen openlaten over het toepassingsgebied. Bijgevolg krijgen de beleidsmakers inzake gezondheidszorg te maken met een massa tegenstrijdig adviezen van voor- en tegenstanders van een brede reikwijdte van de Europese wetgeving inzake gezondheidszorg.

We kunnen heel wat opsteken van de ontwikkelingen m.b.t. het vrij verkeer van patiënten. Het arresten Kohll en Decker van het Europees Hof van Justitie (EHJ) geboden het Luxemburgse sociale zekerheidssysteem om niet toegestane gezondheidszorg in een andere lidstaat terug te betalen op basis van de Gemeenschapsprincipes van vrij verkeer van diensten en goederen. Hieruit bleek duidelijk dat sociale zekerheidssystemen, ook al zijn deze een zaak van nationale bevoegdheid, nog steeds onderhevig zijn aan de Europese wetgeving. In opvolging van de latere Zaken Smits - Peerbooms, verklaarde het EHJ dat alle medische diensten, inclusief hospitalisatie, vervat zitten in de definitie van diensten zoals bedoeld in het EG Verdrag. Op een of andere manier wordt de dienstverlener immers betaald voor de bewezen diensten. Het feit dat die terugbetaling werd gevorderd onder het Nederlandse ziekteverzekeringssysteem dat werkt via verstrekkingen in natura, deed hier niets ter zake.

Ook al oordeelde het EHJ dat voorafgaandelijke toestemming in alle gevallen waarin gezondheidszorg wordt verleend in een andere lidstaat het vrij verkeer van diensten en goederen belemmert, beschouwde het Hof in de zaak Smits-Peerbooms dit als een noodzakelijke en redelijke maatregel om een evenwichtig en toegankelijk aanbod van ziekenhuisvoorzieningen te waarborgen. Toch zou het Hof een dergelijke vrijstelling van het principe van vrij verkeer van diensten enkel en alleen aanvaarden indien de criteria voor het verlenen van toestemming objectief en niet-discriminerend zijn tegenover zorgverleners gevestigd in een andere lidstaat. In dat opzicht oordeelde het Hof dat de Nederlandse voorwaarden voor toestemming niet verenigbaar waren met het gelijkheidsprincipe omdat zij vermoedelijk geneigd zijn voorkeur te geven aan Nederlandse zorgverleners.

Hoewel het Hof het gebruik van een systeem van voorafgaandelijke toestemming niet volledig uitsluit, hebben haar uitspraken de lidstaten radicale beperkingen opgelegd om vrij te beslissen over het eigen beleid. Het Hof eist immers noodzakelijke, proportionele beslissingen die gebaseerd zijn op objectieve en niet-discriminerende criteria. Bovendien oordeelde het EHJ in de Zaak Vanbraekel dat, wanneer toestemming is gegeven of verkeerdelijk is geweigerd, de patiënt moet kunnen rekenen op het beste terugbetalingstarief, hetzij dat van het thuisland, hetzij dat van het zorgverlenende land. Wanneer we Verordening 1408/71, waarop de dekking van gezondheidszorg in het buitenland doorgaans is gebaseerd, in verband brengen met de vrije verstrekking van diensten, blijkt dat het EHJ moeilijkheden met zich meebrengt voor dit coördinatiesysteem .

De jurisprudentie van het EHJ heeft heel wat onzekerheid teweeggebracht. Gezien de centrale rol van Verordening 1408/71 inzake het vrije verkeer van patiënten, hebben deze beslissingen een groot deel van de zekerheden weggenomen. Een herziening van het gehele wettelijke kader dat instaat voor de toegankelijkheid van gezondheidszorg doorheen de Europese Unie, lijkt dan ook onvermijdelijk. Aangezien deze kwestie momenteel in het centrum van de aandacht staat – vooral in de landen waar patiënten af te rekenen krijgen met wachtlijsten en andere toegankelijkheidsproblemen - en belangrijke actoren experimenteren met nieuwe manieren om de verwachtingen van de patiënten in te lossen, zowel binnen als buiten de grenzen, is enige sturing hier nodig.

Zo creëert ook de groei van e-commerce nieuwe uitdagingen voor het gezondheidsbeleid, zoals bleek uit het verzoek van de ministerraad om informatietechnologie toe te passen in de gezondheidssector op een manier die bevorderlijk is voor sociale insluiting. De EU heeft een aantal maatregelen getroffen om consumenten in deze informatiemaatschappij te beschermen, waarbij zowel wettelijke als niet-wettelijke initiatieven aan bod komen. Vele van deze maatregelen hebben een indirect effect op bepaalde aspecten van de gezondheidszorgsystemen, in zoverre ze betrekking hebben op gegevens- en gegevensbankbescherming, veiligheid voor elektronische transfers, verkoop op afstand,

productaansprakelijkheid en kwaliteitscontrole. Aangezien slechts weinig initiatieven zich toespitsten op gezondheidszorg, kan hun doeltreffendheid in het gedrang gebracht worden wanneer ze in dit gebied toegepast worden. Sommige niet-legislatieve initiatieven houden direct verband met de kwaliteit en de reikwijdte van e-gezondheid, grotendeels via spontane of zelf-reglementerende acties. Hoewel deze initiatieven steeds welkom zijn, wordt hun taak bemoeilijkt door het complexe proces om kwaliteit op het Internet te waarborgen.

De situatie op het vlak van vrij verkeer van beroepsbeoefenaars levert ook problemen op. De relevante Verordeningen ontstonden in een tijd waarin een kwalificatie, eens toegekend, het recht gaf op een levenslange uitoefening. Dit is steeds minder het geval, en verscheidene lidstaten werken methodes uit om de registratie te beperken tot diegenen die aan bepaalde voorwaarden van permanente vorming voldoen. Het is helemaal niet duidelijk hoe deze behandeld dienen te worden binnen het huidige wettelijke kader. Bovendien sluit het principe van wederzijdse erkenning, dat werd aangevoerd in de zaak Kohll, feitelijk de mogelijkheid uit dat opleidingsprogramma's in het ene land van niveau kunnen verschillen met een ander land hoewel reeds uitvoerig bewijs is geleverd dat dit wel degelijk het geval is.

Vandaag bestaat er een bevoegdheidskloof inzake de reglementeringen voor gezondheidsberoepen in Europa, met stevig uitgebouwde en gestructureerde nationale reglementeringen, maar een gebrek aan coördinatie op Europees niveau. Professionele zelfregulatie heeft om verschillende redenen de overhand in Europa, maar de nationaal betrokken instanties hebben vaak bijkomende taken zoals opleiding, vastleggen van beroepsstandaarden, syndicale functies of andere. Spijtig genoeg worden deze rollen in de bestaande Europese instanties vaak door elkaar gehaald.

De farmaceutische sector creëert heel wat moeilijkheden aangezien de internationale dimensie zoveel uitgebreider is en de uitdaging om een evenwicht te zoeken tussen het handelsbeleid en het gezondheidsbeleid bijzonder acuut is. Een voorbeeld daarvan is rechtstreeks op de consumenten gerichte publiciteit: er is een sterke commerciële druk om dit toe te laten, maar tegelijkertijd zijn er krachtige argumenten vanuit het oogpunt van het gezondheidsbeleid om het niet te doen. De Europese instellingen hebben een kader gecreëerd waarin het aanbod aan geneesmiddelen in een gemeenschappelijke of interne markt geharmoniseerd werd volgens gemeenschappelijke lijnen, ten voordele van de geneesmiddelenfabrikanten (en tussenhandelaren die hun producten – parallelle invoer – aankopen op verschillende markten binnen de EU), zelfs ondanks intellectuele eigendomsrechten. De invloed van de EU-wetgeving en het Europees beleid op de vraagzijde daarentegen was veel minder direct. Controle op prijzen en terugbetaling als technieken om de vraagzijde te beheersen zijn slechts marginaal beïnvloed door Europese wetgeving noch door de basisregels van het Verdrag, noch door de secundaire harmonisatiewetgeving. Controles op de gemachtigde vraagzijde van het voorschrijfgedrag van artsen, groothandelaars en apothekersmarges behoren niet tot het takenpakket van het Europees geneesmiddelenbeleid. E-gezondheid en e-commerce bieden echter heel wat mogelijkheden bieden om het traditionele toegangsmodel met één enkele gatekeeper af te breken en te vervangen door een toegangsmodel dat verschillende toegangspoorten biedt en rechtstreekse informatie voorziet (van welke kwaliteit dan ook) voor de patiënten. Of de Commissie door deze maatregel een rechtsreeksere invloed zal krijgen op de gemachtigde vraag en de vraag, valt nog af te wachten.

De nationale reglementaire kaders met betrekking tot medische hulpmiddelen vereisen ook nog verdere aanpassingen. Hoewel het nieuwe Europese systeem een protocol voor bewaking na het op de markt brengen insluit, zijn er toch nog heel wat problemen. Ondanks het dwingende

karakter van het systeem, zijn er nog steeds vragen rond aspecten van vigilance en zelfregulatie. Gezien de nationale verschillen zowel in rapportering als in implementering, bestaat de uitdaging erin convergentie te bereiken op een manier die de gezondheid en de veiligheid van patiënten in landen met striktere bepalingen niet in het gedrang brengt. We moeten met andere woorden vermijden regelingen te treffen die gebaseerd zijn op de kleinste gemene deler, terwijl we de tegemoet komen aan doelstellingen van het industriebeleid. Dergelijke nationale verschillen maken dat de post marketing survey van medische hulpmiddelen in de EU een ingewikkeld en moeilijk proces blijft.

Aanvullende ziekteverzekeringen worden in sommige landen alsmat belangrijker als middel om toegang te bekomen tot gezondheidszorg van goede kwaliteit binnen een redelijke tijd. Hier is het Europees beleid gedomineerd door de doelstelling de verzekeringsmarkten te integreren. Het huidige wettelijk Gemeenschapskader is in wezen gebaseerd op de logica van vrije concurrentie in heel de Gemeenschap tussen verzekeraars wiens solvabiliteit onder toezicht staat van en gewaarborgd wordt door de bevoegde autoriteiten in het thuisland. Dit gebeurt op basis van een geharmoniseerde reeks voorwaarden en beleidsmaatregelen voor het verzekeringsbedrijf. De bevoegdheid van de overheid om de prijzen en de voorwaarden voor verzekeringsproducten materieel te reguleren, werd danig teruggeschroefd. Dit zou immers eerlijke concurrentie tussen Europese verzekeraars kunnen belemmeren of de financiële gezondheid van verzekeringsondernemingen op het spel zetten. Op het vlak van gezondheidszorg beperkt dit de mogelijkheden van de lidstaten om de rol van vrijwillige ziektekostenverzekeringen te vergroten, zonder daarbij de solidariteitsprincipes uit het oog te verliezen. Artikel 54 van de derde richtlijn voor niet-levensverzekeringen introduceert de mogelijkheid tot vrijstelling op basis van het algemeen belang. Dit kan echter hoogstwaarschijnlijk niet voldoen aan de noden om deze materie te regelen in verschillende lidstaten.

De toepassing van het mededingingsrecht op het vlak van op gezondheidszorg verloopt eveneens problematisch. Terwijl vele transacties binnen de statutaire systemen vrijstellingen genieten op sociale gronden, moeten de gezondheidsautoriteiten zich bewust zijn van het feit dat ze deze bescherming kunnen opheffen door te dereguleren en te privatiseren. Gezondheidszorgorganisaties kunnen beschouwd worden als ondernemingen, en dit wordt niet beïnvloed door kwesties als eigendomsrecht met winstoogmerk. Belangrijk is of ze zich al dan niet inlaten met economische activiteit.

Bovendien moet elke activiteit van een organisatie beoordeeld worden op haar intrinsieke waarde; zelfs wanneer de meeste van haar activiteiten niet gericht zijn op het economische, en bijgevolg vrijgesteld zijn van de wetgeving inzake concurrentie, betekent dit niet dat al haar activiteiten een vrijstelling genieten.

Er zijn verschillende manieren waarop activiteiten zich kunnen kwalificeren als niet-economisch. Ze kunnen soeverein zijn, of met andere woorden noodzakelijkerwijze uitgevoerd worden door de staat die haar officiële autoriteit uitoefent. De staat moet echter kunnen aantonen dat het noodzakelijk is dat zij deze activiteit uitvoert, en dient omzichtig te werk te gaan bij het overdragen van deze rol naar andere instanties. Het kan hier gaan om een sociale activiteit, maar in dit geval moet het duidelijk aantoonbaar zijn dat er sprake is van sociale bescherming en ze gebaseerd is op het solidariteitsprincipe. Ze kan ook een vrijstelling genieten wanneer het niet gaat om een herkenbare betaling of gewoonweg omdat de activiteit de organisatie nodig heeft voor de tegemoetkoming aan haar basisnoden om haar functie verder te zetten. Toch is het eenvoudig te zien hoe slecht doordachte gezondheidshervormingen, vooral wanneer ze marktmechanismen en decentralisatie introduceren, organisaties onverwacht kunnen onderwerpen aan het mededingingsrecht.

Zoals we reeds hebben benadrukt, is de organisatie van gezondheidszorg in Europa gericht op het behoud van solidariteit en de bevordering van billijke, effectieve en efficiënte behandeling. Asymmetrische informatieverstrekking en uiterlijkheden zijn slechts enkele van de vele redenen waarom een onbelemmerde markt deze doelstellingen hoogstwaarschijnlijk niet zal nastreven, zoals blijkt uit een beknopt onderzoek van het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem. Zo kan het onderwerpen van gezondheidszorgorganisaties aan een doorgedreven concurrentiewetgeving de vele akkoorden ontwrichten die nodig zijn voor een rechtvaardige verdeling van diensten die erop gericht zijn tegemoet te komen aan de noden van de bevolking. Hierdoor riskeert men de meest kwetsbaren in onze maatschappij, wier stem we nu al te weinig horen, te benadelen. Het is dus duidelijk dat er vele gebieden zijn waarin het gezondheidsbeleid en de bevordering van de eenheidsmarkt in botsing komen of ambiguïteit teweegbrengen.

Bij gebrek aan een duidelijke principesverklaring waarop het gezondheidszorgbeleid in Europa gebaseerd zou moeten zijn, is het EHJ ertoe gehouden haar beslissingen in de eerste plaats te baseren op de imperatief de eenheidsmarkt te promoten. Het Hof erkent wel degelijk de bijzondere omstandigheden van gezondheidszorg, zoals de noodzaak om de nationale systemen niet te ondermijnen, maar er is behoefte aan duidelijker doordachte richtsnoeren over wat de Europese Unie wil bereiken als ze wil tegemoetkomen aan de gezondheidsnoden van haar bevolking binnen het kader van een eenheidsmarkt.

Vele van deze uitdagingen vinden hun oorsprong in de groeiende rol van het EHJ. Haar rol bestaat erin de toepassing van de EU-wetgeving te interpreteren in welbepaalde omstandigheden. Deze interpretaties scheppen op hun beurt echter precedentes die worden toegepast in verschillende omstandigheden. Als de lidstaten geen invloed hebben op de interpretatie van het EHJ, kunnen ze toch nog altijd de Europese wetgeving zelf veranderen. De Medebeslissingsprocedure maakt het echter extreem moeilijk om beslissingen van het EHJ die rechtstreeks gebaseerd zijn op het EG Verdrag te wijzigen. Hoewel het in theorie makkelijker zou moeten zijn om Verordeningen en richtlijnen te wijzigen door de mogelijkheden gecreëerd door het stemmen met gekwalificeerde meerderheid, bestaan er in de praktijk slechts weinig interpretaties van het Hof die wetgevende stappen hebben uitgelokt om de druk van de beslissing ongedaan te maken.

De meeste beslissingen van het EHJ hebben immers een verschillend effect op de lidstaten, zodat er geen coalities ontstaan voor een wijziging van betwiste wetgeving. De tendens tot juridificatie kan leiden tot een verdere afzwakking van de legitimiteit van het integratieproces als geheel. De Europese Unie heeft nu reeds te kampen met een "politek deficit" doordat actoren zoals politieke partijen, vakbonden of zelfs media, die vaak gelden als een referentiepunt voor nationale kiezers, over het algemeen een zwakke positie op Europees niveau bekleden.

Door tegenstrijdige belangen te verdoezelen en belangenconflicten te vervangen door zogezegd neutrale debatten over de interpretatie van de wetgeving, wordt het politieke proces danig afgezwakt. Dit geeft tegenstanders van integratie de kans om te beweren dat de burgerdemocratie vervangen is door een vorm van "gerechtelijke democratie". Toch kunnen we dit proces ook in een positiever licht bekijken: procesvoering op Europees niveau kan Europeanen bijstaan hun rechten te beschermen tegen beslissingen van nationale administraties. Desalniettemin kunnen uitspraken van het EHJ makkelijk gezien worden als inbreuken op de keuzes en tradities van nationale gemeenschappen.

De EU staat nu voor de uitdaging dat haar secundaire wetgeving, zoals Richtlijnen, Verordeningen en de interpretatie ervan door het Hof, gebaseerd moeten zijn op de inhoud van de Verdragen. Het sociale karakter van de Europese gezondheidssystemen ligt echter niet verrat in die Verdragen.

Wat moet er dan concreet gebeuren? Dit rapport pleit voor een expliciet Europees gezondheidsbeleid dat aanzienlijke voordelen zou bieden wanneer de lidstaten een gemeenschappelijke houding aannemen over wat ze willen bereiken met hun gezondheidszorgsystemen. Waarschijnlijk zijn er voldoende punten van overeenkomst om tenminste op het principiële niveau een gezamenlijk standpunt in te nemen. Het Europees sociaal model mag dus niet onwillekeurig ondergraven worden door misplaatste toepassingen van de EU-wetgeving, gericht op noden van andere sectoren, en ook niet door bij stukje en beetje een reeks juridische uitspraken te doen inzake gezondheidszorg. Daarom moet er een akkoord bereikt worden over een verklaring van fundamentele principes die de doelstellingen van de Europese gezondheidssystemen vastleggen, de interne markt in evenwicht brengen met de sociale doelstellingen, en opgenomen kunnen worden in een volgend Verdrag.

We moeten natuurlijk onder ogen zien dat er waarschijnlijk moeilijkheden de kop zullen opsteken wanneer we proberen meer gedetailleerde beleidslijnen uit te stippelen: de regelingen voor gezondheidszorg in de verschillende lidstaten zijn immers heel uiteenlopend. Bovendien is een principesverklaring, alhoewel ze de onbedoelde en ongewenste gevolgen van de interne markt kan beperken, onvoldoende om de voordelen die nauwere Europese integratie voor gezondheidszorgsystemen kan bieden te bereiken.

Een open coördinatiemethode die voorziet in formeel vastgelegde middelen voor de uitwisseling van ervaringen tussen lidstaten rekening houdend met de nationale situaties, biedt de kans om goede praktijken te bevorderen en informatie uit te wisselen over wat wel werkt en wat niet, en in welke omstandigheden. In vele gevallen zal het mogelijk zijn vergelijkbare benaderingen te ontwikkelen voor gemeenschappelijke problemen met respect voor de historische, politieke en culturele diversiteit, zonder een harmonisatieproces op te dringen van systemen die hetzelfde doel nastreven maar georganiseerd zijn op wijzen die je moeilijk op elkaar kan afstemmen.

Een open coördinatiemethode zal enkele van de uitdagingen van de interne markt inzake gezondheidszorgsystemen duidelijker naar voren brengen. De methode zal ook een kader bieden waarin deze uitdagingen en geschikte wettelijke oplossingen kunnen besproken worden, inclusief eventuele Verdragsherzieningen.

Deze procedures zullen echter veel tijd in beslag nemen en het ligt voor de hand dat er onmiddellijke actie moet ondernomen worden. Het is dus van het allergrootste belang dat de EU zo snel mogelijk een systeem ontwikkelt dat op permanente wijze kan toezicht houden op de impact van de EU wetgeving op de gezondheidszorgsystemen.