

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1.	Inleiding	11
1.1	Europa en de gezondheidszorg	11
1.2	Decker en Kohll	12
1.3	Gevolgen voor de nationale zorgstelsels	13
2	Probleemstelling en vragen aan de RVZ	15
2.1	Probleemstelling	15
2.2	Vragen	18
3	Een blik op de Europese Gemeenschap	19
3.1	De regels van de Europese Gemeenschap	19
3.2	Het beleid van de Europese Gemeenschap	24
3.3	De markt van de Europese Gemeenschap	28
3.4	Conclusies	34
4	Kansen en bedreigingen voor de Nederlandse gezondheidszorg	36
4.1	Inleiding	36
4.2	Beoordelingskader	38
4.3	Kansen en bedreigingen	40
5	Het advies	55
5.1	Antwoorden	55
5.2	Aanbevelingen	61
	Bijlagen	
1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma 1999	63
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	69
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	71
4	Samenstelling klankbordgroep	73
5	Belangrijkste artikelen van het EG-Verdrag met invloed op de gezondheidszorg	75
6	Belangrijkste verantwoordelijkheden van de Directoraten-Generaal van de Europese Commissie op het terrein van gezondheid en gezondheidszorg	77
7	Reacties van lidstaten op Kohll en Decker	79
8	Door de SER geschetste scenario's voor de toekomst van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg	85
9	Lijst van afkortingen	89

10	Literatuur	91
11	Overzicht publicaties RVZ	97

Samenvatting

Het Europese Hof van Justitie heeft met zijn arresten Decker en Kohll de lidstaten van de Europese Gemeenschap een duidelijke boodschap overgebracht. De gezondheidszorg is niet uitgezonderd van de toepassing van het gemeenschapsrecht en de lidstaten moeten bij de inrichting van de sociale zekerheid het gemeenschapsrecht eerbiedigen.

Het recht van de EG is ook op de gezondheidszorg van toepassing

De Nederlandse regering heeft naar aanleiding daarvan aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd welke gevolgen het gemeenschapsrecht, de jurisprudentie van het Hof van Justitie en andere Europese ontwikkelingen hebben voor het Nederlandse zorgstelsel. Hoe moeten die gevolgen verder worden beoordeeld en hoe urgent zijn zij? En vooral: hoe en in hoeverre kan het Nederlandse stelsel worden bewaard en wat moet er dan gebeuren?

Wat zijn daarvan de consequenties?

Allereerst de feiten

Onderdelen van de Nederlandse gezondheidszorg, zoals medicijnen, hulpmiddelen, apparatuur, opleidingen en arbeidsvoorwaarden, komen in toenemende mate onder invloed van Europees beleid. Dat beleid is onder meer gericht op gezondheidspreventie en –bescherming, onderzoek en onderwijs, convergentie van sociale zekerheidsstelsels en bevordering van de interne markt.

De invloed van de EG neemt toe ...

De gezondheidszorg zelf is overwegend een regionaal gebeuren, met uitzondering van superspecialistische zorg en genees- en hulpmiddelen. Patiënten zoeken hun zorg dicht bij huis, willen daarover in hun eigen taal kunnen praten en schrikken terug voor culturele, juridische en bureaucratische barrières. Als gevolg daarvan is het grensoverschrijdend patiëntenverkeer met 0,2 procent van het totaal heel beperkt van omvang. Het doet zich vooral in de grensregio's voor. Dat zal waarschijnlijk zo blijven als bestaande belemmeringen wegvallen, zij het dat de omvang wat groter zal worden. Ook oefenen maar heel weinig zorgverleners hun beroep in andere lidstaten van de Europese Gemeenschap uit. Wel kan de toetreding van Midden- en Oost-Europese landen tot de Europese Gemeenschap voor een grotere migratiestroom zorgen. Dit zal invloed hebben op de beroepskrachtenplanning, de opleiding en de salariëring. Het grensoverschrijdend dienstenverkeer ondervindt beperkingen

... maar alleen voor medische goederen tekent zich een Europese markt af

als gevolg van de nationale zorgstelsels. De omvang zal ongetwijfeld toenemen als die beperkingen wegvallen, wat kan leiden tot een verdere schaalvergroting bij de zorgverzekeraars en een grensoverschrijdende organisatie van gespecialiseerde delen van de gezondheidszorg. Alleen voor goederen als medicijnen en hulpmiddelen tekent zich een Europese markt af. Er zijn nog nationale barrières, maar het ontstaan van een Europese markt lijkt slechts een kwestie van tijd.

Hoe moeten deze feiten worden beoordeeld?

De omvang van het grensoverschrijdend verkeer is beperkt. De voordelen van de Europese markt liggen vooral in de mogelijkheden die zij biedt om aan beperkingen in eigen land te ontkomen. Patiënten kunnen over de grens als er in eigen land wachtlijsten zijn. Verzekeraars kunnen bij schaars aanbod buitenlandse hulpverleners en instellingen inschakelen. Zorgverleners kunnen als ze in eigen land geen werk kunnen vinden naar een ander lid van de Europese Gemeenschap. Instellingen kunnen hun capaciteit vollediger benutten door patiënten uit andere lidstaten te behandelen. De gevolgen voor de kosten en de kwaliteit van de zorg lijken op de korte en de middellange termijn beperkt. Bij de capaciteitsplanning zal op langere termijn rekening moeten worden gehouden met aanbod aan de andere kant van de grens en typisch nationale kwaliteitskenmerken zoals evidence-based werken zullen zich op de markt moeten bewijzen.

Grensoverschrijdend verkeer van personen en diensten is beperkt

Gegeven de beperkte omvang van het grensoverschrijdend verkeer is voorlopig vooral aandacht nodig voor de toepassing van de Europese regels van vrij verkeer en mededinging op de ordening en regulering van de Nederlandse gezondheidszorg. Zowel nationale regels als regels van de Europese Gemeenschap zijn van toepassing. De nationale regels zijn toegesneden op de gezondheidszorg. De Europese regels zijn dat niet, maar hebben bij strijdigheid wel voorrang. Het gevolg is dat:

Voor de gezondheidszorg is vooral de Europese regelgeving belangrijk

- de Europese rechter via de toepassing van Europees recht invloed uitoefent op het gezondheidszorgbeleid;
- doelstellingen van het zorgbeleid zoals toegankelijkheid en solidariteit ondergeschikt worden aan economische doelstellingen;
- bestuurlijke principes van samenwerking en zelfsturing niet relevant zijn;

- de allocatie- en ordeningsmogelijkheden van een vrije markt worden toegepast, terwijl voor het overgrote deel van de gezondheidszorg alleen sterk gereguleerde vormen van marktwerking geschikt zijn.

Toepassing van het Europese recht op het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg levert ten minste drie grote problemen op.

Er zijn drie grote problemen

1.

Met zijn gemengd publiek-private karakter loopt het Nederlandse verzekeringsstelsel in Europa uit de pas. Dat maakt het kwetsbaar. De kwetsbaarste plek is de Wtz, omdat zowel de standaardverzekering als de MOOZ-bijdrage de Europese toets niet kunnen doorstaan. Alleen Duitsland en Ierland hebben een vergelijkbaar probleem. Als de rechter de Wtz onderuithaalt, valt aan een aanpassing van het stelsel niet te ontkomen.

De Wtz is niet houdbaar

2.

Een belangrijk onderdeel van de aanbodbeheersing is de verplichting van ziekenfondsen en zorgkantoren om met toegelaten zorginstellingen in hun werkgebied contracten te sluiten. De toelating of het ontbreken daarvan krijgt door die verplichting financiële consequenties. Zowel de contracteerplicht als de toelating staan op gespannen voet met het Europees recht, omdat zij aanbieders uit andere lidstaten belemmeren in de uitoefening van hun recht op vrij dienstverkeer. Als de rechter dat oordeel bevestigt, wordt een pijler onder het systeem van aanbodbeheersing weggeslagen.

De contracteerplicht met toegelaten instellingen staat op gespannen voet met het Europees recht

3.

Door de wet geschraagde vormen van zelfregulering zijn kenmerkend voor het 'poldermodel' van de gezondheidszorg. De Nederlandse gezondheidszorg kent een lange traditie van landelijke en regionale afspraken over aard, omvang en kosten van zorgverlening. Het overeenkomstenstelsel van de Ziekenfondswet en de AWBZ is daarop gebaseerd, evenals het stelsel van tarieven van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Dergelijke landelijke en regionale overeenkomsten kunnen de toets van het Europese mededingingsrecht niet doorstaan. Als de rechter het daarmee eens is, ontvalt de bodem aan een vitaal onderdeel van het zorgbeleid.

De landelijke en regionale contracten staan op gespannen voet met het Europees recht

Wat moet er gebeuren?

De invloedssfeer van de nationale lidstaten en die van de Europese Gemeenschap moeten duidelijker worden afgebakend. Er zijn zowel principiële als praktische argumenten om voor de korte en middellange termijn vast te houden aan nationale systemen van gezondheidszorg. Die argumenten zijn gelegen in de verankering van de gezondheidszorg in de verschillende nationale culturen, de regionale schaal van de gezondheidszorg, de continuïteit van beleid en bestuur en de noodzaak om de kosten van de gezondheidszorg in de pas te laten lopen met de per lidstaat verschillende economische mogelijkheden. Die argumenten sluiten overigens een substantiële rol van Europa niet uit; een rol die op lange termijn aanzienlijk aan gewicht kan winnen.

Vasthouden aan nationale systemen voor gezondheidszorg, maar rekening houden met Europa

Omdat het nationale stelsel ook om heel andere redenen dan Europa onder druk staat, kan de binnenlandse strategie het beste worden gericht op:

Dat vereist strategische keuzen in eigen land ...

- het bepalen van een eigen koers voor het stelsel, inclusief de aanbodregulering;
- het in goede banen leiden van grensoverschrijdend verkeer.

De strategie richting Europa kan het beste worden gericht op de beïnvloeding van beleid en regelgeving. Speerpunten daarbij zijn:

...en in Europa

- een positieve invulling van het subsidiariteitsbeginsel, dat een rol aan de Europese Gemeenschap toekent indien en voorzover de gemeenschap beter dan de lidstaten in staat is de doelstellingen van het Europees verdrag te realiseren;
- de ontwikkeling van een Europees referentiekader voor de gezondheidszorg.

Deze strategie slaat neer in de volgende vijf actiepunten:

Dit moet er gebeuren

1. Een discussie over de toekomst van het verzekeringsstelsel die vóór het begin van de volgende regeerperiode tot conclusies leidt.
2. Een nader onderzoek naar de houdbaarheid van het bestaande instrumentarium voor aanbodregulering.
3. De ervaringen in de Euregio's worden gebruikt om de

grensoverschrijdende zorg in goede banen te leiden en in de reguliere praktijk op te nemen.

4. Nederland neemt het voortouw om in de Raad van Ministers overeenstemming te bereiken over een positieve invulling van het subsidiariteitsbeginsel.
5. Nederland bevordert de ontwikkeling van een Europees referentiekader voor de gezondheidszorg.

1 Inleiding

1.1 Europa en de gezondheidszorg

De verhouding tussen de Europese gemeenschap (EG) en de lidstaten is geregeld in het Europees verdrag en ziet er als volgt uit:

1. De EG handelt binnen de grenzen van de haar door het verdrag verleende bevoegdheden en toegewezen doelstellingen.
2. Als de EG op een bepaald terrein geen exclusieve bevoegdheden zijn toegekend, geldt het subsidiariteitsbeginsel. De EG treedt pas op indien en voorzover de gemeenschap beter in staat is de doelstellingen van het verdrag te realiseren.

Het Europees verdrag regelt de verhouding tussen de EG en de lidstaten

De EG heeft geen bevoegdheden op het terrein van de gezondheidszorg. De lidstaten stellen zich namelijk op het standpunt dat de inrichting, de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg hun zaak is en niet die van de EG. De EG handelt overeenkomstig dat standpunt en ontwikkelt geen beleid voor de gezondheidszorg. Er zijn ook geen plannen in die richting. Het weinige dat de EG op het gebied van de gezondheidszorg onderneemt, is gebaseerd op een resolutie van de Raad van Ministers uit 1991 over 'Choices in healthcare'. Op basis van deze resolutie financiert de EG onderzoek naar Europese gezondheidszorgsystemen.

De EG heeft geen exclusieve bevoegdheden op het terrein van de gezondheidszorg ...

Op het eerste gezicht lijkt het dus alsof de EG geen invloed heeft op de gezondheidszorg. Dat is echter schijn. Dat komt doordat de EG doelstellingen en bevoegdheden heeft op beleidsterreinen die de gezondheidszorg geheel of gedeeltelijk overlappen (zie bijlage 5). De meeste invloed op de inrichting, de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg gaat waarschijnlijk uit van de interne markt. Het gaat hierbij vooral om het vrij verkeer van goederen, diensten, kapitaal en personen en de onderlinge mededinging. De werking van de interne markt strekt zich in beginsel ook uit tot de gezondheidszorg, omdat het verlenen en het verzekeren van gezondheidszorg als economische activiteiten kunnen worden beschouwd.

... maar wel invloed ...

Een paar andere onderwerpen die de gezondheidszorg raken zijn de volksgezondheid, het onderwijs, het onderzoek en de

... zij het ongecoördineerd

werkgelegenheid. De uitvoering loopt via de 24 Directoraten-Generaal van de Europese Commissie. Coördinatie ten behoeve van de gezondheidszorg ontbreekt (zie bijlage 6).

1.2 Decker en Kohll

De lidstaten zijn vanwege deze toedeling van bevoegdheden altijd van uitgegaan dat de inrichting, de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg buiten de invloedssfeer van het EG-verdrag en het beleid van de organen van de EG zouden blijven. Dat idee heeft een knauw gekregen door twee arresten van het Europese Hof: Decker en Kohll. In deze arresten heeft het (EG) Hof van Justitie een aantal uitspraken gedaan over de toepassing van het Europees Verdrag en de Europese regelgeving op goederen en diensten in de gezondheidszorg. Deze uitspraken staan overigens niet op zichzelf, maar stemmen overeen met eerdere uitspraken over andere sectoren van de maatschappij.

Decker en Kohll alarmeren de lidstaten

1.

De Europese regels over vrij verkeer vinden toepassing op de gezondheidszorg en de zorgverzekeringen, omdat het daarbij gaat om de uitoefening van economische activiteiten.

Het EG-recht is op de gezondheidszorg van toepassing

2.

Prestaties op grond van nationale wetten van sociale zekerheid zijn niet zonder meer uitgezonderd. De lidstaten moeten bij de inrichting van de sociale zekerheid het gemeenschapsrecht eerbiedigen.

De sociale zekerheid is niet uitgezonderd

3.

Het vrij verkeer van goederen, diensten, personen en kapitaal mag, uitzonderingen daargelaten, niet worden belemmerd. Onder het verbod valt iedere nationale maatregel die het vrij verkeer kan belemmeren of minder aantrekkelijk maken. Het gaat om het mogelijk belemmerend effect. De bijzondere aard van de diensten is niet van belang. Nationale maatregelen zijn overheidsmaatregelen (in welke vorm en van welke overheidsinstantie ook) en particuliere afspraken.

Vrij verkeer mag niet worden belemmerd ...

4.

Dwingende redenen van algemeen belang kunnen een belemmering rechtvaardigen. Het algemeen belang mag niet van economische of budgettaire aard zijn. De belemmering

tenzij daar dringende redenen van algemeen belang voor zijn ...

moet noodzakelijk zijn en niet verder gaan dan strikt nodig is. De bewijslast rust op degene die zich op de uitzondering beroept.

5.

In de uitspraken Decker en Kohll worden de volgende redenen van algemeen belang speciaal genoemd:

- ernstige aantasting van het financieel evenwicht van het sociale zekerheidsstelsel;
- verwezenlijking van een zo hoog mogelijk niveau van gezondheidsbescherming, voorzover de instandhouding van een verzorgingsmogelijkheid of medische deskundigheid op het nationale grondgebied essentieel is voor de gezondheid of zelf voor het overleven van de bevolking.

... zoals ernstige aantasting van het financiële evenwicht

6.

Een direct gevolg van de twee uitspraken van het Hof van Justitie is, dat patiënten zonder toestemming vooraf gebruik kunnen maken van gezondheidszorg in een andere lidstaat en dat vergoed krijgen volgens de nationale tarieven. In hoeverre dat ook geldt voor ziekenhuis- en andere intramurale zorg is nog niet helemaal duidelijk.

Dus ...

1.3 Gevolgen voor de nationale zorgstelsels

De Nederlandse regering heeft snel op de beide uitspraken gereageerd. Zij stelt dat de Ziekenfondswet en de AWBZ zorg in natura verzekeren. Dat wil zeggen dat de verzekerden aanspraak op gezondheidszorg zelf hebben. Beide regelingen verschillen in dat opzicht van de Luxemburgse verzekering uit de zaken Decker en Kohll. Die verzekering geeft namelijk alleen aanspraak op vergoeding (restitutie) van gemaakte kosten voor gezondheidszorg. Als uitvoerders van naturaverzekeringen moeten de ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen van de AWBZ overeenkomsten sluiten met zorgverleners en zorginstellingen. De zorgverleners en instellingen voldoen dan aan de verplichting van de verzekeraar om gezondheidszorg te verlenen. Volgens de Nederlandse regering brengt dit uitgangspunt met zich mee dat Nederlanders met een ziekenfondsverzekering in een ander EG-land gebruik moeten maken van hulpverleners en instellingen waarmee het ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten. Voor de AWBZ geldt hetzelfde. De Nederlandse

Nederland heeft snel gereageerd

regering vindt dat zij bij haar

keuze voor een naturaverzekering mag blijven en daar consequenties aan mag verbinden, omdat zij haar systeem van sociale zekerheid zelf mag inrichten.

Volgens de Nederlandse regering heeft het oordeel van het Hof van Justitie in de zaken Decker en Kohll geen directe gevolgen voor het Nederlandse stelsel van sociale verzekeringen tegen ziektekosten. Zij zal overigens wel wijziging brengen in een bepaling van de Wet op de toegang ziektekostenverzekeringen, die zorg in het buitenland uitsluit van het verstrekkingenpakket. De verdere implicaties van de hierboven genoemde uitspraken in de arresten zijn in het standpunt van de Nederlandse regering buiten beschouwing gebleven.

Er zijn geen directe gevolgen voor het Nederlandse stelsel

De reacties van de andere lidstaten zijn defensief (zie bijlage 7). Op Duitsland na maken de meeste landen in Europa geen aanstalten hun wetgeving over het zorg- en verzekeringsstelsel aan te passen aan de arresten Decker en Kohll. Uit een inventarisatie in opdracht van minister Borst blijkt, dat alleen Luxemburg en Oostenrijk handelen overeenkomstig de uitspraken van het Hof. In deze landen is het overigens niet nodig de wetgeving daarop aan te passen.

Andere landen reageren defensief

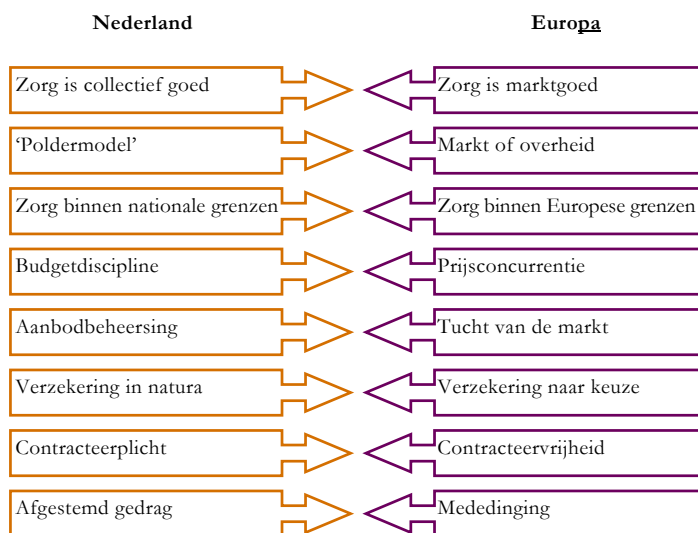
2 Probleemstelling en vragen aan de RVZ

2.1 Probleemstelling

De Europese Gemeenschap en het Europees Verdrag zijn in de eerste plaats gericht op de bevordering van de welvaart in Europa. Centraal in het Europees beleid staat de totstandkoming van een open markt met mededinging en vrij verkeer van personen, goederen, diensten en kapitaal. Omdat de gezondheidszorg door de lidstaten als een nationale aangelegenheid is aangemerkt, beschikt de EG niet over een op de gezondheidszorg toegesneden referentiekader. Dat wreekt zich nu het Europese Hof heeft beslist, dat de gezondheidszorg niet is uitgezonderd van de toepassing van het gemeenschapsrecht. Het Hof van Justitie van de EG is gehouden de normen van het Europees Verdrag ook op de gezondheidszorg toe te passen, ook al verschillen de uitgangspunten en ordeningsprincipes van de nationale stelsels van gezondheidszorg van die van de interne markt. Hierdoor kan een niet voorzien en niet gewenst spanningsveld ontstaan. In steekwoorden laat zich dat spanningsveld voor Nederland als volgt schetsen.

Er bestaat een spanningsveld tussen de interne markt en de nationale zorgstelsels

Figuur 2.1 Spanningsveld Nederlands zorgstelsel versus Europese interne markt



Bron: RVZ

Anders dan in de periode vóór de arresten Decker en Kohll erkennen de lidstaten dat er een spanningsverhouding bestaat tussen enerzijds het vrije verkeer van goederen en diensten en anderzijds de bevoegdheid van de lidstaten om hun gezondheidszorg naar eigen inzicht in te richten, te financieren en te organiseren. De Raad van Ministers voor Volksgezondheid heeft in juni 1999 de volgende conclusie aanvaard: “De Raad onderstreept de noodzaak om procedures vast te stellen waarmee de gemeenschap en de lidstaten de consequenties van gemeenschapsbeleid en – activiteiten, in het bijzonder die met betrekking tot de interne markt, voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg kan bewaken, teneinde een adequate balans te bevorderen tussen de werking van de interne markt en de onveranderde verantwoordelijkheid van de lidstaten voor de organisatie en verlening van gezondheidszorg.”

De lidstaten erkennen dat en zijn waakzaam

De lidstaten hebben de uitspraken van het Europese Hof in de zaken Decker en Kohll niet zien aankomen. Daarom is het belangrijk dat het geschetste spanningsveld wordt verkend en de onzekerheid daarover wordt verminderd. Wat is er werkelijk aan de hand?

Een verkenning is nodig ...

Als Europa inderdaad invloed krijgt op de inrichting van de nationale zorgstelsels, stelt dat Nederland voor de vraag welke toekomst het voor zijn stelsel wil. In het regeerakkoord is afgesproken dat een discussie over de toekomst van het verzekeringsstelsel aan het eind van de kabinetsperiode wordt opgestart. Het kabinet heeft verder afgesproken dat voorlopig de status quo wordt gehandhaafd. Dat wordt meestal geïnterpreteerd als ‘geen initiatieven’, maar als Europa meer invloed krijgt, lijken initiatieven juist nodig om op termijn de status quo te kunnen handhaven. Immers: toepassing van het Europees verdrag stimuleert marktwerking in de zorg, hoewel het gissen is in welk tempo.

... want de toekomst van het nationale stelsel is aan de orde ...

Europa stelt de nationale politiek voor een heikel dilemma. Er is geen nationale strategie om de Europese kaart in het spel te spelen. Er is geen concreet scenario om de elkaar opvolgende Europese incidenten te counteren. Politieke heroverwegingen op het vlak van het verzekeringsstelsel zijn op korte termijn niet te verwachten. Maar het lijkt onverantwoordelijk de zaak op zijn beloop te laten. De regering zal vroeg of laat goed beslagen ten ijs moeten komen

... en een strategie ontbreekt

als het gaat om het behoud van het eigen karakter van het nationale zorgstelsel. Er zal ook een reactie moeten zijn op de voortdurende dreiging van incidenten. Hiermee is de probleemstelling van het advies gegeven.

2.2 Vragen

Op grond van deze probleemstelling zijn de volgende vragen aan de RVZ gesteld.

Wat is er aan de hand en wat moet er gebeuren?

1. Welke gevolgen hebben Europese wet- en regelgeving, jurisprudentie en andere ontwikkelingen voor het Nederlandse zorgstelsel, nu en in de toekomst?
2. Hoe dienen deze gevolgen beleidsmatig te worden beoordeeld en hoe urgent zijn zij?
3. In welke mate en ook op welke wijze kan het Nederlandse stelsel worden bewaard en: welke Europese aanpassingen zijn nodig of gewenst?
4. Hoe zou een strategisch beleidskader voor de middellange termijn er uit kunnen zien?
5. Welk beleidsinstrumentarium is op dit vlak noodzakelijk, op welke wijze kan hiervoor maatschappelijk draagvlak worden verkregen en hoe moet het actie- en implementatieprogramma er uitzien (inter-)nationaal en (inter-)departementaal?

3 Een blik op de Europese Gemeenschap

3.1 De regels van de Europese Gemeenschap

De Europese Gemeenschap ligt verankerd in het Europees Verdrag, dat voor het laatst is herzien bij het Verdrag van Amsterdam. Ook al bevat het Europees Verdrag geen bepalingen die de Europese Gemeenschap bevoegdheden toekennen op het terrein van de gezondheidszorg; er staan wel de nodige bepalingen in, die zorgen voor invloed van de Europese Gemeenschap op de gezondheidszorg. In bijlage 5 wordt daarvan een overzicht gegeven.

Veel verdragsbepalingen zijn voor de gezondheidszorg relevant ...

Voor dit advies zijn vooral de regels van belang die betrekking hebben op de mededinging en op het vrij verkeer binnen de Europese Gemeenschap. De achtergrondstudie van Pieters geeft daarvan een uitgebreide beschrijving*. Hier worden alleen een paar hoofdzaken aangestipt.

... vooral de bepalingen over vrij verkeer en mededinging

Het vrij verkeer

Het vrij verkeer geldt voor personen, diensten, goederen en kapitaal. Wat de gezondheidszorg betreft kan men daarbij achtereenvolgens denken aan patiënten en zorgverleners, zorgverlening en zorgverzekeringen, medicijnen en medische hulpmiddelen en de euro.

Vrij verkeer betreft patiënten, zorgverleners, zorgverzekeringen, gezondheidszorg, medicijnen en investeringskapitaal

Het vrij verkeer van diensten houdt onder andere in dat zelfstandigen en ondernemingen zich in de lidstaten mogen vestigen en het recht hebben daar tijdelijk te werken. De lidstaten mogen – afgezien van een paar uitzonderingen – geen beperkingen opleggen. Zowel de dienstverleners als de ontvangers kunnen zich op het Europees Verdrag beroepen. Voorwaarden zijn dat ze de nationaliteit van één van de lidstaten hebben en dat een grensoverschrijdend element aanwezig is.

Vrij verkeer is de norm ...

* De RVZ dankt mr. I. Cath, mr. dr. H.E.G.M. Hermans en prof. mr. J.M van der Most voor hun commentaar op de achtergrondstudie.

Er zijn een paar uitzonderingen:

- De bepalingen over het dienstenverkeer zijn niet van toepassing op werkzaamheden in een lidstaat ter uitoefening van het openbaar gezag.
- Beperkingen zijn mogelijk in het belang van de openbare orde, de openbare veiligheid en de volksgezondheid. Deze beperkingen mogen niet worden toegepast voor economische doeleinden.
- De 'rule of reason': beperkingen mogen worden opgelegd, mits:
 - gerechtvaardigd in het algemeen belang; het algemeen belang kan bestaan uit het financieel evenwicht van het nationale stelsel van sociale zekerheid;
 - geen discriminatie naar land van herkomst;
 - objectief noodzakelijk en proportioneel.

... maar er zijn uitzonderingen mogelijk

Dienstverlening omvat werkzaamheden van industriële of commerciële aard en verder de uitoefening van een ambacht of het vrije beroep. Het gaat om economische activiteiten, dat wil zeggen: diensten die gewoonlijk tegen vergoeding worden verleend. Van diensten in de collectieve sector is het vaak niet duidelijk of ze als 'economisch' kunnen worden aangemerkt. Het Europese Hof heeft privaat onderwijs als economische dienstverlening aangemerkt, maar staatsonderwijs niet, ook al wordt er schoolgeld voor gevraagd. Het lijkt bepalend voor het onderscheid of er al dan niet sprake is van commercieel winstoogmerk. Het Europese Hof heeft zich nog niet uitgesproken over de vraag of en onder welke condities dienstverlening op het terrein van de gezondheidszorg als 'economische activiteit' moet worden aangemerkt.

Het gaat om economische activiteiten

De uitspraken van het Europese Hof in de zaken Kohll en Decker laten een consequente toepassing op de gezondheidszorg zien van de normen en de jurisprudentie die op andere terreinen zijn ontwikkeld. Voor het Hof is de gezondheidszorg niet 'speciaal' en vanwege het ontbreken van een Europees referentiekader voor de gezondheidszorg kan dat ook niet anders.

Voor de rechter is de gezondheidszorg niet 'speciaal'

De mededinging

De bepalingen over mededinging hebben tot doel de marktwerking tussen ondernemingen in goede banen te leiden.

Het gaat om marktwerking ...

Ondernemingen zijn entiteiten die zelfstandig een economische activiteit uitoefenen. Ook overheidsondernemingen, overheidslichamen en de staat zelf kunnen als onderneming worden aangemerkt, voorzover zij economische of commerciële activiteiten ontplooiën.

... en ondernemingen

Het begrip 'economische activiteit' wordt ruim geïnterpreteerd, maar een duidelijke afbakening ontbreekt nog. Op het terrein van de sociale zekerheid zijn de volgende criteria gehanteerd om niet-economische activiteiten van economische te onderscheiden:

Maar wat zijn nu precies economische activiteiten?

- het beheer van een openbare dienst;
- de sociale functie van de regeling;
- de solidariteitsgrondslag;
- de afwezigheid van winstoogmerk;
- het wettelijk karakter van de uitkering en het ontbreken van een verband tussen prestaties en bijdragen.

De verdragsbepalingen over mededinging leggen zowel aan de ondernemingen als aan de lidstaten verplichtingen op. Ondernemingen mogen:

Mededingingsrecht: Gij zult geen ...

- geen kartels vormen;
- geen misbruik van een economische machtspositie maken.

Lidstaten mogen:

- ondernemingen geen staatssteun geven;
- geen maatregelen nemen die de voorschriften over kartels en monopolies ontkrachten.

Kartels

Het kartelverbod omvat elke afstemming tussen ondernemingen die de handel tussen lidstaten ongunstig kan beïnvloeden, dat wil zeggen: verhinderen, beperken of vervalsen. Niet de intentie telt, maar het effect.

... kartels vormen

Uitzonderingen zijn mogelijk als aan elk van de volgende voorwaarden is voldaan:

- de afstemming economische voordelen biedt;
- de consument er voordeel van heeft;
- de afstemming onmisbaar is voor het realiseren van beide voordelen;
- een minimum aan concurrentie overblijft.

Misbruik van machtspositie

Van een economische machtspositie is sprake als een

... misbruik maken van een economische machtspositie

onderneming objectief gezien in staat is daadwerkelijke mededinging op de voor haar relevante markt te verhinderen. Misbruik van zo'n machtspositie is verboden. Ook hier geldt het effect, niet de intentie. Verder moet de machtspositie de handel tussen de lidstaten ongunstig beïnvloeden: zij moet bestaan op de gemeenschappelijke markt of een wezenlijk deel daarvan. Een wezenlijk deel van de gemeenschappelijke markt kan overigens bestaan uit het grondgebied van een lidstaat.

Steunmaatregelen

Steunmaatregelen zijn onverenigbaar met de gemeenschappelijke markt. Voorwaarden zijn:

- er is sprake van een steunmaatregel van de staat of met staatsmiddelen bekostigd;
- begunstiging van bepaalde ondernemingen of producties;
- (dreigende) vervalsing van de mededinging;
- ongunstige invloed op het handelsverkeer tussen lidstaten.

Het verbod op steun maatregelen kent uitzonderingen, waarvan sommige vaststaan en andere ter beoordeling staan van de Europese Commissie.

... staatssteun geven ...

... uitzonderingen daargelaten

De Nederlandse Mededingingswet

Met ingang van 1 januari 1998 is in Nederland de Mededingingswet van kracht geworden, die sterk is geënt op de Europese mededingingsregels. De belangrijkste Europese regels zijn als het ware getransplanteerd in de Nederlandse Mededingingswet. In de toekomst zal de Nederlandse gezondheidszorg waarschijnlijk ook nog te maken krijgen met mededingingsbepalingen op mondiale schaal als de gezondheidszorg betrokken wordt bij het overleg in het kader van de World Trade Organization (WTO).

... of het mededingingsrecht ontkrachten

De Mededingingswet voorziet in een decentrale toepassing van de EG-mededingingsregels: hij verschaft de Nederlandse Mededingingsautoriteit de bevoegdheid te beslissen over de toelaatbaarheid van mededingingsregelingen en over het misbruik maken van een machtspositie op de gemeenschappelijke markt. De mededingingsbepalingen zijn van toepassing op ondernemingen. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars – ook ziekenfondsen – worden door de Nederlandse Mededingingsautoriteit als ondernemingen aangemerkt, omdat ze in haar ogen economische activiteiten ontplooiën. Wat de ziekenfondsen betreft, geldt dat zowel

De Nederlandse Mededingingswet is geënt op de Europese regels

voor het inkopen van zorg als voor het aanbieden van een ziekenfondsverzekering.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit oefent in toenemende mate invloed uit op de concurrentieverhoudingen in de gezondheidszorg. Deze invloed zal vanaf 2003 nog sterker worden wanneer overeenkomsten en dergelijke, die ingevolge enige andere wet onderworpen zijn aan goedkeuring door een bestuursorgaan, niet langer uitgesloten zijn van toepassing van de Mededingingswet. In november 1999 liggen zo'n 300 verzoeken uit de gezondheidszorg bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit om van de werking van de Mededingingswet te worden ontheven. Zij heeft al laten weten met een kritisch oog te kijken naar collectief overleg over concurrentiegevoelige onderwerpen en in het bijzonder naar de collectieve prijzenafspraken in de Nederlandse gezondheidszorg.

De NMa doet in de gezondheidszorg van zich spreken

De wijze waarop de Nederlandse Mededingingsautoriteit de Mededingingswet op de gezondheidszorg toepast, biedt overigens geen volledig beeld van de gevolgen waartoe een beroep bij het Europese Hof van Justitie op de Europese mededingingsbepalingen zou kunnen leiden. Er is namelijk een kenmerkend verschil tussen de wijze waarop het Europese Hof van Justitie en de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot een oordeel komen. Het Europese Hof van Justitie toetst of een bepaalde regeling in overeenstemming is met het EG-verdrag; derhalve niet alleen aan de mededingingsbepalingen, maar ook aan die inzake het vrij verkeer. Het is vaste rechtspraak van het Hof dat lidstaten geen maatregelen, zelfs niet van wettelijke of bestuursrechtelijke aard, mogen nemen of handhaven die het nuttig effect van de op de ondernemingen toepasselijke mededingingsregels van het EG-verdrag ongedaan kunnen maken. Het Hof heeft bijvoorbeeld de zaak-Ferlini in behandeling, waarin een ambtenaar van de Europese Gemeenschap wegens strijd met de Europese bepalingen over mededinging bezwaar maakt tegen een Luxemburgse tariefmaatregel. De Hamburgse rechter oordeelde dat een ziekenfonds dat in opdracht van de Duitse regering een zwarte lijst van geneesmiddelen invoerde, daarmee in strijd handelde met het Europese mededingingsrecht.

Het Europese Hof beoordeelt of het Nederlandse recht in overeenstemming is met het Europese

De Nederlandse Mededingingsautoriteit toetst alleen aan de

De NMa beoordeelt dit niet;

bepalingen van de Mededingingswet. Zij beschouwt de Nederlandse wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg als een gegeven. Dat kan tot uitspraken leiden, die vanuit Europees perspectief paradoxaal aandoen. Zo heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit gezegd dat toepassing van de verbodsbepalingen van het mededingingsrecht op ziekenhuizen thans niet aan de orde is, omdat hen van overheidswege de mogelijkheid is ontnomen elkaar noemenswaardig te beconcurreren. Het feit dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit louter het ondernemersgedrag van actoren in de gezondheidszorg toetst en het kader van wet- en regelgeving als gegeven beschouwt, betekent overigens dat verschuivingen in dat kader tot een andersluidend oordeel van de Nederlandse Mededingingsautoriteit kunnen leiden.

dat kan verschil maken

3.2 Het beleid van de Europese Gemeenschap

Gezondheidszorg als facetbeleid

De EG heeft in toenemende mate invloed op de gezondheidszorg, ook al heeft zij op dat terrein geen expliciete bevoegdheden. Die invloed is vaak het resultaat van maatregelen op andere gebieden dan de gezondheidszorg zelf. Voor een gedetailleerd overzicht verwijst de RVZ naar de achtergrondstudie van Belcher. De belangrijkste onderdelen zijn:

Veel Europees beleid raakt de gezondheidszorg ...

- Het EG-**gezondheids**beleid. Dit beleid is gericht op gezondheidspreventie, bewaking van de volksgezondheid en bescherming tegen bedreigingen van de volksgezondheid. Crises rond de BSE en dioxinekippen hebben onbedoeld tot een versteviging van het gezondheidsbeleid geleid. Eén van de speerpunten is de gezondheid op de werkplek. Een concreet voorbeeld is de werktijdenrichtlijn van de EG, die op termijn ook van toepassing wordt op artsen in opleiding.

... zoals het gezondheidsbeleid

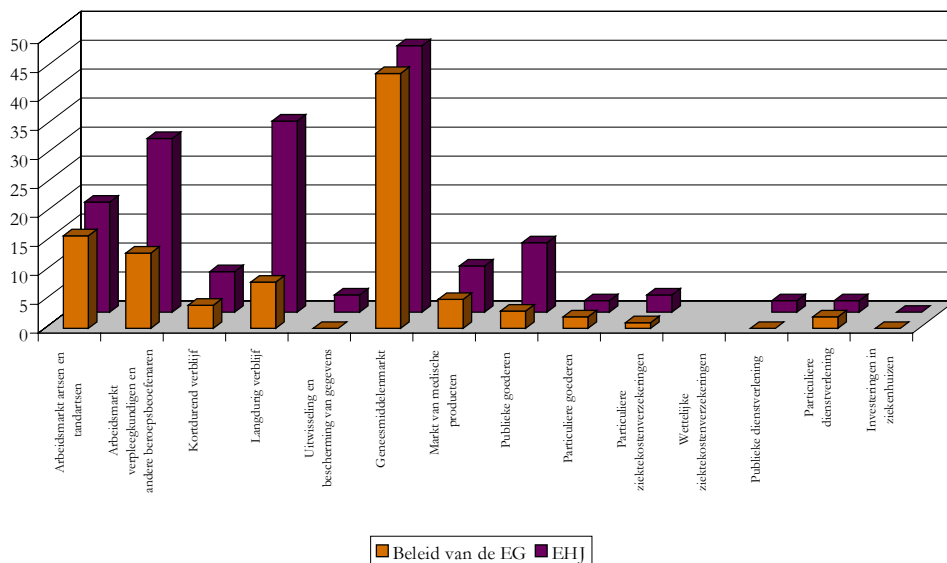
Het beleid gericht op **convergentie van sociale zekerheidsstelsels**. Het belang van de EG bij convergentie op het vlak van de sociale zekerheid ligt voor de hand. Convergentie neemt belemmeringen weg voor het vrij verkeer van personen binnen de EG. Verder ontnemt het de lidstaten de prikkel om de onderlinge concurrentiepositie te versterken door bezuinigingen op de uitgaven voor sociale zekerheid. Van de andere kant bewaken de lidstaten hun vrijheden op het gebied van de sociale zekerheid. De EG richt zich

... het convergentiebeleid ten aanzien van de sociale zekerheid

daarom niet op de harmonisatie van nationale stelsels, maar op de formulering van gemeenschappelijke doelstellingen. Wat de gezondheidszorg betreft, is zelfs dat momenteel nog een brug te ver.

- Het beleid gericht op het vervolmaken van **de interne markt**. Dit is het waar het in Europa in de eerste plaats om is begonnen. In de loop van de tijd heeft dit beleid steeds meer handen en voeten gekregen. De invloed op de economie, de sociale zekerheid, de arbeid en de zorg in de lidstaten neemt toe. Hierover verderop meer. ... de bevordering van de interne markt ...
- Het beleid gericht op **onderzoek en onderwijs**. Het gaat om veelomvattende programma's voor onderzoek, technologische ontwikkeling, onderwijs en training. Zij hebben onder andere betrekking op de gezondheidszorg en de volksgezondheid. ... het onderzoek- en onderwijsbeleid
- **Aanpalende beleidsterreinen**. Via maatregelen op beleidsterreinen zoals arbeid, milieu, economie, infrastructuur en landbouw heeft de EG indirect invloed op de gezondheidszorg. ... en zo voort

Figuur 3.1 Beslissingen van de EU en uitspraken van het Europees Hof (interne markt) met gevolgen voor de gezondheidszorg



Bron: P. Belcher 1999

Het politiek-bestuurlijke proces in de EG

Belcher gaat in zijn achtergrondstudie uitgebreid in op de besluitvorming in het kader van de Europese Gemeenschap. Een aantal elementen dat voor dit advies van belang is, wordt hier naar voren gehaald:

Zicht op de besluitvorming in de EG is belangrijk

- In de eerste plaats de **politieke wil** tot actie bij de Ministers uit de lidstaten. Zonder politieke wil van de Raad van Ministers ontstaat geen Europees beleid op het gebied van de gezondheidszorg. De Ministers moeten het initiatief nemen. Het draagvlak op politiek niveau is cruciaal voor wat daarna gebeurt. De afgelopen jaren is gebleken dat de Raad van Ministers in toenemende mate de politieke bereidheid toont om activiteiten te ontplooiën op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg.
Het initiatief ligt bij de Raad van Ministers
- De **Europese Commissie**. De impressie van de Commissie-Prodi is dat zij een beleid zal voeren dat vooral gericht is op het voorkomen van bedreigingen voor de volksgezondheid, zoals BSE en dioxinevergiftiging. Er zijn geen aanwijzingen voor ambities op het terrein van de gezondheidszorg.
De Europese Commissie heeft geen ambities op het terrein van de gezondheidszorg
- **De wijze waarop beleid wordt geïmplementeerd**. Onderscheid moet worden gemaakt tussen de 'hard law approach' en de 'soft law approach'. Het Europees Verdrag is verschillende keren gewijzigd en gezondheid heeft een prominentere plaats daarin gekregen ('hard law approach'). Daarnaast zijn uitspraken van de Raad van Ministers, aanbevelingen uit studies en rapporten en bijvoorbeeld de verklaring op de Noordwijkconferentie in 1991 van belang ('soft law approach'). De Europese Commissie heeft rekening te houden met deze politieke uitspraken, studies en besluiten. Het Europese Hof gebruikt ze bij de interpretatie van wetteksten.
'Soft law' als 'hard law' een brug te ver is
- De **definiëring van het subsidiariteitsbeginsel**. Dit beginsel komt hieronder apart aan de orde.
Een positieve benadering
- De **rol van het Europese Hof van Justitie** wordt steeds belangrijker. Bij gebreke van een duidelijke plaatsbepaling van de gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap bepaalt de rechtspraak van het Hof hoe en in hoeverre het gemeenschapsrecht doorwerkt op de nationale stelsels.
De rechter zit noodgedwongen op de stoel van het bestuur

van gezondheidszorg. In de Decker en Kohll arresten is dit duidelijk naar voren gekomen.

Het subsidiariteitsbeginsel

Het subsidiariteitsbeginsel is verwoord in het Verdrag van Maastricht. In het Verdrag van Amsterdam (artikel 152) is het voor de gezondheidszorg als volgt gespecificeerd: “De Gemeenschap respecteert de verantwoordelijkheid van de lidstaten voor de organisatie en de uitvoering van de gezondheidszorg als zij activiteiten op het terrein van de openbare gezondheid onderneemt.”

Het subsidiariteitsbeginsel kan verschillend worden geïnterpreteerd. Sommigen lezen het als ‘handen af van de gezondheidszorg’ en gebruiken het om de Europese Gemeenschap van dat terrein te weren. Het subsidiariteitsbeginsel kan ook worden gezien als een eerste expliciete erkenning van een rol van de Europese Gemeenschap op het terrein van de gezondheidszorg, zij het één die de verantwoordelijkheid van de lidstaten respecteert. Een andere uitleg zou bovendien strijdig zijn met het gegeven dat veel Europese wetgeving consequenties voor de gezondheidszorg heeft. Verder waren er al voor het Verdrag van Amsterdam beleidsdocumenten waarin sprake was van een ondersteunende rol van de Europese Gemeenschap. Zo kan worden gewezen op de resolutie van de Raad van Ministers uit 1991, waarin wordt gesteld dat de Europese Gemeenschap mogelijkheden biedt tot samenwerking om gemeenschappelijke uitdagingen op het terrein van de gezondheidszorg tegemoet te treden. Deze resolutie heeft vervolgens geleid tot studies van de Europese Commissie naar bijvoorbeeld informatie-uitwisseling over ‘verantwoorde zorg’, kostenbeheersing en health technology assessment.

Tijdens de conferentie van Potsdam in 1999 heeft de Duitse minister van Volksgezondheid Andrea Fischer een oproep gedaan tot een opener benadering van de taakverdeling op het terrein van de gezondheidszorg tussen de lidstaten en de Europese Gemeenschap. Alle lidstaten worden geconfronteerd met gemeenschappelijke problemen, als gevolg van globalisering van de economie, technologische veranderingen, toenemende kosten en een toenemende mobiliteit van de bevolking. Volgens haar is het voor het welzijn van de Europese gezondheidsbeleid van beslissend belang dat de Europese Gemeenschap de lidstaten helpt met het zoeken naar oplossingen. Natuurlijk zullen sommigen

De EU: indien en voorzover

Welke invulling wordt aan die formulering gegeven?

Een positieve invulling is productiever dan een negatieve

zeggen dat de Europese Gemeenschap de hele hand pakt als ze een vinger krijgt. Dat wantrouwen verdient aandacht, zowel van de Europese Commissie als van de lidstaten. “Maar”, aldus minister Fischer, “is het uiteindelijk niet productiever om te kijken naar onderwerpen en gebieden waarop de Europese Gemeenschap een positieve bijdrage kan leveren, dan de aandacht vooral te richten op gebieden die tegen invloed van de Gemeenschap beschermd moeten worden?”

3.3 De markt van de Europese Gemeenschap

De inrichting, de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg zijn voorbehouden aan de lidstaten. Er is dus geen specifiek Europees beleid voor invoering van de interne markt op het terrein van de gezondheidszorg, zoals dat wel het geval is voor sectoren als de telecommunicatie. Dat neemt niet weg dat de bepalingen van het Europees Verdrag die bedoeld zijn om de totstandkoming van een interne markt te bevorderen, ook van invloed zijn op de gezondheidszorg. Deze hebben zoals eerder gezegd betrekking op het vrij verkeer van goederen, diensten, kapitaal en personen en de onderlinge mededinging. Wat is de stand van zaken?

Wat is de stand van zaken?

Vrij verkeer van zorgverleners

Burgers van de lidstaten mogen overal in de Europese Gemeenschap hun beroep uitoefenen. Voor artsen, tandartsen, apothekers, verpleegkundigen en verloskundigen is dit in specifieke richtlijnen uitgewerkt. Daarin staan minimum-opleidingseisen geformuleerd waaraan de beroepsbeoefenaar moet voldoen om in andere lidstaten te worden erkend. Lidstaten moeten ook bepaalde medische specialismen erkennen. De desbetreffende specialisten hoeven dan in andere lidstaten geen verdere opleiding te volgen voordat ze hun beroep kunnen uitoefenen. Voor andere beroepen geldt een richtlijn op grond waarvan opleidingen wederzijds zijn erkend. Dat houdt niet in dat de beroepsbeoefenaren automatisch in andere lidstaten hun beroep mogen uitoefenen. Dat kan afhangen van de daar geldende regels voor de beroepsuitoefening.

Zorgverleners mogen in andere lidstaten hun beroep uitoefenen ...

Van de mogelijkheden die deze regels de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg bieden, wordt betrekkelijk weinig

... maar weinigen doen dat

gebruikgemaakt. Slechts 0,2 procent gaat in een ander land van de Europese Gemeenschap werken. Hoe komt dat?

Belcher noemt in zijn achtergrondstudie een aantal redenen:

- gebrek aan informatie;
- de regels zijn ingewikkeld en worden niet of niet correct toegepast;
- bureaucratistische obstakels;
- taalproblemen en persoonlijke omstandigheden;
- cultuurverschillen in de zorgverlening;
- de 'medische macht': de machtige nationale artsensorganisaties beperken het vrij verkeer van beroepsbeoefenaren.

Sommige belemmeringen, zoals het gebrek aan informatie en de tegenwerking van lidstaten, zullen op den duur waarschijnlijk verdwijnen. Zo heeft de Europese Commissie aangekondigd, dat zij de regels gaat vereenvoudigen, de administratieve lasten gaat beperken en de voorlichting gaat verbeteren. Andere belemmeringen hebben een permanent karakter, zoals de taalproblemen en de cultuurverschillen. Wat zou bij een grotere mobiliteit van beroepsbeoefenaren te winnen en te verliezen zijn?

- Fricities in de beschikbaarheid van beroepsbeoefenaren kunnen beter worden opgevangen. Zo werven Nederlandse ziekenhuizen verpleegkundigen over de grens.
- Daar staat tegenover dat de beroepskrachtenplanning van de lidstaten ontregeld kan raken.
- De opleiding van artsen en andere beroepsbeoefenaren kan winnen bij ervaring die in het buitenland wordt opgedaan. Maar het omgekeerde kan ook het geval zijn.
- Een groot vraagteken kan worden gezet bij het uitgangspunt van de Europese regelingen dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening kan worden afgemeten aan de initiële opleiding of training. Het grootste risico van een vrij verkeer van beroepsbeoefenaren ligt in het ontbreken van betrouwbare garanties voor de kwaliteit van de feitelijke beroepsuitoefening. Daarom is het belangrijk dat de artsensorganisaties bij de Europese Commissie pleiten voor de ontwikkeling van een Europees accreditatiesysteem, waaraan sancties zijn verbonden voor beroepsbeoefenaren die niet bij blijven.

Dat zal geleidelijk wel veranderen

Vrij verkeer van patiënten

Particuliere patiënten kunnen overal in de Europese

Voor patiënten zijn de

Gemeenschap op zoek naar gezondheidszorg. Particuliere zorgverzekeraars kunnen eveneens over de grens zorg inkopen. Maar het grootste deel van de gezondheidszorg, zo'n 75 procent, vindt niet in de private maar in de collectieve sector plaats. De meeste lidstaten beperken de vergoeding in principe tot de zorg die in eigen land is verleend. De EG-Verordening 1408 regelt verder voor werknemers ook vergoeding van zorg in het buitenland. De uitspraken van het Europese Hof in de zaken Decker en Kohll openen de grenzen voor alle ingezetenen van de EG, hoewel de uitspraken vragen openlaten, zoals:

- Gelden zij voor alle goederen en diensten in de gezondheidszorg?
- Gelden zij ook voor de ziekenhuizen? Deze vraag is in de zaak Vanbraeckel aan het Europese Hof voorgelegd.
- Gelden zij ook voor lidstaten zonder restitutie-systeem?
- Moeten goederen en diensten in het buitenland vooraf door een arts in het thuisland zijn voorgeschreven? Dit is één van de vragen die in de zaken Smits en Peerbooms aan het Europese Hof zijn voorgelegd.
- Wat is de positie van nationale systemen van planning en kostenbeheersing?

binnengrenzen opengezet

De omvang van het patiëntenverkeer over de grens is beperkt. Dat is de ervaring uit de experimenten met Euregio's. Dat blijkt ook uit de beschikbare financiële gegevens over het patiëntenverkeer onder de EU-regels voor migrerende werknemers. Beide wijzen op een omvang van minder dan 1 procent van de verzekerden, c.q. van de collectieve uitgaven voor gezondheidszorg. De achtergrondstudie van Brouwer bevestigt dat beeld. Maar volgens hem laat de mobiliteit van patiënten binnen Nederland (rond de 10 – 20 procent) zien dat het grensoverschrijdend verkeer omvangrijker zal worden, wanneer de bestaande beperkingen wegvallen. Patiënten zullen zich dan echter nog steeds voornamelijk beperken tot de aangrenzende regio's. Alleen voor specifieke - gespecialiseerde - zorg is men bereid verder te reizen. Toch zal ook dan het overgrote deel van de zorg binnen de regio van de woonplaats worden gezocht. Belcher haalt een onderzoek naar transkantonaal patiëntenverkeer in Zwitserland aan, dat evenals het onderzoek van Brouwer aannemelijk maakt dat zonder barrières meer patiënten de grens over zullen gaan dan nu.

Patiënten blijven hoofdzakelijk in de eigen regio

Van invloed op de huidige geringe omvang van het patiëntenverkeer over de grens zijn:

- de mate van waardering voor het eigen systeem van gezondheidszorg;
- bekendheid met het recht om zorg over de grens te krijgen;
- gehechtheid aan de eigen gezondheidszorg;
- beschikbaarheid van vergelijkende gegevens over de zorg aan beide zijden van de grens;
- de aanwezigheid van administratieve en bureaucratische barrières.

Er zijn heel wat obstakels ...

Het is te verwachten dat een aantal obstakels voor patiëntenverkeer over de grens zal verdwijnen of minder omvangrijk zal worden. Patiënten zullen hun rechten ontdekken, informatie krijgen over zorg in het buitenland en de regelingen zullen patiëntvriendelijker worden. Behalve van de voorkeur voor het vertrouwde en bekende zal het dan vooral van de kwaliteit van de eigen gezondheidszorg en van de wachttijden afhangen of patiënten in eigen land blijven of de grens overgaan. De grens overgaan zal vooral betekenen: naar aangrenzende regio's gaan. Dat wil zeggen dat inspanningen voor en investeringen in interregionale samenwerking belangrijk zijn. Aandachtspunten zijn onder andere verschillen in:

- de verwijzing van patiënten;
- specialismen en kwaliteit;
- serviceverlening;
- wachttijden;
- tarieven;
- eigen betalingen;
- de samenstelling van de patiëntenpopulatie.

... waarvan sommige zullen verdwijnen

Factoren die in nabije toekomst een toename van het patiëntenverkeer in de hand kunnen werken zijn:

- uitbreiding van de Europese Gemeenschap met landen uit centraal en Oost-Europa;
- convergentie van gezondheidszorgsystemen;
- toenemende concurrentie in de gezondheidszorg;
- de komst van internationale centra voor superspecialistische zorg;
- de invoering van de euro.

Dan zullen meer patiënten de grens overgaan

Vrij verkeer van goederen

Het vrij verkeer van goederen kan op den duur leiden tot het

Een Europese markt voor

ontstaan van een Europese markt voor geneesmiddelen, hulpmiddelen en apparatuur. Zo ver is het echter nog niet. De EG heeft sinds 1965 (thalidomide-kwestie) veel technische wetgeving totstandgebracht, gericht op de veiligheid en werkzaamheid van nieuwe geneesmiddelen. Maar de lidstaten hebben daarnaast hun eigen wetten en regelingen voor onder andere de verstrekking en de prijzen van geneesmiddelen. Voor hulpmiddelen gelden verschillende Europese regelingen, waarin de nadruk ligt op de bewaking van de veiligheid en de werkzaamheid tijdens het gebruik. Er zijn nog allerlei nationale barrières voor de handel in genees- en hulpmiddelen. Die belemmeren de concurrentie op de Europese markt. Het is waarschijnlijk dat de EG zich zal gaan inzetten voor een verdere harmonisatie van zaken als verpakkingen, bijsluiters en merknamen. Een verdere harmonisatie van prijzen kan dan niet achterblijven. De prijsverschillen tussen de lidstaten zijn in sommige gevallen groot en dat zal met de invoering van de euro beter zichtbaar worden. Nu profiteren apothekers nog van die verschillen, maar straks zoeken wellicht verzekeraars of patiënten – al dan niet met behulp van Internet – naar de leveranciers met de goedkoopste prijzen. In hoeverre een nationaal prijs- en vergoedingsbeleid dan zinvol zal blijven, moet worden afgewacht. De formele bevoegdheid van de lidstaten om prijzen en vergoedingen te reguleren is door het Europese Hof bevestigd. Maar het advies van de commissie-De Vries om de prijzen van geneesmiddelen los te laten, is een teken aan de wand dat de komst van een Europese markt voor genees- en hulpmiddelen een kwestie van tijd is.

genees- en hulpmiddelen is een kwestie van tijd

Vrij verkeer van diensten

Nederlandse zorgaanbieders die patiënten uit andere lidstaten behandelen. Zorginstellingen uit andere EG-landen die in Nederland hun diensten aanbieden.

Vrij verkeer van gezondheidszorg is in principe mogelijk ...

Samenwerkingsverbanden tussen Nederlandse zorginstellingen en die uit andere EG-landen. De regels van de Europese Gemeenschap maken dat in principe mogelijk, maar het Nederlandse systeem van aanbodregulering schept beperkingen. In hoeverre die beperkingen verenigbaar zijn met het recht van de Europese Gemeenschap komt in het volgende hoofdstuk aan de orde. Hier worden de meest in het oog springende aangestipt.

- *Budgettering*

Het behandelen van buitenlandse patiënten is alleen aantrekkelijk als de opbrengst niet met het budget hoeft te worden verrekend. Dat is echter wel het geval.

... maar er zijn belemmeringen

Buitenlandse patiënten zijn daardoor financieel alleen interessant als er niet genoeg Nederlandse patiënten kunnen worden behandeld om de maximale omzet die het budget toestaat, te behalen.

- *Toelating*

In het Nederlandse systeem van aanbodregulering is een koppeling aangebracht tussen de mogelijkheid om zorg in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekeringen te verlenen en het vergunningensysteem van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen is gericht op het Nederlands grondgebied en sluit dus per definitie zorginstellingen uit andere lidstaten uit.

- *Contracten*

De contracten die individuele zorgverzekeraars en zorgverleners sluiten in het kader van de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen zijn gebonden aan nationale kaderafspraken of modelovereenkomsten. De tarieven worden door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg vastgesteld. Buitenlandse zorgaanbieders staan hier buiten.

Zorgverzekeraars die in een andere lidstaat van de EG willen opereren, zijn gehouden aan de schaderichtlijnen van de Europese Gemeenschap. Met name de derde schaderichtlijn is van belang. Deze bepaalt dat particuliere ziektekostenverzekeraars zich dienen te houden aan de regels van het land van vestiging. De schaderichtlijnen hebben tot doel de nationale barrières op de markt van schadeverzekeringen te slechten. Sociale verzekeringen zijn van de werking uitgesloten en voor Nederland is een uitzondering gemaakt voor de uitvoering van de Wet op de toegang ziektekostenverzekeringen. De aanvullende ziektekostenverzekeringen vallen er wel onder.

Vrij verkeer van zorgverzekeringen is in principe mogelijk ...

Er zijn buitenlandse ziektekostenverzekeraars op de Nederlandse markt actief, maar zij hebben te kampen met beperkingen ten opzichte van Nederlandse Ziektekostenverzekeraars:

- Zij staan buiten de totstandkoming van de landelijke overeenkomsten met zorgverleners of moeten zich daarbij laten vertegenwoordigen door organisaties waarin de Nederlandse verzekeraars dominant zijn.
- Zij zijn niet in staat een gekoppeld aanbod te doen van verplichte en aanvullende verzekeringen.
- In het kader van de AWBZ dienen zij zich te laten vertegenwoordigen door een Nederlandse verzekeraar

... maar er zijn belemmeringen

met een dominante marktpositie.

3.4 Conclusies

- | | |
|---|---|
| - Op de inrichting financiering en organisatie van de gezondheidszorg zijn zowel nationale regels als regels van de Europese Gemeenschap van toepassing. De onderwerpen zijn voorbehouden aan de lidstaten en de nationale regels zijn toegesneden op de gezondheidszorg. De Europese regels zijn dat niet, maar gaan bij strijdigheid met de nationale regels voor. | Twee normenselsels |
| - Gezondheidszorg bestaat grotendeels uit dienstverlening. De Europese regels maken onderscheid tussen economische en niet-economische dienstverlening. Van dienstverlening in de collectieve sector is het vaak niet duidelijk tot welke categorie ze moet worden gerekend. Dat geldt ook voor de gezondheidszorg. | Economische dienstverlening of niet? |
| - Het onderscheid tussen economische en niet-economische activiteiten is van belang voor de toepassing van het Europese mededingingsrecht. Een duidelijke afbakening ontbreekt nog, maar van belang is onder andere de sociale functie van de regeling in het kader waarvan de activiteiten worden ontplooid. | Een duidelijke afbakening ontbreekt |
| - Voor de toepassing van het mededingingsrecht op de Nederlandse gezondheidszorg is het van belang dat: <ul style="list-style-type: none">▪ De Nederlandse Mededingingsautoriteit de activiteiten van instellingen en zorgverzekeraars op de zorgmarkt als economisch heeft aangemerkt. Het Europese Hof heeft zich daar nog niet over uitgesproken.▪ De Nederlandse Mededingingsautoriteit het mededingingsbeperkende karakter van de Nederlandse zorgregulering als een gegeven aanvaardt, terwijl het Europese Hof dat toetst aan het Europees Verdrag. | Europees mededingingsrecht: hetzelfde maar toch een beetje anders |
| - Onderdelen van de Nederlandse gezondheidszorg komen in toenemende mate onder invloed van Europees beleid. Genoemd kunnen worden: medicijnen, hulpmiddelen, apparatuur, opleidingen en arbeidsvoorwaarden. | Europese invloed neemt toe |
| - De Europese Commissie heeft niet de ambitie een eigen gezondheidszorgbeleid te voeren. Het is aan de lidstaten om initiatieven te nemen, die de spanning tussen het eigen gezondheidszorgbeleid en de impact van het | Geen Europees zorgbeleid |

- Europese beleid op de gezondheidszorg kunnen verminderen.
- De Raad van Ministers van Volksgezondheid lijkt het aangewezen gremium daarvoor. Raad van Ministers kan daaraan wat doen
 - De formulering van het subsidiariteitsbeginsel in het Europees Verdrag biedt aanknopingspunten voor een zinvolle rolverdeling tussen de lidstaten en de Europese Gemeenschap op het terrein van de gezondheidszorg. Subsidiariteit is aanknopingspunt
 - Migratie van zorgverleners tussen de lidstaten van de Europese Gemeenschap is heel beperkt, maar kan in omvang toenemen als bestaande belemmeringen wegvallen. De toetreding van Midden- en Oost-Europese landen tot de Europese Gemeenschap kan voor een grotere migratiestroom zorgen. Dat zal impact hebben op de planning, opleiding en salariëring. Zorgverleners nog honkvast
 - Het grensoverschrijdend patiëntenverkeer is heel beperkt van omvang en doet zich vooral in de grensregio's voor. Het kan in omvang toenemen als bestaande belemmeringen wegvallen, maar zal zich voornamelijk tot de grensregio's blijven beperken. Dat geldt overigens niet voor zorg van een bijzonder specialistisch karakter. Patiënten ook
 - Voor het grensoverschrijdend goederenverkeer (medicijnen en hulpmiddelen) gelden nationale barrières, maar het ontstaan van een Europese markt lijkt uiteindelijk niet te voorkomen. Wel Europese markt voor goederen
 - Het grensoverschrijdend dienstenverkeer ondervindt beperkingen als gevolg van de nationale zorgstelsels. De omvang zal ongetwijfeld toenemen als die beperkingen wegvallen. Het kan leiden tot een verdere schaalvergroting bij de zorgverzekeraars en een grensoverschrijdende organisatie van delen van de gezondheidszorg mogelijk maken. Diensten ondervinden nog belemmeringen
 - Gegeven de beperkte omvang van het grensoverschrijdend verkeer vraagt vooralsnog vooral de toepassing van de Europese regels op de ordening en de regulering van de Nederlandse gezondheidszorg de aandacht. Probleem zit in de toepassing van marktnormen op de gezondheidszorg

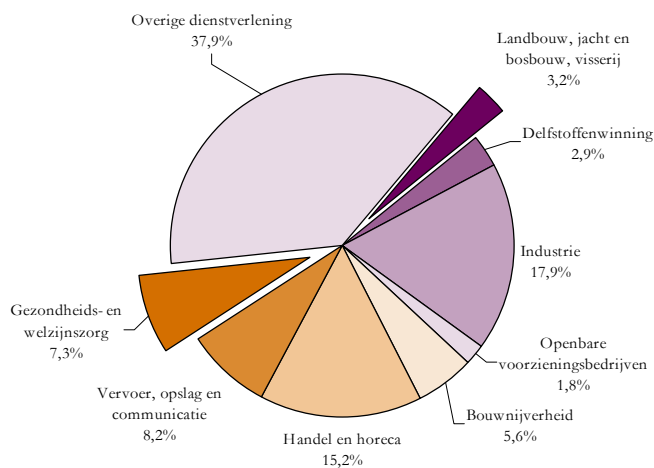
4 Kansen en bedreigingen voor de Nederlandse gezondheidszorg

4.1 Inleiding

Gezondheid is een belangrijke component van de nationale welvaart. Regeringen zijn zich daar wél van bewust en zetten zich in voor een verdere reductie van sterfte en ziekten. Ze gaan potentiële bedreigingen voor de gezondheid tegen, die voortkomen uit economische crises, een ongezonde leefomgeving of risicovol gedrag. En zij proberen de effectiviteit van hun systeem van gezondheidszorg verder te verbeteren. Dat laatste is nodig, omdat de gezondheidszorg steeds meer vermag bij te dragen aan de gezondheid van de bevolking, maar ook steeds duurder wordt. De financiering en de organisatie van de gezondheidszorg zijn onderwerpen van toenemend belang.

Gezondheid is een bron van welvaart

Figuur 4.1 Toegevoegde waarde (bruto, basisprijzen) naar bedrijfstakken en –klassen (1997)



Bron: CBS 1999

Alle lidstaten van de Europese Gemeenschap zijn bezig met hervormingen van hun systeem van gezondheidszorg. Die systemen kenmerken zich door diversiteit, een logisch gevolg van de verschillende keuzen die in loop van de tijd zijn gemaakt en van de prioriteiten die zijn gesteld. De hervormingen zijn geënt op de bestaande systemen en vertonen daarom verschillen. Er zijn echter ook gemeenschappelijke kenmerken of ontwikkelingen, die voortkomen uit het gegeven dat de lidstaten voor gemeenschappelijke uitdagingen staan en daarover met elkaar contact onderhouden.

De effectiviteit van het zorgsysteem verder verbeteren ...

De lidstaten zien zich met het probleem geconfronteerd dat het steeds moeilijker wordt om de hele gezondheidszorg voor iedereen in dezelfde mate toegankelijk te houden. Enerzijds plaatst dat de nationale regeringen voor de noodzaak om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen, anderzijds stelt het hen voor vragen over de omvang van het pakket en de kring van verzekerden of rechthebbenden. Zij worstelen met de vraag hoe zij de toegankelijkheid van de zorg en de kosten met elkaar in evenwicht kunnen houden en zoeken de oplossing in de eerste plaats in een efficiënte besteding van de middelen. Twee recepten vinden steeds meer navolging:

... binnen het raam van de economische mogelijkheden ...

- **Vrije inkoop van zorg**

Zorgverleners en zorginstellingen moeten voldoen aan kwaliteitseisen, maar verder moet hun status (publiek, privaat) er niet toe doen. De instantie die belast is met de zorginkoop moet zo goed mogelijk gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die er zijn.

... door vrije inkoop van zorg ...

- **Betaling vooraf**

Zorgverleners worden niet door de patiënt betaald als hij gebruik maakt van de voorziening, maar vooraf door degene die zorg inkoop. Deze is daardoor beter in staat efficiënt zorg in te kopen, terwijl de patiënt niet door de noodzaak van eigen betalingen in financiële problemen komt.

... en de zorgverlener vooraf te betalen

Marktwerking in de klassieke betekenis van het woord wordt steeds minder als een reële optie gezien. Het wordt uit internationaal onderzoek gaandeweg duidelijker dat marktwerking in de gezondheidszorg niet alleen leidt tot ongelijke toegang tot de zorg, maar ook tot een inefficiënte besteding van middelen. De WHO zegt het in haar World Health Report 1999 zo: "Market mechanisms have enormous utility in many sectors and have underpinned rapid economic growth for over a century in Europe and elsewhere. But the

Klassieke marktwerking is voor de gezondheidszorg geen reële optie

very countries that have relied heavily on market mechanisms to achieve the high incomes they enjoy today are the same countries that rely most heavily on governments to finance their health services. Therein lies a lesson. ... Achieving high health outcomes requires a combination of universal entitlement and tight control over expenditure.”

4.2 Beoordelingskader

Er zijn zowel principiële als praktische argumenten om voor de korte en middellange termijn uit te gaan van nationale systemen van gezondheidszorg. Die argumenten sluiten overigens een substantiële rol van Europa niet uit, een rol die op lange termijn aanzienlijk aan gewicht kan winnen.

- De dienstverlening op het terrein van de gezondheidszorg wordt – met uitzondering van de superspecialistische medische zorg – in hoofdzaak op het niveau van regio’s georganiseerd. Ook het grensoverschrijdend verkeer van patiënten speelt zich voornamelijk binnen regionale grenzen af, zoals de experimenten met de Euregio’s laten zien. Voor het beleid en bestuur van de gezondheidszorg blijkt de regio een adequate schaal. Zelfs voor een klein land als Nederland blijkt dat reden voor decentralisatie van besluitvorming.
- De gezondheidszorg is nauw verweven met de culturele identiteit van regio’s en landen. Niet alleen de opvattingen over wat gezond-zijn betekent, verschillen, maar ook de wijze waarop de gezondheidszorg wordt beoefend en uitgevoerd en het stelsel van waarden en normen waarbinnen dat gebeurt. Differentiatie in beleid en bestuur is daarom geboden.
- De nationale stelsels van gezondheidszorg hebben in de loop van hun ontwikkeling kenmerkende structuren en procedures ontwikkeld, die passen in de nationale bestuurscultuur en bepalend zijn voor hun werkzaamheid en doeltreffendheid. Die kenmerken liggen overigens niet voor altijd vast en als de bestuurscultuur in de lidstaten onder invloed van Europa verandert, zullen ze mee veranderen. Uit een oogpunt van effectief bestuur is het echter belangrijk dat veranderingen geleidelijk verlopen en organisch in de bestaande stelsels kunnen worden opgenomen. In het perspectief van Europese eenwording pleit dat voor veranderingen (afstemming en convergentie)

Nationale systemen van gezondheidszorg zijn vertrekpunt, want ...

gezondheidszorg is een regionaal gebeuren ...

... verweven met de cultuur van landen en regio’s

Verder is continuïteit belangrijk ...

met de nationale stelsels als vertrekpunt.

- Gegeven de doelstelling van een voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg is het nodig dat de kosten in de pas lopen met de economische mogelijkheden. Die lopen nog per lidstaat uiteen en deze verschillen zullen als Oost-Europese landen tot de EG toetreden, nog groter worden. Voor de korte en de middellange termijn is dit een argument voor het behoud van nationale stelsels van gezondheidszorg. Als de Europese Gemeenschap een economische eenheid vormt, ligt dat anders.

... en lopen de economische mogelijkheden van de lidstaten uiteen

De centrale doelstelling van het Nederlandse systeem van gezondheidszorg kan als volgt worden omschreven. Noodzakelijke zorg van goede kwaliteit moet voor iedereen toegankelijk en betaalbaar zijn. Karakteristieke kenmerken van het huidige Nederlandse stelsel zijn:

Het Nederlandse zorgstelsel heeft karakteristieke kenmerken ...

1. Een gemengd publiek-privaat verzekeringsstelsel, dat aan zijn doel beantwoordt, maar als een lappendeken is samengesteld.
2. Vraagbeheersing door het aanbod schaars te houden en de noodzaak van zorgverlening te toetsen.
3. Een kwaliteitsbeleid waarin de nadruk ligt op zelfregulering, klantgerichtheid en evidence-based werken.
4. Een kostenbeleid dat is gebaseerd op budgetten en productieafspraken.
5. Een taakverdeling tussen overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties, die is gebaseerd op onderlinge afhankelijkheid, samenwerking en afspraken op landelijk, regionaal en plaatselijk niveau.

Zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven, staat de invloed van de Europese regelingen voor vrij verkeer en mededinging op gespannen voet met een aantal kenmerken van het Nederlandse stelsel:

...die op gespannen voet staan met principes van de interne markt

- Er ligt geen gezondheidszorgbeleid aan ten grondslag;
- Doelstellingen van het zorgbeleid zoals toegankelijkheid en solidariteit zijn ondergeschikt aan economische doelstellingen.
- Bestuurlijke principes van samenwerking en zelfsturing zijn in het kader van de Europese regelgeving niet relevant.
- De allocatie- en ordeningsmogelijkheden van een vrije markt worden toegepast, terwijl voor het overgrote deel van de gezondheidszorg alleen sterk gereguleerde vormen van marktwerking geschikt zijn.

In de volgende paragraaf zullen de kansen en bedreigingen van Europa voor de vijf hiervoor genoemde kenmerken van het Nederlandse stelsel afzonderlijk worden besproken.

De spanning wordt in de volgende paragrafen zichtbaar gemaakt

4.3 Kansen en bedreigingen

1 Het gemengde verzekeringsstelsel

Uit het oogpunt van Europese regelgeving is de Wet op de toegang ziektekostenverzekeringen het belangrijkste en duidelijkste knelpunt in het bestaande verzekeringsstelsel.

De Wtz is een groot knelpunt ...

De verplichting voor iedere particuliere verzekeraar die in Nederland werkzaam is om een standaardverzekering aan te bieden en de MOOZ-bijdrage te betalen, kan de Europese toets niet doorstaan. Hoewel deze maatregelen niet discrimineren, leiden ze er wel toe dat het verrichten van diensten tussen lidstaten moeilijker wordt dan het verrichten van diensten binnen een enkele lidstaat. Door het ontbreken van een ontheffingsmogelijkheid of een meer verfijnde overgangsregeling gaan dergelijke maatregelen verder dan strikt noodzakelijk is om hun op zichzelf gerechtvaardigde doel te bereiken.

... vanwege de standaardverzekering en de MOOZ-bijdrage

Er zijn daarnaast ook nog andere knelpunten, die minder duidelijk of minder ingrijpend lijken.

Er zijn nog andere potentiële problemen, zoals ...

Zo kan het samengaan van uitvoerders van de verplichte zorgverzekeringen met zorgverzekeraars die niet in dat wettelijk kader actief zijn, een verboden indirecte steunmaatregel inhouden. Ziekenfondsen en particuliere uitvoerders van de AWBZ ontplooiën praktisch allemaal zowel economische als niet-economische activiteiten. Voor de uitgaven in het kader van hun niet-economische activiteiten krijgen zij een bepaald bedrag aan middelen, waaronder ook overheidsgeld. In de praktijk zal het echter moeilijk zijn de aanwending van deze middelen zuiver aan de niet-economische activiteiten voor te behouden. In het bijzonder de vergoedingen voor de beheerskosten zijn problematisch, omdat bijvoorbeeld personeel van het ziekenfonds of de particuliere verzekeraar vaak voor zowel de economische als de niet-economische activiteiten wordt ingezet. Voorzover dit overheidsgeld, dat primair bedoeld is om de uitgaven in het kader van de wettelijke verzekeringen te dekken, wordt

... geldstromen die onvoldoende gescheiden zijn ...

aangewend ter financiering van de economische activiteiten van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, is er sprake van een - verboden - indirecte steunmaatregel.

Een ander punt is de positie van het zorgkantoor. Zoals het zorgkantoor nu is geregeld, is het in essentie de vertegenwoordiger van de zorgverzekeraars in het kader van de AWBZ. Uit de bevoegdheid van het zorgkantoor om overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders volgt dat de verzekeraars onderling tot een bepaalde overeenstemming komen over de onderhandelde materie. Dit is in strijd met het kartelverbod. Er is minstens sprake van onderling op elkaar afgestemde gedragingen, die de handel tussen de lidstaten ongunstig kunnen beïnvloeden. De buitenlandse verzekeraar die in Nederland een omvattend zorgpakket, inclusief de AWBZ, wil aanbieden, stuit immers op de plicht zich te laten vertegenwoordigen door het zorgkantoor in zijn onderhandelingen met de zorgverleners en dus ook op de plicht om in samenspraak met de overige verzekeraars op te treden. Dit kan hem ervan weerhouden om de Nederlandse markt te betreden. De buitenlandse zorgaanbieder die verstrekkingen uit het AWBZ-pakket in Nederland wil verlenen, stuit op een hecht blok van tegenpartijen die hem hun voorwaarden kunnen opleggen. Bovendien verhinderen deze gedragingen de mededinging binnen de gemeenschappelijke markt. Verzekeraars worden de facto verplicht tot een éénvormig standpunt ten opzichte van de zorgverleners te komen; het wordt hen onmogelijk gemaakt met elkaar in concurrentie te treden.

... de status van het
zorgkantoor ...

Dubieus is de praktijk om de aanvullende verzekering de wettelijk verplichte verzekering te laten volgen. Dat kan misbruik van machtspositie opleveren, hetgeen verboden is onder het Europese mededingingsrecht. Een verzekeraar is in zijn hoedanigheid van aanbieder van de verplichte wettelijke zorgverzekeringen geen onderneming en derhalve niet onderworpen aan het Europese mededingingsrecht, wel in zijn hoedanigheid van aanbieder van aanvullende verzekeringen. De koppelingspraktijk verschaft de uitvoerder van de wettelijke zorgverzekeringen een aanzienlijk competitief voordeel ten opzichte van de verzekeraar die niet in dat wettelijk kader actief is. Of deze praktijk misbruik van machtspositie oplevert, hangt in de eerste plaats af van het oordeel van het Hof over de aard van de aanvullende verzekering: als die aard verband houdt met de ziekenfondsverzekering levert de koppelingspraktijk geen misbruik van machtspositie op. Als dat verband ontbreekt, dan

...en de koppeling tussen
ziekenfonds- en
aanvullende verzekering

is de koppelingspraktijk in strijd met het Europese recht, voorzover de ziekenfondsverzekeraar druk uitoefent op de verzekerde om naast de wettelijke ook een aanvullende verzekering af te sluiten.

Deze oordelen zijn nog niet door de rechter getoetst. Ze berusten op een deskundige en onpartijdige toetsing van het verzekeringsstelsel aan het recht van de Europese Gemeenschap. Als de rechter deze oordelen onderschrijft, kunnen de kansen en bedreigingen voor het verzekeringsstelsel als volgt worden ingeschat.

De rechter moet dit nog bevestigen

A. Het huidige verzekeringsstelsel

In het regeerakkoord van het tweede Paarse kabinet is over het verzekeringsstelsel afgesproken dat de status quo wordt gehandhaafd. In dat verband is het belangrijk dat de Wtz in zijn huidige vorm kwetsbaar is. Reparatie lijkt niet mogelijk zonder het bestaande evenwicht tussen de collectieve en de particuliere verzekeringen in het tweede compartiment te verstoren. Als dat het geval blijkt, is aan een kleine of grote stelselwijziging - althans aan een discussie daarover - niet te ontkomen.

Vanwege de Wtz is een discussie over het stelsel nodig

De gecombineerde uitvoering van wettelijk verplichte en van particuliere verzekeringen is in zoverre problematisch dat collectieve middelen kunnen worden gebruikt voor particuliere doeleinden. Het is staand beleid dat dit niet mag en dat toezicht ervoor moet zorgen dat het niet gebeurt. Als mocht blijken dat de geldstromen desondanks niet uit elkaar gehouden kunnen worden, is het mogelijk dat de rechter een gecombineerde uitvoering verbiedt. Indien dat tot gevolg heeft dat de uitvoering van de verzekeringen strikt gescheiden moet worden, ontstaat ook een breuk met de status quo. Vrijwel alle ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars bieden collectieve contracten aan, waarin aan ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden een gecombineerd aanbod wordt gedaan. Particuliere ziektekostenverzekeraars hebben zelfs zogenaamde postbus-ziekenfondsen opgericht om dergelijke collectieve contracten te kunnen aanbieden. In het kader van zogenaamde employee-benefits worden daar ook nog andere financiële diensten aan gekoppeld. De consequentie van een verplichting om de wettelijke ziektekostenverzekeringen strikt afzonderlijk uit te voeren, zou zijn dat het aanbod van collectieve contracten en employee-benefits wordt

Een gescheiden uitvoering van publieke en van particuliere verzekeringen kan noodzakelijk worden

belemmerd.

De precieze status van de zorgkantoren heeft lang in de lucht gehangen. Enerzijds is overwogen om het zorgkantoor een zelfstandige status te geven, anderzijds om de zorgkantoren als vertegenwoordiger van de zorgverzekeraars te positioneren. De eerste optie past wellicht het beste bij de beoogde functie van het zorgkantoor. De tweede optie continueert de in het verleden gekozen formule en houdt de zorgverzekeraars betrokken bij de uitvoering van de AWBZ. De samenhang in de uitvoering van het eerste en tweede compartiment is daarmee wellicht gediend. Uiteindelijk is de tweede optie gekozen, wat tot gevolg heeft dat de zorgkantoren onderdeel zijn van of verbonden blijven aan onderling met elkaar concurrerende verzekeraars. Als mocht blijken dat deze hybride constructie in het licht van de Europese regelgeving niet houdbaar is, komt de andere optie weer in beeld. Onoverkomelijk lijkt dat niet.

Voor het zorgkantoor kan een andere constructie nodig zijn

De eventuele noodzaak tot het verbreken van koppelingen tussen de verplichte en de aanvullende verzekeringen maakt het wenselijk om de functie en de samenstelling van de aanvullende verzekering nog eens kritisch te bezien. In het aanvullende pakket zitten verstrekkingen die door veel verzekerden als noodzakelijk worden beschouwd. Als de koppeling wordt losgelaten, zal het draagvlak voor de aanvullende verzekering smaller worden en zullen verplicht verzekerden moeilijker in staat zijn zich voor dat pakket te verzekeren.

De koppelverkoop van ziekenfonds- en aanvullende verzekeringen kan door de rechter worden verboden

B. Veranderingen in het stelsel

Hoe de kansen en bedreigingen op termijn moeten worden beoordeeld, hangt in belangrijke mate af van de visie die men heeft op de verdere ontwikkeling van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Er is in de politiek en in het veld een sterke neiging tot handhaving van de status quo, maar er zijn ook veel voorstanders van zowel een verdere collectivisering als van privatisering van het stelsel. De spreiding van de opvattingen hierover komt onder andere naar voren in een scenario-analyse van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) over de toekomst van (zorg)verzekeringen. In het STG-rapport 'Zicht op zekerheid' worden vier scenario's geschetst, die zijn opgebouwd rond twee assen: publiek-privaat en individueel-collectiviteit. Alle scenario's kunnen worden ingevuld met

In andere scenario's voor het verzekeringsstelsel zijn de consequenties ook anders

behelp van rapporten van politieke partijen en adviesorganen.

Om in de veelheid van opvattingen een paar concrete ankerpunten voor verdere analyse te vinden, is behalve bij de status quo aansluiting gezocht bij de posities die zijn verwoord in het advies van de SER over 'Sociale zekerheid en gezondheidszorg'. In dat advies uit 1998 constateert de SER dat in de actuele discussie over de toekomst van de sociale zekerheid en gezondheidszorg twee benaderingen dominant lijken, die qua strekking en op onderdelen ook weer terug te vinden zijn in de scenario's van de STG. De beide benaderingen kunnen worden getypeerd als:

1. 'doorzetten decentralisering en decollectivering';
2. 'acceptatie collectieve verantwoordelijkheid'.

De SER heeft die scenario's geschetst

Deze scenario's zijn beschreven in bijlage 8.

Ad 1 Scenario decentralisering en decollectivering

In een gedecollectiviseerd stelsel zal de Wtz verdwijnen. Terwijl de positie van de Wtz voor het scenario 'status quo' een probleem oplevert, kan zij voor de realisatie van het scenario 'decollectivering' een voordeel betekenen. De Wtz levert een noodzaak tot verandering op, die de realisatie van dit scenario kan bespoedigen. Het scenario voorziet namelijk in een overgangperiode, waarin vanwege de gesignaleerde problemen met de standaardverzekering en de MOOZ geen plaats lijkt voor een tijdelijke continuering van de Wtz.

Het verdwijnen van de Wtz is geen probleem

Een gecombineerde uitvoering van verschillende verzekeringen levert in dit scenario alleen bezwaar op voorzover de AWBZ in het geding is. Als daardoor het risico ontstaat dat collectieve middelen worden gebruikt voor de uitvoering van particuliere verzekeringen is dat een argument voor een aparte uitvoering van de AWBZ.

Gecombineerde uitvoering van AWBZ en particuliere verzekering problematisch

In dit scenario wordt de AWBZ beperkt tot onverzekerbare risico's. Daardoor ontstaat een pakket waar particuliere verzekeraars per definitie geen taak hebben. Een zelfstandige positie van het zorgkantoor ligt dan in de rede.

Aparte status zorgkantoor logisch

In dit scenario zullen uiteindelijk in het tweede compartiment geen verplichte verzekeringen overblijven. Als in plaats daarvan een verzekeringsplicht (WA-variant) wordt ingevoerd, is het aannemelijk dat zij betrekking zal hebben op

Koppelverkoop kan om andere reden probleem zijn

een welomschreven basispakket. Verzekeraars kunnen dan om commerciële redenen een koppel van verzekeringen aanbieden, bestaande uit een basispakket met een – aanvullend plus. Dat kan voor verzekerden interessant zijn, maar kan ook worden gebruikt om slechte risico's te weren. Voor de overheid levert dat een reden op om in het kader van flankerend beleid verzekerden tegen zo'n vorm van risicoselectie te beschermen.

Ad 2 Scenario acceptatie collectieve verantwoordelijkheid

In dit scenario is het perspectief, dat in het tweede compartiment een collectieve verzekering voor iedereen ontstaat. Dat gebeurt geleidelijk via uitbreiding van het verzekerdenbestand van de ziekenfondsverzekering en convergentie van de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering. De Wtz zal in dit overgangstraject moeilijk kunnen worden gemist. Hybride constructies lijken sowieso noodzakelijk om convergentie tussen publiekrechtelijke en privaatrechtelijke verzekeringen te kunnen realiseren. De eerder geconstateerde problemen met de Wtz zullen een snel traject naar een collectieve verzekering noodzakelijk maken.

De kwetsbaarheid van de Wtz maakt een kort veranderingsproces noodzakelijk

In dit scenario bestaan het eerste en het tweede compartiment uiteindelijk uit collectieve verzekeringen. Het ligt voor de hand dat deze verzekeringen gecombineerd worden uitgevoerd of dat de AWBZ door een selectie van de verzekeraars van het tweede compartiment wordt uitgevoerd. Weglekken van collectieve middelen of oneigenlijke ondersteuning van private verzekeringen kan worden voorkomen door alleen verzekeraars tot de uitvoering toe te laten die zich beperken tot de uitvoering van de collectieve verzekeringen. Tijdens het in dit scenario voorziene overgangstraject is de gecombineerde uitvoering van collectieve en private verzekeringen natuurlijk wel een probleem.

Collectief geld blijft apart

De status van het zorgkantoor als vertegenwoordiger van de gezamenlijke zorgverzekeraars zal in dit scenario een probleem blijven vormen, omdat de verzekeraars van het tweede compartiment elkaars concurrent blijven op de verzekerings- en op de zorgmarkt. Er zou dan sprake zijn van een ongeoorloofd kartel. Bij een zelfstandige positie van het zorgkantoor zou het probleem zich niet voordoen.

Aparte status van zorgkantoor blijft nodig

Voor de aanvullende verzekering geldt hetzelfde als wat gezegd is voor de status quo. Nodig is een weloverwogen afbakening van het tweede en het derde compartiment langs de lijn: wel noodzakelijk – niet noodzakelijk.

Goede afbakening met derde compartiment nodig

Conclusies

- Het gemengd publiek-private karakter van het Nederlandse verzekeringsstelsel maakt het in de Europese context kwetsbaar.
- De houdbaarheid van de Wtz vormt het grootste probleem.
- De gesignaleerde problemen verdwijnen nagenoeg geheel als het stelsel verandert volgens het scenario decentralisering en decollectivering. In het stelsel wordt dan een duidelijke scheiding tussen het privaat en het collectief geregelde deel gemaakt.
- Hetzelfde geldt als het stelsel verandert volgens het scenario van collectieve verantwoordelijkheid.
- De in deze beide scenario's voorziene veranderingstrajecten moeten kort duren, omdat in de overgangperiode nog steeds - kwetsbare - hybride constructies aanwezig blijven.

Hybride verzekeringsstelsel kwetsbaar
Wtz grootste probleem

Minder problemen in een geprivatiseerd systeem ...

... of in een gecollectiveerd systeem
Korte overgangperiode gewenst

2 Vraagbeheersing via schaarste

In de wijze waarop in de Nederlandse gezondheidszorg de omvang van de vraag wordt beheerst, spelen de aanspraken een betrekkelijk beperkte rol. Wel van belang is het systeem van indicatiestelling waarmee de noodzaak van het gebruik van gezondheidszorg wordt beoordeeld. Het accent ligt verder op de beheersing van het aanbod en met name de omvang. Dat gebeurt voor het Nederlands grondgebied, waarbij ervan uit wordt gegaan dat de patiënten in eigen land gebruik maken van de voorzieningen. De uitspraken in de arresten Decker en Kohll ondergraven dat uitgangspunt. De kansen en bedreigingen verdienen daarom bespreking. Hetzelfde geldt voor een tweede instrument in de aanbodbeheersing: de capaciteitsplanning en –beheersing van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Ook die is territoriaal gericht en dat is in het kader van de Europese regelgeving een zwakke plek.

Aanbodregulering staat ook ter discussie

Een directe consequentie van de uitspraken in de zaken Decker en Kohll is, dat het vereiste van voorafgaande toestemming voor het ontvangen van zorg in het buitenland

Aanbod over de grens is zonder voorafgaande toestemming toegankelijk ...

en de speciale betalingsregeling die daarvoor geldt niet langer houdbaar zijn. Het feit dat in het Nederlandse stelsel ook zorgovereenkomsten gesloten kunnen worden met aanbieders in het buitenland doet daaraan niet af. De facto beperken deze overeenkomsten zich immers voor het overgrote deel tot het Nederlandse zorgaanbod, zodat de nationale markt van zorgaanbieders wordt afgeschermd.

De rechter heeft zich er nog niet over uitgesproken of het bovenstaande ook geldt voor ziekenhuiszorg. Die kwestie is in de zaak Vanbraeckel aan het Europese Hof voorgelegd. Er moet ten minste rekening mee worden gehouden dat de Europese rechter de deur verder zal openzetten voor grensoverschrijdende zorgverlening. In de zaken Smits en Peerbooms is zelfs aan de orde of vergoeding kan worden geweigerd van in Nederland niet-gebruikelijke zorg die in het buitenland verkregen wordt. Brouwer geeft in zijn achtergrondstudie een overzicht van kansen en bedreigingen vanuit het perspectief van verschillende partijen in de gezondheidszorg.

... en dat geldt mogelijk ook voor ziekenhuiszorg

Figuur 4.2 Kansen en bedreigingen voor verschillende partijen

	Kansen	Bedreigingen
Patiënten	<ul style="list-style-type: none"> 👍 meer aanbod 👍 meer variatie in aanbod 👍 kortere wachttijden 	<ul style="list-style-type: none"> 👎 onduidelijkheid over vergoedingen 👎 langere reistijd
Zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> 👍 extrabudgettair werken 👍 buitenlandse patiënten aantrekken 👍 gevarieerder aanbod bieden 	<ul style="list-style-type: none"> 👎 meer concurrentie 👎 ondernemingsrisico
Zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> 👍 diversificatie verzekeringsaanbod 👍 selectie van 'preferred providers 	<ul style="list-style-type: none"> 👎 risico's van contracteren 👎 meer concurrentie
Overheid	<ul style="list-style-type: none"> 👍 verschuiving verantwoordelijkheid naar markt 	<ul style="list-style-type: none"> 👎 vertrouwde stelsel onder vuur 👎 verlies van macht

Bron: W. Brouwer, 1999

De mogelijkheid om zonder toestemming vooraf over de grens zorg te zoeken, is goed voor patiënten, omdat het de feitelijke toegankelijkheid van de zorg verbetert. Als er in eigen land een tekort aan capaciteit is of als die capaciteit onvoldoende kan worden gebruikt, kan dat tekort worden aangevuld. Het idee dat de Nederlandse gezondheidszorg als een gesloten systeem kan functioneren, behoort daarmee tot het verleden. Dat wil nog niet zeggen dat het een open systeem wordt. Immers, de gezondheidszorg is voornamelijk een regionale aangelegenheid, zowel om culturele als om functionele redenen. Of patiënten voor gezondheidszorg naar het buitenland gaan, hangt in sterke mate af van de kwaliteit en de toegankelijkheid van het aanbod in de eigen regio. Een aspect van die toegankelijkheid is de indicatiestelling. Als patiënten het idee hebben dat hen door de wijze van indicatiestelling in eigen land zorg onthouden wordt, kan dat een reden zijn om uit te wijken naar het buitenland. De mogelijkheid om naar het buitenland te gaan, biedt patiënten een alternatief en dat is een prikkel om in de eigen regio en in het eigen land voldoende zorg van goede kwaliteit beschikbaar te stellen. Verder bieden de experimenten met grensoverschrijdende zorg, die in de Euregio's plaatsvinden, de mogelijkheid om het grensoverschrijdend verkeer in goede banen te leiden.

Er is een alternatief voor tekorten en tekortkomingen in eigen land

In het bovenstaande ligt tevens een antwoord op de vraag of de arresten Decker en Kohll het einde inluiden van vraagbeheersing in de gezondheidszorg via aanbodbeheersing. Dat lijkt niet noodzakelijk het geval, vanwege het feit dat patiënten vooral in de eigen regio geholpen willen worden. Er zal wel - meer dan tot nu toe - zorgvuldig rekening moeten worden gehouden met de behoeften aan zorg en met het aanbod aan de andere kant van de grens. Er zijn waarschijnlijk ook in de wijze van vraag- aanbodregulering veranderingen nodig.

Aanbodregulering is niet absoluut ...

Een voorbeeld biedt de toelating van instellingen tot de uitvoering van de verplichte verzekeringen. De verplichting die verzekeraars hebben om met toegelaten instellingen in hun werkgebied contracten te sluiten, belemmert aanbieders uit andere lidstaten in de uitoefening van hun recht op vrij dienstenverkeer. Dat komt onder andere doordat die toelating gebonden is aan een vergunning op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, die alleen instellingen in Nederland

... maar er zijn wel veranderingen nodig

kunnen krijgen. De consequentie zou dus kunnen zijn dat die contracteerverplichting wordt opgeheven.

Conclusies

- | | |
|--|---|
| - De feitelijke toegankelijkheid van de zorg verbetert. | Toegankelijkheid verbetert |
| - Vraagbeheersing blijft mogelijk, maar zal minder zwaar op het bestaande systeem van aanbodbeheersing kunnen steunen. | Er komt een zwaarder accent op vraagbeheersing |
| - Voorzover er aanbodbeheersing blijft, zal deze meer rekening moeten houden met de behoeften van patiënten en de aanwezigheid van aanbod over de grens. | Er zal meer rekening worden gehouden met de patiënt |

3 Kwaliteit via zelfregulering

Een toenemende mobiliteit van patiënten, zorgverleners en instellingen binnen Europa zal leiden tot een grotere diversiteit van aanbod. Er zal meer verschil in kwaliteit zijn en dat zal van belang worden als er meer concurrentie komt. Het biedt kansen en bedreigingen. Kansen waar een opwaardse druk op het kwaliteitsniveau ontstaat, bedreigingen waar het met de kwaliteit de andere kant op gaat.	Kwaliteit zal er meer toe doen
--	--------------------------------

Zorginstellingen hebben zich in Nederland te houden aan de Kwaliteitswet. Dat zal niet veranderen. De wet zal ook van toepassing zijn op instellingen van buitenlandse herkomst die in Nederland werkzaam willen zijn. Daarmee houdt Nederland greep op het eigen kwaliteitsniveau. Hetzelfde kan niet worden gezegd van de beroepsbeoefenaren, zoals eerder in het advies is uiteengezet. Buitenlandse diploma's moeten worden geaccepteerd ook al zijn ze van minder niveau. De Europese regelgeving houdt met gebrek aan praktijkervaring en bijscholing geen rekening. Dat houdt risico's in, die het beste op Europees niveau kunnen worden getackeld.	Er zijn risico's voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening
---	--

Kwaliteit is een containerbegrip, dat afhankelijk van wie het gebruikt een andere betekenis krijgt. Professionele kwaliteit heeft een andere inhoud dan kwaliteit volgens patiënten. Als patiënten in Europa meer keuzemogelijkheden krijgen, zal hun beleving van kwaliteit aan belang winnen. Het is moeilijk te voorspellen welke consequenties dat precies zal hebben. De patiëntenrechten zullen wel beter worden nageleefd. Maar je kunt er twijfels over hebben of Nederlandse kwaliteitskenmerken als zinnig en zuinig voorschrijven, evidence-based werken en het toepassen van protocollen	Evidence-based werken in Europa niet vanzelfsprekend
--	--

overeind blijven. Het hangt ervan af of de patiënt ziet dat hij daarvan voordeel heeft. Er zal meer dan nu behoefte zijn aan een deskundige en onpartijdige beoordeling van de kwaliteit van instellingen en beroepsbeoefenaren, waar patiënten op kunnen vertrouwen.

Conclusies

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Het is niet vanzelfsprekend dat typisch Nederlandse kwaliteitskenmerken als evidence-based werken overeind blijven.- Kwaliteitsaspecten die de patiënt belangrijk vindt, zullen meer gewicht in de schaal leggen.- Consumentenvoorlichting over kwaliteit en kwaliteitsverschillen zal aan belang winnen.- Op Europees niveau zijn garanties nodig voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening. | <p>Nederlandse kwaliteit moet zich bewijzen</p> <p>Het oordeel van de patiënt wordt belangrijker</p> <p>Consumentenvoorlichting is geboden</p> <p>Europese garanties voor de kwaliteit van beroepsuitoefening nodig</p> |
|--|---|

4 Kostenbeheersing door budgettering

In zijn achtergrondstudie voor dit advies verwijst Brouwer voor de kosten van grensoverschrijdende zorg naar rapportage van het NZi. Daaruit komt naar voren dat de kosten voor de patiënt aanzienlijk kunnen zijn. Voor de verzekeraar zijn de kosten van behandelingen en medicijnen en de eventuele meerkosten alleen maar via schattingen te benaderen. Dat komt onder andere door verschillen in de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd, verschillen in regelgeving en verschillen in eigen bijdragen. Het NZi komt uiteindelijk tot de conclusie dat het prijsniveau van de zorg in het experiment waarop de rapportage betrekking heeft, niet veel verschilt van vergelijkbare zorg in Nederland. In samenhang met de geringe omvang van het grensoverschrijdende verkeer leidt dat tot de conclusie dat de gevolgen voor de kosten die ten laste van het Nederlandse zorgbudget komen, gering zijn. Zolang het kostenniveau in de omliggende landen vergelijkbaar blijft, zal dat ook bij een grotere omvang van het grensoverschrijdende verkeer het geval blijven, omdat de kosten ervan in de plaats komen van kosten die anders in Nederland zouden zijn gemaakt.

Geen grote verschillen in prijsniveau

Belangrijker zijn de mogelijke effecten van de Europese regels op het Nederlandse systeem van kostenbeheersing. Dat is gebaseerd op de toepassing van instellingsbudgetten, productieafspraken en tarieven. Het is niet onmogelijk dat de budgetten en de beperkingen die zij meebrengen een

Er moet ruimte blijven voor individuele tariefafspraken

belemmering kunnen opleveren voor het grensoverschrijdend dienstenverkeer en voor de mededinging op relevante markten. Als de Europese rechter tot die conclusie zou komen, kan het principe van instellingsbudgettering op de tocht komen te staan. Er lijkt dan moeilijk aan te ontkomen om naar alternatieven te zoeken, zoals het werken met budgetten voor verzekeraars ter uitvoering van de wettelijke verzekeringen. Als het zover zou komen, zou de consequentie zijn dat instellingen voor activiteiten buiten de sfeer van de collectieve verzekeringen meer financiële armslag krijgen.

Verder zijn in dit verband de collectieve contracten van belang, die ten grondslag liggen aan de tarieven in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Daarover hieronder meer.

Conclusies

- Er zijn aan grensoverschrijdend patiëntenverkeer geen grote consequenties voor de kosten van de gezondheidszorg verbonden. Niet de kosten ...
- Er moet wel rekening mee worden gehouden dat de Europese regelgeving consequenties heeft voor de wijze waarop de kosten kunnen worden beheerst. ... maar de kostenbeheersing loopt gevaar
- Het is niet uit te sluiten dat de Europese rechter de wijze waarop de budgetten en tarieven van de Wet Tarieven Gezondheidszorg totstandkomen, strijdig acht met het mededingingsrecht. De wijze waarop de tarieven totstandkomen, is problematisch

5 Samenwerking en afspraken maken

Het bestuur van de Nederlandse gezondheidszorg wordt gekenmerkt door communicatie, overleg en samenwerking van publieke en private instanties en organisaties. Een verschijnsel waaruit dat blijkt, is de traditie om op landelijk niveau afspraken te maken over aard en omvang van de zorgverlening en de kosten die daarmee gemoeid zijn. Die traditie is wettelijk verankerd in het overeenkomstenrecht van de Ziekenfondswet en de AWBZ en de in de wijze waarop de tarieven van de Wet Tarieven Gezondheidszorg totstandkomen. Daarnaast worden ook buiten deze wettelijke kaders om dergelijke overeenkomsten gesloten. Het is een traditie van door de wet geschraagde zelfregulering, die op gespannen voet staat met het Europese mededingingsrecht. De Nederlandse Mededingingsautoriteit heeft laten weten dat die buitenwettelijke vormen van landelijke overeenkomsten op haar kritische belangstelling kunnen rekenen.

De Nederlandse gezondheidszorg is één en al overleg en samenwerking

De wettelijk verankerde vormen van landelijke overeenkomsten tussen verzekeraars en zorgaanbieders, waarvan de AWBZ, de Ziekenfondswet en de Wet Tarieven Gezondheidszorg uitgaan, zijn op zijn minst problematisch in het kader van het Europees kartelrecht. Als ze daarmee in strijd blijken, haalt het Europees recht een belangrijk onderdeel van het Nederlands stelsel van gezondheidszorg onderuit.

... maar kartels mogen niet

Het naturastelsel van wettelijke ziektekostenverzekeringen houdt in dat verzekeraars ten behoeve van hun verzekerden een pakket aan zorg inkopen bij een aantal zorgverleners. Hiertoe sluit elke individuele zorgverzekeraar zogenaamde medewerkersovereenkomsten met zorgverleners. Het inkopen van zorg is een economische activiteit. Zorgverzekeraars, inclusief de uitvoerders van de wettelijke zorgverzekeringen, zijn derhalve in hun relatie ten opzichte van aanbieders van zorg aan te merken als ondernemingen. De overeenkomsten tussen verzekeraars en zorgaanbieders zijn daarmee onderhevig aan het Europese kartelrecht.

Het inkopen van zorg is een economische activiteit

De Nederlandse wetgever heeft het aan verzekeraars en zorgverleners overgelaten om aan de hand van collectief overleg de algemene en bijzondere voorwaarden voor het zorgaanbod op de Nederlandse of de regionale markt vast te leggen. Daarmee wordt beoogd dat over het hele land vrijwel dezelfde normen en overeenkomsten gelden in de betrekkingen tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Indien succesvol monden de onderhandelingen over de inhoud van de medewerkersovereenkomsten op landelijk niveau uit in Uitkomsten Van Overleg (UVO's). Als ze mislukken, stelt het College voor zorgverzekeringen (Cvz, voorheen de Ziekenfondsraad) een modelovereenkomst op. Met behulp van individuele medewerkersovereenkomsten worden dan de resterende afspraken tussen zorgaanbieder en verzekeraar vastgelegd. Deze moeten overeenstemmen met de voor de desbetreffende categorie gesloten UVO of modelovereenkomst. Wijken zij er vanaf dan kunnen aan individuele medewerkersovereenkomsten geen rechten worden ontleend.

De wettelijke verzekeringen schrijven landelijke overeenkomsten voor ...

De prijsvorming is geregeld in de WTG. Hierin is zowel sprake van het bepalen van vaste tarieven voor bepaalde zorg als van maximumtarieven voor andere zorgsoorten. De maximumtarieven werken in de praktijk echter uit als vaste tarieven. Het lage niveau van de maxima sorteert het effect

... en zij liggen aan de tarieven van de WTG ten grondslag

dat geen enkele zorgaanbieder onder dat tarief duikt. Bovendien is het de zorgaanbieders strafrechtelijk verboden een hoger bedrag in rekening te brengen dan het overeengekomen tarief.

De landelijke overeenkomsten kunnen worden aangemerkt als kartels zoals omschreven in artikel 81 van het EG-Verdrag. Het bestaan van een kartelafpraak op zich is niet voldoende om tot een inbreuk op het Europese kartelrecht te kunnen besluiten. De afspraak moet ook de handel tussen de lidstaten ongunstig kunnen beïnvloeden. Voldoende daartoe is dat de handel tussen lidstaten potentieel ongunstig wordt beïnvloed. Het doel van de Nederlandse wetgever is de essentiële elementen van de medewerkersovereenkomsten voor het hele land gelijk te schakelen. Een dergelijke gelijkenschakeling van prijzen op landelijk niveau lijkt tot gevolg te hebben dat een aanbieder of verzekeraar met vestigingsplaats in een andere lidstaat geen prijs kan bedingen tegen normale marktvoorwaarden. Dit kan de handel tussen de lidstaten ongunstig beïnvloeden.

Die landelijke overeenkomsten kunnen als kartelafpraak worden aangemerkt ...

Voor het vaststellen van een inbreuk moet tenslotte vaststaan dat de overeenkomsten ertoe strekken of tot gevolg hebben dat de mededinging binnen de gemeenschappelijke markt wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Het bindend karakter van de UVO's of modelovereenkomsten zorgt ervoor dat aan deze voorwaarde is voldaan. Doordat op landelijk niveau afspraken worden gemaakt omtrent bijvoorbeeld de prijs en de kwaliteit van de zorg, wordt de onderhandelingsvrijheid van de individuele zorgaanbieders en –verstrekkers immers danig beperkt. De mogelijkheden om met elkaar te concurreren nemen bijgevolg af.

Er is dus een reële kans dat UVO's en modelovereenkomsten strijdig zullen worden bevonden met het Europese recht inzake kartelvorming. Omdat deze overeenkomsten tot doel hebben de essentiële punten van de individuele medewerkersovereenkomsten vast te stellen, lijkt een nietigverklaring van deze overeenkomsten de nietigverklaring van de medewerkersovereenkomsten tot gevolg te hebben. Het Europese recht houdt geen rekening met de vrijstelling die in het Nederlands mededingingsrecht voor deze overeenkomsten bestaat.

... en kunnen door het Europese Hof nietig worden verklaard

Conclusies

- Het Europese mededingingsrecht vormt een bedreiging voor de landelijke overeenkomsten in het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg.
 - Hetzelfde geldt voor regionale afspraken tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en zorgverzekeraars over de aard, de omvang en de kosten van de zorgverlening.
- De bodem onder het stelsel van landelijke overeenkomsten is wankel
...
... en dat geldt ook voor regionale overeenkomsten

5 Het advies

5.1 Antwoorden

Vraag 1

Welke gevolgen hebben Europese wet- en regelgeving, jurisprudentie en andere ontwikkelingen voor het Nederlandse zorgstelsel, nu en in de toekomst?

Welke gevolgen?

Antwoord

De Europese Gemeenschap voert geen eigen gezondheidszorgbeleid. Toch komen onderdelen van de Nederlandse gezondheidszorg in toenemende mate onder invloed van Europa. Genoemd kunnen worden: medicijnen, hulpmiddelen, apparatuur, opleidingen en arbeidsvoorwaarden.

Toenemende invloed van de EG ...

Die invloed gaat uit van Europese regelgeving en Europees beleid op andere terreinen. Het belangrijkste onderdeel is de bevordering van een gemeenschappelijke Europese markt. Weliswaar zijn de inrichting, de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg onderwerpen die zijn voorbehouden aan de lidstaten, maar zij moeten daarbij de Europese regelgeving, waaronder die op het gebied van vrij verkeer en mededinging, eerbiedigen. Bij strijdigheid gaat de Europese regelgeving voor.

... vooral van de interne markt

Een direct gevolg van de uitspraken in de zaken Decker en Kohll is, dat het vereiste van voorafgaande toestemming voor het ontvangen van zorg in het buitenland – waarvoor in eigen land geen toestemming is vereist - en de speciale betalingsregeling die daarvoor geldt niet langer houdbaar zijn. Dat neemt niet weg dat de zichtbare gevolgen voor de Nederlandse gezondheidszorg van het vrij verkeer van personen, goederen en diensten nog niet groot zijn. Migratie van zorgverleners tussen de lidstaten van de Europese Gemeenschap is heel beperkt, maar kan in omvang toenemen als bestaande belemmeringen wegvallen. De toetreding van Midden- en Oost-Europese landen tot de Europese Gemeenschap kan voor een grotere migratiestroom zorgen. Dat zal impact hebben op de planning, opleiding en salariëring.

Decker en Kohll hebben weinig directe gevolgen

Het grensoverschrijdend patiëntenverkeer is heel beperkt van

Patiënten gaan niet massaal

omvang en doet zich vooral in de grensregio's voor. Het kan in omvang toenemen als bestaande belemmeringen wegvallen, maar zal zich voornamelijk tot de grensregio's blijven beperken. Dat geldt overigens niet voor zorg van een bijzonder specialistisch karakter.

de grens over

Voor het grensoverschrijdend goederenverkeer (medicijnen en hulpmiddelen) gelden nationale barrières, maar het ontstaan van een Europese markt lijkt uiteindelijk een kwestie van tijd.

Voor goederen ontstaat wel een Europese markt

Het grensoverschrijdend dienstenverkeer ondervindt beperkingen als gevolg van de nationale zorgstelsels. De omvang zal ongetwijfeld toenemen als die beperkingen wegvallen. Het kan leiden tot een verdere schaalvergroting bij de zorgverzekeraars en een grensoverschrijdende organisatie van delen van de gezondheidszorg mogelijk maken.

Schaalvergroting
waarschijnlijk

Vraag 2

Hoe dienen deze gevolgen beleidsmatig te worden beoordeeld en hoe urgent zijn zij?

Beoordeling en urgentie?

Antwoord

1. Beoordeling

Europa biedt de Nederlandse gezondheidszorg kansen en bedreigingen. De kansen zijn dat de feitelijke toegankelijkheid van de zorg verbetert, het aanbod meer op de behoeften van de patiënten wordt toegesneden en de aanbodregulering minder beperkend wordt. De bedreigingen hebben onder andere betrekking op de kwaliteit van beroepsbeoefenaren en op sommige medische goederen (hulpmiddelen en apparatuur).

Kansen en bedreigingen

Gegeven de beperkte omvang van het grensoverschrijdend verkeer is het voornamelijk de toepassing van de Europese regels op de ordening en de regulering van de Nederlandse gezondheidszorg die aandacht vraagt. Het gemengd publiek-private karakter van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg is in de Europese context kwetsbaar. Nederland loopt wat dat betreft uit de pas met de meeste andere lidstaten, die een eenduidiger stelsel hebben. Alleen Duitsland en Ierland hebben een vergelijkbaar probleem. Van de Europese regels gaan bedreigingen uit voor het verzekeringsstelsel, de aanbodregulering en het overleg op landelijke niveau. De drie belangrijkste knelpunten zijn:

Toepassing van regels voor interne markt is groot probleem want ...

- De standaardpakketpolis en de MOOZ-bijdrage staan op gespannen voet met het Europees recht. De Wtz is daardoor kwetsbaar. Wtz is kwetsbaar
 - De verplichting die verzekeraars hebben om met toegelaten zorginstellingen in hun werkgebied contracten te sluiten, belemmert aanbieders uit andere lidstaten in de uitoefening van hun recht op vrij dienstenverkeer. De toelating van instellingen tot de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen mag niet afhankelijk worden gesteld van landelijke spreidingsplannen, omdat buitenlandse instellingen daaraan niet kunnen voldoen. Contracteerverplichting en toelating zijn kwetsbaar
 - Het Europese mededingingsrecht vormt een bedreiging voor de landelijke en de regionale overeenkomsten in het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg. Omdat dergelijke overeenkomsten ten grondslag liggen aan de budgetten en tarieven van de Wet Tarieven Gezondheidszorg bestaat het risico dat de Europese rechter deze strijdig acht met het mededingingsrecht. Landelijke en regionale overeenkomsten zijn kwetsbaar
2. *Urgentie*
- Deze oordelen berusten op een deskundige en onpartijdige inschatting van de risico's die het Nederlandse stelsel loopt bij toetsing door het Europese Hof van Justitie aan het Europees recht. Dat neemt niet weg dat die oordelen voor discussie vatbaar zijn. Verder is het onzeker of de Europese rechter tot een oordeel wordt geroepen en wanneer. Het is ongewis wanneer deze regelingen worden aangevochten en ook de uitkomst staat niet vast

Vraag 3

In welke mate en ook op welke wijze kan het Nederlandse stelsel worden bewaard en: welke Europese aanpassingen zijn nodig of gewenst?

Welke strategie?

Antwoord

Er zijn goede argumenten om vast te houden aan het uitgangspunt dat de inrichting, de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg een nationale aangelegenheid is. De argumenten daarvoor zijn kort samengevat:

Nationale stelsels blijven uitgangspunt ...

- De regionale schaal waarop het grootste deel van de gezondheidszorg is georganiseerd. Decentrale besluitvorming blijkt daarom aangewezen.
- De culturele verscheidenheid tussen de diverse systemen van gezondheidszorg maakt differentiatie in beleid en bestuur nodig.

- Continuïteit. Uit een oogpunt van effectief bestuur is het belangrijk dat veranderingen geleidelijk verlopen en organisch vanuit de bestaande stelsels kunnen worden opgebouwd.
- Gegeven de doelstelling van een voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg is het nodig dat de kosten in de pas lopen met de - ongelijke - economische mogelijkheden van de lidstaten.

Anderzijds kan de Europese invloed op de gezondheidszorg niet worden ontkend of tegengehouden. Bovendien zijn de problemen waarvoor de lidstaten met hun gezondheidszorg staan in grote mate vergelijkbaar en is bij een groeiende economische eenheid in Europa convergentie van stelsels van gezondheidszorg onvermijdbaar.

... maar wel rekening houden met Europese realiteit

Omdat het stelsel ook om heel andere redenen dan Europa onder druk staat, kan de binnenlandse strategie het beste worden gericht op:

- het bepalen van een eigen koers voor het stelsel, inclusief de aanbodregulering;
- het in goede banen leiden van grensoverschrijdend verkeer.

Nederland:

1. keuze bepalen voor stelsel en aanbodregulering
2. grensoverschrijdend verkeer goed regelen

De strategie richting Europa kan het beste worden gericht op beïnvloeding van beleid en regelgeving. Speerpunten daarbij zijn:

- een positieve invulling van het subsidiariteitsbeginsel;
- de ontwikkeling van een Europees referentiekader voor de gezondheidszorg.

EG:

1. subsidiaire rol invullen
2. referentiekader voor zorg ontwikkelen

Vraag 4

Hoe zou een strategisch beleidskader voor de middellange termijn er uit kunnen zien?

Opgaven voor middellange termijn?

Antwoord

Gegeven deze strategische keuzen dienen zich voor de middellange termijn een aantal opgaven voor het beleid aan.

In het regeerakkoord staat het voornemen om tegen het eind van de regeerperiode van het kabinet een discussie over de toekomst van het verzekeringsstelsel te voeren. Duidelijk is dat zo'n discussie nodig is. Dit advies levert daarvoor bouwstenen aan.

Stelseldiscussie nog deze kabinetsperiode

De discussie zal bij handhaving van een gemengd stelsel onder andere moeten gaan over:	Europa levert onderwerpen ...
<ul style="list-style-type: none"> - de positie van de Wet op de toegang ziektekostenverzekeringen; - de positie van de ziektekostenverzekeraars in de uitvoering van publieke en private verzekeringen; - de positie van de zorgkantoren. 	
In de discussie over veranderingen in de aard van het stelsel zijn de volgende overwegingen vanuit de Europese context relevant:	... en overwegingen
<ul style="list-style-type: none"> - Een scherper onderscheid tussen publieke en private onderdelen van het stelsel past beter in de Europese wet- en regelgeving. - Een overgangstraject met hybride constructies is zelf ook kwetsbaar en dient daarom kort te zijn. 	
Niet alleen het verzekeringsstelsel, maar ook de daarmee verbonden aanbodregulering dient heroverwogen te worden. Het gaat met name om de volgende drie elementen:	Ook heroverweging van aanbodregulering is nodig vanwege landelijke contracten
<ul style="list-style-type: none"> - De landelijke contracten. Er is al langer sprake van ‘revitalisering’ van het contractenstelsel. Het Nederlandse en het Europese mededingingsrecht maken het noodzakelijk de komende jaren van dit onderwerp werk te maken. 	
<ul style="list-style-type: none"> - De Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Een wetsontwerp tot herziening van de bestaande wet is in voorbereiding. De analyse van dit advies benadrukt dat in een vernieuwde voorzieningenwet de Europese dimensie niet buiten beschouwing kan blijven. 	... herziening Wet Ziekenhuisvoorzieningen
<ul style="list-style-type: none"> - De Wet Tarieven Gezondheidszorg. De analyse in dit advies maakt aannemelijk dat de totstandkoming van tarieven via landelijke afspraken tussen partijen uit een oogpunt van mededinging kwetsbaar is. Verder kan het systeem van instellingsbudgettering om dezelfde reden worden aangevochten. Dat maakt herbezinning op de toekomst van de wet nodig. 	... kwetsbare elementen Wet Tarieven Gezondheidszorg
De Euregio’s vormen op het ogenblik de proeftuin voor grensoverschrijdende zorgverlening. Het is gewenst met deze experimenten verder te gaan, ze uit te bouwen tot een reguliere praktijk en de administratieve afhandeling voor verzekerden te stroomlijnen.	Experimenten met Euregio’s gebruiken om grensverkeer goed te regelen

Het ligt op de weg van de Raad van Ministers van Volksgezondheid om aan het subsidiariteitsbeginsel richting Europese Gemeenschap een positieve invulling te geven. Dat zal de nodige tijd vergen en een intensief overleg met andere lidstaten noodzakelijk maken, omdat er veel weerstanden zijn te overwinnen. Niettemin lijkt het absoluut noodzakelijk om deze weg op te gaan en daar niet mee te wachten.

Raad van Ministers neemt initiatief om EG positieve rol te geven

Onbekend maakt onbemind. Het is nodig dat de Europese Gemeenschap meer gevoel gaat krijgen voor de gezondheidszorg en in zijn besluitvorming en wetgeving meer rekening gaat houden met de gevolgen voor de gezondheidszorg. Dat vergt een planmatige aanpak en een grote inzet van het vakdepartement. Het is opvallend dat de Nederlandse gezondheidszorg een groter economisch belang vertegenwoordigt dan de landbouwsector, maar in Europa veel minder vertegenwoordigd is.

VWS zet zich in om gezondheidszorg op de Europese kaart te zetten

Vraag 5

Welk beleidsinstrumentarium is op dit vlak noodzakelijk, op welke wijze kan hiervoor maatschappelijk draagvlak worden verkregen en hoe moet het actie- en implementatieprogramma er uitzien (inter-)nationaal en (inter-)departementaal?

Hoe moet dit worden aangepakt?

Antwoord

1. *Stelseldiscussie*

De procedure wordt gevolgd dat verschillende adviesorganen bouwstenen aandragen. Een interne projectgroep van VWS begeleidt en stuurt het proces. De RVZ stelt voor dat deze projectgroep een projectplan opstelt, dat intern en extern gecommuniceerd wordt. In dat projectplan wordt tijd ingeruimd voor maatschappelijke organisaties om op de geleverde bouwstenen commentaar te leveren. Dat vergroot het maatschappelijk draagvlak voor vervolgstappen.

Een projectplan voor de stelseldiscussie

2. *Aanbodregulering*

Ook voor dit onderdeel lijkt een projectmatige aanpak aangewezen. Als eerste stap raadt de RVZ aan om aan de betrokken zelfstandige bestuursorganen commentaar te vragen op de knelpunten die de RVZ heeft aangedragen. Naar aanleiding daarvan kan vervolgens een plan van aanpak worden opgesteld.

ZBO's een Europa-toets laten uitvoeren

- | | |
|---|---|
| <p>3. <i>Euregio's</i>
 In de Euregio's lopen experimenten. Het kwetsbare moment komt wanneer de experimenten aflopen en het behaalde resultaat in regulier beleid moet worden omgezet. De RVZ geeft in overweging dat moment duidelijk te markeren, een evaluatie in het parlement te bespreken en in een nota aan te geven hoe het grensoverschrijdend zorgverkeer zal worden gefaciliteerd.</p> | <p>Experimenten evalueren en nota opstellen</p> |
| <p>4. <i>Subsidiariteitsbeginsel</i>
 De RVZ stelt voor in 2001 een nieuwe Noordwijkconferentie voor de Raad van Ministers te organiseren. Tijdens die conferentie staat de invulling van het subsidiariteitsbeginsel centraal. De RVZ stelt voor dat zijn advies met de onderliggende achtergrondstudies als opmaat voor de voorbereiding binnen de lidstaten worden verspreid.</p> | <p>Conferentie van Europese Ministers van Gezondheidszorg</p> |
| <p>5. <i>Referentiekader voor de gezondheidszorg</i>
 Europese zaken vormen in de nieuwe ambtelijke top van VWS een afzonderlijk aandachtsterrein. Dat biedt de mogelijkheid een projectorganisatie op dit onderwerp in te zetten, die op basis van een projectplan en in samenwerking met veldorganisaties de ontwikkeling van een Europees referentiekader voor de gezondheidszorg bevordert.</p> | <p>Een projectplan samen met veldorganisaties</p> |

5.2 Aanbevelingen

- De inrichting, de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg dient een nationale aangelegenheid te blijven.
- Met het oog daarop is het gewenst dat een discussie over de toekomst van het verzekeringsstelsel vóór het begin van de volgende regeerperiode tot conclusies leidt. De RVZ stelt voor dat het kabinet terzake met een projectplan komt.
- Verder dient de houdbaarheid van het bestaande instrumentarium voor aanbodregulering in het Europees recht nader te worden onderzocht. De RVZ geeft in

overweging dat de betrokken zelfstandige bestuursorganen hierover een uitvoeringstoets uitbrengen.

- De ervaringen in de Euregio's moeten worden gebruikt om de grensoverschrijdende zorg in goede banen te leiden en in de reguliere praktijk op te nemen. De RVZ

stelt voor dat het kabinet na evaluatie van de experimenten met een nota terzake komt.

- De invloed van de Europese Gemeenschap op de gezondheidszorg is een gegeven. De RVZ raadt het kabinet aan zich ervoor in te zetten dat de Europese Gemeenschap die invloed in het belang van de nationale stelsels van gezondheidszorg aanwendt.
- De RVZ stelt voor dat Nederland het voortouw neemt om in de Raad van Ministers overeenstemming te bereiken over een positieve invulling van het subsidiariteitsbeginsel in de richting van de Europese Gemeenschap.
- Het verdient aanbeveling dat de Europese Gemeenschap een referentiekader ontwikkelt dat richting kan geven aan haar activiteiten op het terrein van de gezondheidszorg. De RVZ stelt voor dat VWS dit projectmatig en in samenwerking met de veldorganisaties van de gezondheidszorg bevordert.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma 1999

3 Invloeden van Europese ontwikkelingen op het Nederlandse zorgstelsel

3.1 Het beleidskader

Dat Nederland lid is van de EU, voelen wij zo langzamerhand ook in de gezondheidszorg. De laatste tijd, maar wel in een steeds hoger tempo, bereiken ons signalen waaruit blijkt dat het nationale zorgstelsel langs de Europese meetlat wordt gelegd.

Het gaat dan bijvoorbeeld om de volgende ontwikkelingen.

1. Het regime van de mededingingswetgeving

Deze in Europees verband tot stand gebrachte wetgeving dwingt ook de gezondheidszorg tot een fundamentele bezinning op doelen en waarden. Wat is de maatschappelijke grondslag van dit stelsel van voorzieningen: individualiteit of collectiviteit, vrijheid of gelijkheid, particulier of sociaal? Vinden wij gezondheidszorg een markt? Op deze vragen zal binnen vier jaar een antwoord moeten komen.

2. De arresten Decker en Kohll

Het Hof van Justitie van de EU heeft recent twee arresten gewezen die grensoverschrijdende zorg zullen faciliteren. Dat is op zichzelf al van belang voor de werking van ons verzekeringsstelsel. Vergaande gevolgen kan de overweging van het Hof hebben: gezondheidszorg is een economische sector. Dat betekent dat het in het Europees Verdrag gegarandeerde vrije verkeer van goederen en het vrij verrichten van diensten niet onrechtvaardig mag worden belemmerd.

Het lijkt onvermijdelijk dat in de komende jaren het nationale stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen geconfronteerd zal worden met Europese wetgeving en jurisprudentie. Dat

betekent toetsing en beoordeling.

Op de Europese snijtafel ligt dan een nationaal zorgstelsel dat in ieder geval op een punt afwijkt van dat van de andere lidstaten.

In Nederland bestaat een particuliere ziektekostenverzekering naast een sociale. Kenmerkend is dat de particuliere verzekering substantiële omvang heeft en niet aanvullend op, maar naast de sociale verzekering is gepositioneerd. Dit specifiek-Nederlandse verzekeringsarrangement zal aan inmiddels gangbare EU-maatstaven worden getoetst. Duidelijk is dat de maatschappelijke grondslag van het Nederlandse arrangement - een combinatie van particuliere en sociale elementen, of, zo men wil, overheids- en marktsturing - ter discussie staat.

Het Regeerakkoord bevat geen directe voornemens op dit terrein. Wel neemt de regering zich voor de ZFW open te stellen voor zelfstandigen. En verder stelt de regering dat over de toekomst van het verzekeringsstelsel moet worden nagedacht. Toch is de geringe politieke aandacht opmerkelijk. Het onderwerp staat niet op de nationale politieke agenda, maar zal daar hardhandig op worden geplaatst door het internationale politieke systeem.

3.2 Probleemstelling

Ook de gezondheidspolitiek kan niet meer uitsluitend nationaal worden bedreven. De Europese eenwording dwingt tot keuzes en daarmee tot een bezinning op en herijking van ons nationaal stelsel. Dat zal op niet al te lange termijn moeten gebeuren en het zal ook tot politieke besluitvorming moeten leiden.

Het probleem heeft drie aspecten.

Centraal staat de vraag: is ons zorgstelsel houdbaar? Direct daarop volgen andere, strategische, vragen: hoe kunnen wij dat wat wij willen behouden en in hoeverre is het daarvoor noodzakelijk Europese wensen te incorporeren in ons stelsel?

Het probleem is nu dat:

- wij geen nationale strategie hebben om deze vragen op korte termijn (zoals nodig) te kunnen beantwoorden;
- wij geen concreet scenario hebben om de elkaar opvolgende

- Europese incidenten te counteren;
- dit om politieke heroverwegingen op het vlak van het verzekeringsstelsel vraagt die op korte termijn niet zullen plaatsvinden.

Het lijkt onverantwoordelijk de zaak op zijn beloop te laten. De regering zal vroeg of laat goed beslagen ten ijs moeten komen als het gaat om het behoud van nationale wensen. Er zal ook een reactie moeten zijn op de voortdurende incidenten-dreiging.

Hiermee is de probleemstelling van het advies gegeven.

3.3 Beleidsvragen en adviesdomein

Kan de Nederlandse gezondheidszorg zijn Europees lot ontlopen? Als men de probleemstelling van het advies zo samenvat, dan zou men de volgende beleidsvragen kunnen formuleren.

1. Feiten

- Welke gevolgen hebben Europese wet- en regelgeving, jurisprudentie en andere ontwikkelingen voor het Nederlandse zorgstelsel, nu en in de toekomst?

2. Analyse

- Hoe dienen deze gevolgen beleidsmatig te worden beoordeeld en hoe urgent zijn zij?
- In welke mate en ook op welke wijze kan het Nederlandse stelsel worden bewaard en: welke Europese aanpassingen zijn nodig of gewenst?
- Hoe zou een strategisch beleidskader voor de middellange termijn er uit kunnen zien?

3. Advies

- Welk beleidsinstrumentarium is op dit vlak noodzakelijk?
- Op welke wijze kan hiervoor maatschappelijk draagvlak worden verkregen?
- Hoe moet het actie- en implementatieprogramma er uitzien ((inter-) nationaal en (inter-)departementaal)?

Het advies concentreert zich op het verzekeringsstelsel. Het zal dan, leert de ervaring, vooral gaan om:

- de kring van verzekerden;
- de zorgaanspraken;
- de werking van het overeenkomstenstelsel;
- de particuliere verzekering;
- het regionale aspect.

De Raad neemt het nationale stelsel als uitgangspunt en stelt zich de vraag naar de houdbaarheid(-sdatum). Een adviesperspectief waarin globalisering, marktwerking en vrijheid van handel en communicatie centraal staan is realistisch.

Het voorbereiden van het advies verloopt in fasen. Na de fact finding, zal een beoordeling van de feiten plaatsvinden. Deze zal aan een forum worden voorgelegd. Dit debat, dat tot doel heeft een begin van een maatschappelijke discussie op te leveren, zal de grenzen van het VWS-terrein moeten overstijgen.

Op grond van deze stappen zal de Raad een concreet en direct toepasbaar advies schrijven.

3.4 Functie advies

Het advies van de Raad vormt een onderdeel van een beleidsproces dat er in hoofdlijnen zo uitziet:

- het vaststellen van de feiten (schade bepalen, potentiële brandhaarden detecteren);
- een strategisch plan trekken (korte en lange termijn);
- maatschappelijk, dat wil zeggen nationaal, draagvlak organiseren en hulptroepen mobiliseren;
- een concreet plan de campagne opstellen en uitvoeren.

De Raad is een van de verkenneren en de strategie kan verder een rol spelen bij de organisatie van het draagvlak. De Raad kan niet volstaan met een beschrijven van globale dreigingen. De beleidsstrategie zal heel precies geformuleerd moeten worden en het advies moet concrete beleidsaanbevelingen bevatten.

Een belangrijke nevenfunctie van het advies is gelegen in de informatie die het oplevert voor het veld. Ook dit veld zal overtuigd moeten worden van de noodzaak van actie en de

onvermijdelijkheid van de ontwikkelingen.

3.5 Programmering

Gelet op de functie die het advies kan vervullen, is de Raad van plan het eind 1999 te publiceren. Het zou dan een rol kunnen spelen bij de behandeling van de VWS-begroting in de Tweede Kamer in december.

De planning van het adviestraject ziet er zo uit:

- *start*: januari - februari
- *fact finding*: februari - april
- *forum en debat*: april - mei
- *formuleren beleidsadvies*: juni - oktober
- *publicatie*: oktober - november 1999.

3.6 Relevante andere publicaties en instanties

De Raad zal tijdens de advisering samenwerking zoeken met de Ziekenfondsraad, met het NIHP en met Zorgverzekeraars Nederland. Verder zal, door tussenkomst van het ministerie van VWS, ook interdepartementaal contact bestaan om aan de advisering het noodzakelijk nationale draagvlak te geven. Relevant zijn uiteraard het ministerie van Buitenlandse Zaken en diens adviescollege en de ministeries van EZ (NB: het MDW-project) en SZW. Ook zal contact worden gezocht met de Nederlandse vertegenwoordigers in de EU.

Van belang in verband met de mededingingswetgeving is het rapport van de commissie Bloemheuvel.

Andere adviezen van de Raad die relevant zijn:

- Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid (1997);
- Verzekeraars op de zorgmarkt (1998).

3.7 Literatuur

Circulaires ZFR en ZN aan zorgverzekeraars d.d. 5 mei 1998 en 4 juni 1998.

Hamilton, G.J.A. Ziektekostenverzekering in Europees perspectief. Medisch Contact, 1995, 46, p. 1469-1472.

Lugtenburg, T. De betekenis van de arresten Decker en Kohll voor de ziekenfondsverzekering en de AWBZ. *Z & V*, juli 1998, p. 353-372.

Mei, A.P. van der. Decker en Kohll: op weg naar een vrij verkeer in de Europese Gemeenschap? *Nederlands Tijdschrift voor sociaal recht* 13 (1998), 6 (juni), p. 187-196.

Pieters, D. en Ballon, E. Het Europese kartelrecht en de ziekenfondsen. Antwerpen (etc.): Maklu, 1997.

Overheidsbeleid

Brief VWS aan Europese Commissie Europees Recht, Voorlopig advies over Decker en Kohll; 's-Gravenhage, 2 juli 1998.

Interdepartementale Commissie Europees Recht, Voorlopig advies over Decker en Kohll; 's-Gravenhage, 2 juli 1998.

Projectgroep WTZ (Bloemheuvel c.s.). Rapportbeperking van de kring van verzekerden WTZ. Rijswijk: VWS, juni 1998.

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Voorzitter:

Prof. drs. J. van Londen

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J. C. Blankert

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Raadsleden

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Projectgroep

Mr. J.P. Kasdorp, projectleider

Mw. dr. Y.W. van Kemenade, projectmedewerker

Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker

Drs. K. Puffers, projectmedewerker

Mw. H.A. Charles, projectsecretaresse

Bijlage 4

Samenstelling klankbordgroep

Prof. drs. J. van Londen
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Drs. J.C. Blankert
Prof. dr. G.H. Blijham
H.A. de Boer
L. de Graaf
Mw. prof. dr. L.J. Gunning-Schepers
R.L.O. Linschoten
Prof. dr. A.P.W.P. van Montfort
Mr. J.J. van Rijn
Drs. R.L.J.M. Scheerder
Prof. mr. M. Scheltema
Drs. E. van der Veen
Mr. A.A. Westerlaken
Dr. G.J. Wijers

Bijlage 5

Belangrijkste artikelen van het EG-Verdrag met invloed op de gezondheidszorg

<i>Artikel</i>	<i>Inhoud</i>
2	Taak van de Gemeenschap om de levensstandaard en de kwaliteit van het bestaan te bevorderen.
3 (p)	Bepaalt dat de Gemeenschap een bijdrage zal leveren tot het verwezenlijken van een hoog niveau van bescherming van de gezondheid.
30	Staat handelsbeperkingen toe uit hoofde van bescherming van de gezondheid en het leven van personen.
39	Vrij verkeer van personen, waaronder patiënten en werknemers in de gezondheidszorg.
42	Het beginsel van coördinatie van stelsels van sociale zekerheid.
43–48	Het recht van vestiging.
49–53	Vrij verkeer van diensten.
94–97	De onderlinge aanpassing van regelingen van Lid-Staten die van invloed zijn op de instelling of de werking van de gemeenschappelijke markt.
136–148	Veiligheid en gezondheid van werknemers, bescherming van arbeidsomstandigheden en sociale zekerheid.
149	Ontwikkeling van onderwijs van hoog gehalte.
152	Volksgezondheid.
163–173	Onderzoek.
158–162	Economische en sociale samenhang. Fonds voor regionale ontwikkeling.

Bijlage 6

Belangrijkste verantwoordelijkheden van de Directoraten-Generaal van de Europese Commissie op het terrein van gezondheid en gezondheidszorg

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
AIDS	X					X		X			X		X
Kanker		X			X	X		X	X				X
Geneesmiddelen	X							X					X
Bewaking volksgezondheid													X
Zeldzame ziekten		X											X
Gezondheidsbevordering								X					X
Milieugerelateerde ziekten													X
Ongelukken en ongevallen													X
Vergrijzing				X				X	X				
Gehandicapten				X		X		X	X	X	X		X
Landbouw/Voeding	X	X			X	X	X	X		X			X
Veiligheid en Gezondheid in de werksituatie				X			X	X					
Bescherming tegen straling				X			X	X	X				
Genees- en hulpmiddelen	X	X	X	X		X		X	X	X			X
Veiligheid van bloed en transplantaten		X		X				X	X				
Neurotechnisch onderzoek								X	X				
Telematica		X		X		X		X	X				
Biomedische technologie		X		X		X		X	X	X			X
Biotechnologie		X			X		X	X	X				
Genetica		X						X					
Immunologie								X					
Epidemiologie					X	X	X	X	X		X		X

Economie van de gezondheidszorg/Onderzoek naar zorgsystemen						X		X	X			X	X
Opleiding en scholing												X	
Vrij verkeer van professionele zorgverleners / Erkenning van diploma's										X			
Zorgverlening			X							X			
Sociale zekerheid/zorgverzekeringen				X									
Particuliere verzekeringen			X							X			
Hulp aan derde landen	X					X							
Fondsen voor regio's / samenhang											X		

Directoraten - Generaal

- A: Buitenlandse Betrekkingen,
- B: Industrie,
- C: Mededinging,
- D: Werkgelegenheid en Sociale Zaken,
- E: Landbouw,
- F: Ontwikkelingszaken,
- G: Milieu,
- H: Onderzoek,
- I: Telecommunicatie,
- J: Interne Markt,
- K: Regionaal Beleid,
- L: Onderwijs en Scholing,
- M: Volksgezondheid en Consumentenbescherming.

Bijlage 7

Reacties van lidstaten op Kohll en Decker

Synopsis of a German EU Presidency preparatory meeting held in Bonn, on November 23th-24th 1998, prepared by Jens Gobrecht

The judgements-its of the European Court of Justice in the Kohll and Decker cases pronounced on April 28th 1998 caused a major stir and sparked intensive discussions on all political and scientific levels within the European Union. The tension between, the right of the Member States to organise their national Systems of social security and the freedoms of the internal market became clear.

The German Federal Ministry of Health organised a working meeting with other Member States and the Commission on the implications of these judgements in Bonn November 1998. The results of this meeting are to be summarised as follows.

German opinion

Up to now, there is no official statement of the new German Federal Government on these judgements. The German participants see no case for a transferability of the these. From ere German viewpoint, they solely concern the Luxembourg health system, based on the principle of reimbursement. Therefore, the judgements are only transferable to systems, that also operate on the cost reimbursement principle. Consequently, Germany will implement them only with respect to the reimbursement of costs; bilateral agreements, however, are not affected. Nevertheless, Germany expects that the basic freedoms will have massive impact on the national social security that might substantially erode the right to freely organise it and restrict its manageability if the European Court of Justice were to extend its jurisdiction to cases in which state run institutions provide the necessary insurance services and benefits.

Dutch opinion

The Netherlands regard the judgements as inevitable. Therefore, health insurance legislation on the European level has to be reconsidered. The Netherlands are of the opinion that even after the judgements, the authority of the Netherlands to maintain the benefits-in-kind principle is not destroyed. In the Netherlands, as in Germany, both the territoriality principle

and the right of the insured to receive benefits in kind exist. While relevant agreements have been concluded between the health insurance funds and the service providers, these do not explicitly stipulate that service providers must be based in the Netherlands. So, foreign service providers cannot be refused contracts with Dutch health insurance funds. Although contract policies might have to change now, this may not lead to a situation where contracts are concluded with all service providers throughout the European Union. For the Netherlands, the question of whether concerted action needs to be considered within the European Union is still open.

French opinion

There is no official French position on the judgements. Concerning their quantitative effects, France expects only minor consequences in the short and medium term. France is of the opinion that the judgements must be followed and translated into action. The question is, however, how this can be accomplished without calling into question either the national systems or the financial balance. The French approach consists of minimum norms and standards. Subsidiarity has to be preserved so that the European Union does not take over the organisation of the health insurance system. The systems should be opened up without losing their distinctive character. Measures should be taken to avoid the European Court of Justice regulating the health systems of the Member States. Countries with 'closed' health systems (e.g. Spain and Great Britain) must open up to the Judgements.

Austrian opinion

Under the liberal Austrian health insurance system, the insured can choose between benefits in kind and the reimbursement of costs, where 80% of the rate that the health insurance funds would have had to pay to the contracting parties, is reimbursed. Demand comes mainly from patients with higher earnings or an additional private health insurance. Under this arrangement, there is no impact on the health insurance funds. Moreover, the 20% discount in the case of cost reimbursement acts as an incentive for the insured to make use of the services at home. In Austria, a specific problem is posed by Hungarian dentures offered at dumping prices. After all, Austrian courts of law have found these dentures to be comparable to domestic ones in terms of quality and stability. There is no need to amend the EC Treaties in order to exempt the social security systems from the basic freedoms of the internal European market.

Problems might only arise with regard to the enlargement of the European Community.

Opinion of the United Kingdom

The United Kingdom, with its tax-financed and residence-based National Health System (NHS), does not fear that the judgements might call the NHS into question, but, nevertheless, wants to participate in solving the problem together with the other Member States. Under the NHS, the insured pays merely a lump sum, yet all services are available free of charge, regardless of the patient's nationality, provided the insured is resident in the United Kingdom. The general practitioner has the task of the gatekeeper and the provision of services is the subject of a contract concluded between her/him and the State. In the British opinion, the NHS is not an enterprise within the meaning of the EC Treaty, nor does it directly offer services which would come under Article 60 of the Treaty. Regulation 1408/71 governs the use of services abroad with prior permission from the NHS. Permission is not granted if the service is available under the NHS.

Finnish opinion

Finland has a dual health system, similar to that of the United Kingdom. No negative effects of the judgements are feared. The health services are organised by the government and all citizens are covered by that national health system. Primary and hospital care are organised at the local level. Up to now, patients seeking treatment abroad without obtaining permission from the local authorities have not had the costs incurred reimbursed. Since this arrangement contradicts the Luxembourg judgements, an amendment is planned under which these patients would be eligible to a partial reimbursement of expenses. If, however, a patient is referred for treatment abroad by the local authorities, the costs are borne completely.

Italian opinion

Up to now there is no official Italian response to the judgements and the Italian health system does not feel to be affected by them. In the Italian health system the physician has no monetary claims on the patient. Remuneration is negotiated between the service providers and the public authority and fixed in contracts. Hospital-based services are classified and fees agreed on, with maximum amounts being fixed for services. Treatment abroad is handled in line with the provisions of Regulation (EEC) 1408/71. Italy shares the position that the judgements should not automatically be extended to other

fields of the health systems as e.g. the benefits-in-kind principle which would cause problems concerning quality assurance including minimum standards, a fair billing of services with fixed maximum costs and the different levels of costs. If it is accepted that some of the patients are treated abroad, this can lead to a two-tier medicine, which contradicts the basic principle of equal treatment for all patients. If there will be more cross-border health care in future, the health systems will be thrown off balance.

Danish opinion

In Denmark, service providers do not conclude contracts with the State, but there is a public health care provision system in place. Up to now, the Danish Government has not commented on the judgements in the Kohll/Decker cases. While Denmark will accept them, it reserves the option to further analyse and evaluate the judgements and their consequences. At the moment, the principle of benefits in kind is not legally covered by either the EC Treaty or by the Judgements and therefore, the judgements have not given rise to any fears in Denmark. Cause for concern is, however, the possibility of further decisions by the European Court of Justice with greater areas of application. Difficult political problems would arise if these decisions were to affect the right of the Member States to decide on their social security systems. Therefore, Denmark would prefer to have no further judgements by the European Court of Justice. Denmark sees a possible solution in a more flexible organisation of Regulation (EEC) 1408/71.

Conclusions

The meeting gave the participants a synopsis of the various positions held by the Member States concerning the judgements and their implications and heightened the awareness of the tension between the freedoms of the internal market and the right of the Member States to organise their national social security systems. All attending Member States shared the will to continue the political and legal discussions over this explosive issue. Therefore, the understanding of the judgement by the Member States had to be more clearly identified and structured. Any potential advantages, in particular, those that the internal market might bring for the public health system should be identified. In addition, the question of what direction future joint action may take needs to be answered. The participants were unanimous in that their countries seek to avoid the health sector being fashioned by judicial decisions that have already

been taken without the political will of the Member States being reflected or endorsed.

Bijlage 8

Door de SER geschetste scenario's voor de toekomst van de sociale zekerheid en de gezondheidszorg

Doorzetten decentralisering en decollectivisering

Deze benadering houdt in dat de op het terrein van de sociale zekerheid begin jaren negentig ingezette lijn van decentralisering en decollectivisering van verantwoordelijkheden (inhoud, financiering en uitvoering) ook gestalte wordt gegeven op het terrein van de ziektekostenverzekeringen. In dit verband worden onder meer de volgende knelpunten op het terrein van de ziektekostenverzekeringen gesignaleerd: door de wettelijke verzekeringsplicht annex wettelijk vastgelegde aanspraken en de financiering van de Ziekenfondswet (voornamelijk inkomensafhankelijke premieheffing; afwezigheid verplicht eigen risico aan de voet) hebben verzekerden onvoldoende (financieel) belang bij dan wel keuzemogelijkheden ten aanzien van een adequate en accurate zorg; door de grotendeels inkomensafhankelijke premiefinanciering van de Ziekenfondswet lopen ziekenfondsen weinig risico en is de mogelijkheid voor verzekeraars om te concurreren beperkt. Ook is hun beleidsruimte voor het leveren van de gevraagde zorg op maat uiterst beperkt door de gedetailleerde en inflexibele omschrijving van de aanspraken van de Ziekenfondswet.

Uitgangspunt in deze benadering blijft een driecompartimentensysteem. Wel vindt een herverdeling van zorgaanspraken over de drie compartimenten plaats (beperking AWBZ tot klassieke onverzekerbare risico's) en worden de schotten tussen de twee verzekeringsvormen in het tweede compartiment (ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering) geleidelijk aan geslecht. Bij dit laatste kan het gaan om verdergaande nominalisatie van de ziekenfondspremie, introductie van een eigen risico aan de voet, verlaging of bevestiging van de loongrens voor de ziekenfondsverzekering en introductie van de mogelijkheid van opting out.

De aldus ingezette convergentie in het tweede compartiment (kleine convergentie) kan uiteindelijk uitmonden in een integratie van de beide verzekeringsvormen in de vorm van een wettelijke verplichting voor alle burgers om zich voor een aantal risico's te verzekeren op de particuliere markt (het WA-model). Een dergelijke ontwikkeling zal gepaard moeten gaan met flankerende regelgeving om de toegankelijkheid van de verzekeringsmarkt voor individuele burgers te waarborgen en om een evenwichtige spreiding van risico's en lasten over verzekeraars te bereiken. Een belangrijke rol is evenwel weggelegd voor (pakketten van) collectieve verzekeringen op bedrijfs(tak)niveau waarin naast de wettelijk verplicht te verzekeren ziektekostenrisico's ook een aantal al dan niet partiële inkomensdervingsrisico's zijn opgenomen die niet langer door een sociale verzekering worden gedekt. Synergie is dan vooral mogelijk op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid doordat dergelijke contracten de werkgever als vragende partij beter in staat stellen via zijn verzekeraar en uitvoeringsinstelling het zorgaanbod aan te sturen en af te stemmen op zijn wettelijke taken en financiële belangen in het kader van preventie en reïntegratie. Dit laatste impliceert een overgang van een aanbodgestuurde gezondheidszorg naar een vraaggestuurde gezondheidszorg.

Acceptatie collectieve verantwoordelijkheid'

De gezondheidszorg kan een betere bijdrage leveren aan de terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, maar de bijdrage van de gezondheidszorg houdt op waar haar primaire doelstellingen in het geding komen: het realiseren van algemene toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg. Convergentie in de zin van verdere privatisering van de ziektekostenverzekeringen zou die doelstellingen in gevaar brengen. Toegankelijkheid veronderstelt risico- en inkomenssolidariteit, welke het beste is te garanderen in een collectieve ziektekostenverzekering, met voornamelijk inkomensafhankelijke premies, en een verstrekkingenpakket dat noodzakelijke, werkzame en doelmatige zorg bevat. Doordat de AWBZ-premie alleen over de eerste belastingschijf wordt geheven en door de scheiding van de ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering wordt – volgens Van Doorslaer c.s. – in Nederland relatief weinig solidariteit gerealiseerd. Verbreding van het financiële draagvlak van de collectieve ziektekostenverzekering is noodzakelijk om de vereiste volumegroei op te vangen.

Daarnaast zijn toegankelijkheid en kwaliteit gebaat bij doelmatigheid en meer oog voor de behoefte van de burger. Hiervoor zijn verschillende instrumenten beschikbaar. Om ondoelmatige verspreiding van voorzieningen te voorkomen is aanbodregulering op hoofdlijnen onontbeerlijk. Bij de invulling van die hoofdlijnen is meer vrijheid mogelijk, waarbij ook marktwerking een rol kan spelen bij het bereiken van doelmatigheid en behoeftegerichtheid.

De huidige compartimenten kunnen blijven bestaan. Wat het eerste compartiment betreft wordt de AWBZ-premie over een groter deel van het inkomen geheven. De premie over de eerste belastingschijf kan dan omlaag, terwijl er meer financiële armlslag voor de zorg komt. Een en ander moet in samenhang met de komende belastingherziening worden geregeld. Aanbodregulering blijft hier een belangrijke rol spelen. Waar mogelijk worden instrumenten ingezet die de keuzemogelijkheden van de individuele patiënten vergroten, zoals het patiëntgebonden budget en zorg-op-maat-regelingen.

In het tweede compartiment wordt het draagvlak van de ziektekostenverzekering vergroot door de opname van zelfstandigen in de ZFW en door een verhoging van de ziekenfondsloongrens. Uiteindelijk convergeren ziekenfonds en particuliere verzekering tot één wettelijke collectieve ziektekostenverzekering. Aanbodregulering speelt nog wel een rol – vooral wat de topklinische voorzieningen betreft – maar de verzekeraarsbudgettering neemt de functies van budgettering van voorzieningen over. Hierdoor zal de concurrentie voornamelijk op kwaliteit en doelmatigheid plaatsvinden en niet door middel van risicoselectie. Bovendien wordt zo bevorderd dat verzekeraars zich voor ouderen en chronisch zieken evenzeer inzetten als voor de kwaliteit en doelmatigheid van specifieke zorg voor werknemers.

Het eerste en tweede compartiment bevatten samen alle noodzakelijke, werkzame en doelmatige zorg. Een doelmatige uitvoering is gebaat bij een krachtige regionale verzekeraar die voldoende tegenwicht kan bieden aan de op regionaal niveau goed georganiseerde aanbieders van zorg. De uitvoering van de collectieve ziektekostenverzekering is daarom in handen van zorgverzekeraars met deels overlappende werkgebieden. Hiermee worden de voordelen van regionale samenwerking en concurrentie gecombineerd.

Bijlage 9

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BSE	Bovine Spongiforme Encephalopathie
Cvz	College voor zorgverzekeringen
EG	Europese Gemeenschap
EU	Europese Unie
EZ	Economische Zaken
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgeving
MOOZ	Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden
NIHP	Netherlands International Health Platform for Central & Eastern Europe
Nma	Nederlandse Mededingingsautoriteit
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
STG	Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UVO	Uitkomsten Van Overleg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WA-variant	Wettelijke Aansprakelijkheid-variant
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization
WTG	Wet Tarieven gezondheidszorg
Wtz	Wet op de toegang ziektekosten- verzekeringen
ZBO	Zelfstandig Bestuursorgaan
ZFW	Ziekenfondswet

Bijlage 10

Literatuur

Abel-Smith, B, J. *et al.* Choices in Health Policy: an agenda for the European Union. Dartmouth: Office for the Official Publications of the European Communities, Aldershot & Luxembourg, s.a.

Andersen Consulting. The Globalization of Managed Care. Singapore: s.n, 1997.

Bais, K. Na 1992 komt er Europese gezondheidszorg. Als je 'Dekker' te snel invoert bouw je een fiasco in. Tijdschrift voor de Sociale Sector, augustus 1988, no. 8, p. 24-28.

Belcher, P.J. Overview of the role of the European Union in Healthcare, achtergrondstudie bij het advies Europa en de gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1999.

Bronsgest, M.W., Grenzen aan de Zorg – Zorg aan de Grenzen; Een vrij verkeer van zieken? Doctoraalscriptie Leiden, universiteit, 1999.

Brouwer, W.B.F. Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa; een economische verkenning, achtergrondstudie bij het advies Europa en de gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1999.

Cath, I.G.F. Decker en Kohll: vuurwerk of veenbrand? Trenite van Doorne. Bron: Seminar Toestemmingsvereiste onder druk, 1998.

Commission of the European Communities. Draft Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee of the Regions on the development of public health policy in the European Community. S.l.: Commission of the European Communities, 1998.

European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs. Public health in Europe. Luxemburg: s.n., 1997.

European Commission, Directorate-General for Information, Communication, Culture and Audiovisual Media. How does the European Union work? Luxemburg: s.n., 1997.

Goudswaard, K.P. Sociale zekerheid en Europese intergatie. Sociaal Maandblad Arbeid 1997, no. 5, p. 294-302.

Hamilton, G.J.A. Europa knaagt aan nationale stelsels. Tijdschrift. voor Gezondheidsrecht, 1997, no. 8, p. 453-54.

Hamilton, G.J.A. Ziektekostenverzekering in Europees perspectief. Medisch Contact 1995, no. 46, p. 1469-1472.

Healthcare without frontiers within the European Union?; Free movement of goods and services in the healthcare sector, proceedings of a International Symposium in Luxemburg, November 18th, 1998. S.l.: AIM Secretariat, 1998.

Health Management Forum. Internationale gezondheidszorg, themanummer van Health Management Forum, oktober 1999.

Hermans, H.E.G.M. Wetgeving stelselherziening ziektekostenverzekering. Medisch Contact 1994, no. 41, p. 1294-1295.

Hermans, H.E.G.M., F.T. Schut en A.H.E. Koolman. Zorg in het buitenland: gevolgen voor patiënten en zorgverzekeraars. Nederlandse Staatscourant 1998, 193 (9 okt.), p. 5.

Hermans, H.E.G.M., I.Tiems en F.T.Schut. Zorgverzekeraars en uitvoeringsorganen sociale zekerheid: ondernemingen in het licht van het EG-recht? Sociaal Maandblad Arbeid 1996, no. 51, p. 227-238.

Heteren, G. Grensoverschrijdend gezondheidszorgdebat. Medisch Contact 1999, no. 3, p. 89-92.

Jong, N. de. Dekker en Europa 1992. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, juni 1988, p. 210.

Kavelaars, P. Harmonisatie van vrij personenverkeer: een drieluik. Pensioenmagazine, 1998, no. 7/8, p. 11-16.

Kemenade, Y.W. van. Health care in Europe 1997. The finance and reimbursement systems of 18 European countries. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Kemenade, Y.W.van, M. de Groot. Euregionale samenwerking. De actuele stand van zaken. Medisch Contact, 1999, no. 13, p. 461-465.

Kuile, B.H. ter. De prijs der prijsberekening. NJB 1995, afl 28, p. 1040-1043.

Kuile, B.H. ter. Zorgen over Zorgen voor. NJB 1990, afl 35, p. 1369-1372.

Kurstjens, P. Strategische beleidsvorming bij Landbouw, Natuurbeheer en Visserij; een bericht anno 1996 ('state of the art'). Den Haag: ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, 1996.

Lister, G. Creating the Future of Health en Care in Europe, review of the developments shaping European health and care systems of the 3^e Millennium. S.l.: Coopers & Lybrand, 1998.

Medical Liability in Europe: Threat or Challenge?, Proceedings of a congress of Europa Medica. Brussels: s.n., 1999.

Mei, A.P. van der. Decker en Kohll: op weg naar een vrij verkeer voor patiënten in de Europese Gemeenschap? Nederlands tijdschrift voor sociaal recht, 1998, no. 6, p. 187-196.

Mountford, L. The 'Kohll and Decker' Rulings of the European Court of Justice: A Discussion Paper, draft of a paper to be published in March/April 2000.

Nout, S. Grensoverschrijdende zorg in het licht van de arresten Decker en Kohll. Amsterdam: s.n., 1999.

Overbeeke, G. De nationale systemen zullen op hun grondvesten schudden. Interview met mr I. Cath. Transmitter no 5, juni/juli 1998, p. 4-6.

Pieters, D. De Nederlandse Zorgverzekering in het licht van de Europese Gemeenschappen; onderzoek naar de verenigbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel met het recht op vrij dienstenverkeer en het Europese mededingingsrecht, achtergrondstudie bij het advies Europa en de

gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1999.

Popma J. Privatisering Ziektewet in strijd met Europese regels: aanslag op fundamentele sociale zekerheid. OR-informatie 1998, no. 9, p. 10-11.

Pre, F.M. du. Het EG-Verdrag door een ziekenfondsbrilletje. Sociaal Maandblad Arbeid, 1998, no. 9, p. 364-376.

Roscam Abbing HDC. Jurisprudentie-overzicht Hof van Justitie, Europese Gemeenschappen. Tijdschr. voor Gezondheidsrecht, 1997, no. 6, p. 353-358.

Salden, B. Binnen tien dagen onderzoeken en behandelen: Duits ziekenhuis lokt Nederlandse patiënten. Zorginstellingen, 1998, no. 9, p. 29-31.

Sociaal Economische Raad. Advies Europese Sociale Dialoog. Den Haag: SER, 1998.

Sociaal Economische Raad. Advies Sociale zekerheid en gezondheidszorg. Den Haag: SER, 1998.

Sociaal Economische Raad. Advies Uitbreiding van de EU met Midden- en Oost-Europese landen. Den Haag: SER, 1999.

Standing Committee of European Doctors .Handbook of Policy Statements 1959-1998. Brussels: s.n., 1998.

Steyger, E. Het Europese recht en nationale stelsels van nationale sociale zekerheid: deel I: een stelsel van sociale zekerheid en zijn uitvoering. Sociaal Maandblad Arbeid, 1994, no. 49, p. 8-19.

Steyger, E. Het Europese recht en stelsels van nationale sociale zekerheid: deel II: marktordening als gevolg van een sociaal zekerheidsstelsel en convergentie van systemen. Sociaal Maandblad Arbeid, 1994, no. 49, p. 71-78.

Verdeuzeldonk, L. Grensoverschrijdende zorg blijft binnen de perken. Grenzen en kosten. Health Management Forum, december 1998, p. 22-23/34.

World Health Organization. The World Health Report 1999: Making a Difference. S.l.: WHO, 1999.

Zicht op zekerheid; De toekomst van (zorg)verzekeringen, een scenario-analyse. Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Maarssen: De Tijdstroom, 1996.

Zwaan, J.W. de, De publieke verantwoordelijkheid van de overheid; een aantal Europeesrechtelijke beschouwingen, in: WRR, Over publieke en private verantwoordelijkheden (W. Derksen *et al.*). Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1999.

Bijlage 11

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement (kalenderjaar jan-dec) op de publicaties kost f 325,-.

Adviezen en achtergrondstudies

99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00

98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (achtergrondstudie)	10,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheids- beleid	25,00
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00

96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/01	Programmatische jeugdzorg	20,00

Bijzondere publicaties

99/08	Trendanalyse	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
--	Volksgesondheid met beleid	gratis

Advies Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1535-0) 39,50
Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst
(ISBN 90-399-1536-9) 39,50
De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te
bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
postbus 200014, 2500 EA Den Haag,
telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83

Werkprogramma's

99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

Jaarverslagen

99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50

