

Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen

Rapport uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg in opdracht van de Pharmaceutical Committee van de
Amerikaanse Kamer van Koophandel in Nederland

Zoetermeer, 2002

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	7
2	Europa in het kort	9
2.1	Ontstaan, ontwikkeling en doelstellingen	9
2.2	Andere samenwerkingsverbanden in Europa	10
2.3	Rechtskarakter van de EU	11
2.4	Het institutionele kader	12
3	Bevoegdheden van de EU	14
3.1	Inleiding	14
3.2	Bevoegdheidsverdeling EU-lidstaten	14
3.3	Het beleid van de EU	15
3.4	Conclusies	19
4	Bevoegdheidsafbakening onder de loep	20
4.1	Inleiding	20
4.2	De zaken Decker en Kohll	20
4.3	De zaken Smits en Peerbooms	22
4.4	De zaak Vanbraekel	26
4.5	Aanhangige zaken: Muller-Fauré en Van Riet	27
4.6	Conclusies	30
5	Het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen in het licht van de EU	32
5.1	Inleiding	32
5.2	Aanleiding tot stelselherziening	33
5.3	Het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen	33
5.4	Kenmerken van een stelsel van sociale zekerheid	34
5.5	Kwalificatie van het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen	37
5.6	Exceptie van artikel 54 derde schaderichtlijn	38
5.7	Conclusies	40
6	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	41
6.1	Inleiding	41
6.2	Keuze 1: Invoeren van de beoogde stelselwijziging	41
6.3	Keuze 2: Europees draagvlak verwerven voor stelselplannen	42
6.4	Keuze 3: Kwetsbare elementen in het stelsel elimineren	43
6.5	Conclusie	45

Bijlagen

1	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	49
2	Rapportvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	51
3	Lijst van afkortingen	53
4	Literatuur	55
5	Overzicht publicaties RVZ	59

Samenvatting

Plannen voor een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen leveren steevast stof op voor discussie. Sinds de uitspraken van het Europese Hof van Justitie in de zaken Decker en Kohll staat deze discussie mede in het teken van de vraag of de plannen passen in het beleid en het recht van de Europese Unie.

Wat de jongste voornemens tot herziening van het stelsel betreft – een op privaatrechtelijke leest geschoeide verplichte basisverzekering, die wordt uitgevoerd door ‘private’ verzekeraars – tekent zich een controverse af. Deze betreft met name de vraag of Europa, dat het beginsel van een vrij verkeer van (onder meer) diensten hoog in het vaandel heeft staan, toestaat dat de Nederlandse overheid verplichtingen oplegt aan private verzekeraars. Verplichtingen zoals het moeten accepteren van iedere burger als verzekerde, het moeten aanbieden van een standaard pakket aan noodzakelijke gezondheidszorg en het deelnemen aan een systeem van risicoverevening kunnen immers het vrij verkeer van diensten binnen de interne markt belemmeren en daarmee het proces van Europese eenwording frustreren.

Het kabinet gaat er, in navolging van het tweede Paarse kabinet, vanuit dat het beoogde nieuwe stelsel niet op Europeesrechtelijke problemen stuit, omdat het stelsel onder de sociale zekerheid valt. Lidstaten hebben bij de huidige stand van de Europese eenwording de bevoegdheid om hun stelsels van sociale zekerheid naar eigen inzicht en goeddunken in te richten.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is van opvatting dat het beoogde model door zijn vormgeving juist niet is aan te merken als een stelsel van sociale zekerheid en om die reden onderworpen zal zijn aan de Europese regels, die een vrij verkeer van diensten en een onvervalste mededinging binnen de interne markt garanderen.

Het stelsel zal met name onder de werkingssfeer van de zogenoemde schaderichtlijnen vallen. Deze richtlijnen verbieden nationale overheden om verplichtingen op te leggen aan verzekeraars, zoals een acceptatieplicht en deelname aan een risicovereveningssysteem. Daarmee is het stelsel niet haalbaar.

Het is volgens de Raad met name de private – d.w.z. commerciële – uitvoering die het stelsel diskwalificeert als sociaal zekerheidsstelsel. Daarnaast is onzeker of het beoogde stelsel voldoende garantie biedt voor inkomenssolidariteit, door de voorgenomen compensatie voor de geheel nominale premie buiten het stelsel van ziektekostenverzekeringen te regelen. De plannen zijn op dit punt onvoldoende uitgewerkt.

De overheid doet er verstandig aan het nieuwe stelsel nadrukkelijk in te bedden in de sociale zekerheid.

De stelselherziening wordt in belangrijke mate ingegeven door de wens om aanbieders en verzekeraars te prikkelen tot efficiënt en klantgericht handelen en meer keuzevrijheid voor patiënten en consumenten te bieden. Dat streven is geheel in lijn met Europa. Een commerciële uitvoering van de verzekering is daarvoor niet noodzakelijk.

1 Inleiding

Het Europese Hof van Justitie heeft de lidstaten van de Europese Unie met de arresten Decker en Kohll in 1998 duidelijk gemaakt dat de gezondheidszorg niet gevrijwaard is van Europese invloed. Hoewel de boodschap als zodanig helder was, lieten de uitspraken ook vragen onbeantwoord. Dit bracht in de verschillende lidstaten discussie op gang over de invloed van Europa op de nationale stelsels van gezondheidszorg. De discussie in Nederland wordt bovendien gevoed door de plannen van het (inmiddels demissionaire) kabinet voor een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De vraag die in dit verband de gemoederen bezighoudt is of deze plannen 'Europa-proof' zijn.

Dat het debat over de invloed van Europa op de Nederlandse gezondheidszorg levendig is, blijkt wel uit het feit dat de derde conferentie van het Clingendael Health Forum geheel aan dit onderwerp is gewijd. In dit kader heeft de Pharmaceutical Committee van de Amerikaanse Kamer van Koophandel in Nederland aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) gevraagd te onderzoeken op welke wijze Europa de Nederlandse gezondheidszorg beïnvloedt en hoe ver deze invloed reikt. Om de discussie aan te moedigen is hij tevens gevraagd aan te geven welke consequenties zijn bevindingen (moeten) hebben voor de voorgenomen stelselherziening.

In het onderhavige rapport legt de Raad zijn bevindingen neer. De opbouw is als volgt.

In hoofdstuk 2 wordt in kort bestek beschreven wie of wat Europa is, welke doelstellingen zij nastreeft, alsmede welke bevoegdheden en instrumenten haar daartoe ter beschikking staan.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 uiteengezet hoe bevoegdheden tussen de Europese Unie en de lidstaten zijn verdeeld, voorzover deze betrekking hebben op de gezondheidszorg. Daaruit komt naar voren dat de bevoegdheden van de EU en de lidstaten op het eerste gezicht strikt gescheiden lijken te zijn. De EU is bevoegd op het gebied van de interne markt en de volksgezondheid; de lidstaten zijn bevoegd op het terrein van de gezondheidszorg.

Op grond van het beleid dat de EU ontwikkelt, lijkt het alsof zij de bevoegdheid van de lidstaten respecteert. Dat dit slechts schijn is, bewijst de rechtspraak van het Europese Hof van Justitie. Daarom wordt in hoofdstuk 4 de bevoegdheidsafbakening nader onder de loep genomen, op geleide van recente uitspraken van het Europese Hof.

De aldus verkregen onderzoeksbevindingen vormen de basis voor een toetsing van het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen. Deze toetsing vindt zijn neerslag in hoofdstuk 5.

In hoofdstuk 6 tenslotte, wordt geïnventariseerd welke mogelijkheden de Nederlandse overheid heeft om de stelselherziening door te voeren. Tevens wordt een analyse uitgevoerd van de consequenties die de verschillende mogelijkheden met zich meebrengen.

2 Europa in het kort

2.1 Ontstaan, ontwikkeling en doelstellingen

Na de Tweede Wereldoorlog groeide snel het besef dat samenwerking tussen de Europese staten noodzakelijk was om in de toekomst oorlogen te voorkomen en om de wederopbouw van Europa te stimuleren. Tegen deze achtergrond werd in 1951 de Europese Gemeenschap voor Kolen en Staal opgericht (EGKS), in 1957 gevolgd door de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie (Euratom) en de Europese Economische Gemeenschap (EEG). Hoewel er strikt juridisch gezien drie afzonderlijke Europese Gemeenschappen zijn vormen zij toch één commune rechtsorde; reden waarom in het vervolg gesproken wordt over *de* E(E)G. Centrale doelstelling van *de* EEG was het instellen van een gemeenschappelijke markt. Een dergelijke ruimte zonder binnengrenzen zou een vrij verkeer van personen, goederen, diensten en kapitaal mogelijk maken. Door een gemeenschappelijke economische basis zouden de belangen van de lidstaten eerder op één lijn komen te liggen.

Een belangrijke impuls voor het eenwordingsproces vormde *de Europese Akte*, welke op 1 juli 1987 in werking trad. In deze akte bevestigden de lidstaten de intentie om het geheel van onderlinge betrekkingen om te zetten in een Europese Unie. Ook werd in de akte opgenomen dat de interne markt voor het einde van 1992 tot stand gebracht zou moeten worden.

Het op 7 februari 1992 in Maastricht ondertekende Verdrag betreffende de Europese Unie (*Verdrag van Maastricht*) betekende een tweede belangrijke stap voor de verdieping van de Europese integratie, tegen de achtergrond van de realisatie van de interne markt op 1 januari 1992. Kern van het verdrag was de oprichting van de Europese Unie, welke is samengesteld uit drie pijlers:

1. de drie Europese Gemeenschappen¹: EGKS, EEG en Euratom;
2. een gemeenschappelijk buitenlands- en veiligheidsbeleid;
3. samenwerking op het gebied van justitie en binnenlandse zaken.

Het verdrag voorzag tevens in de invoering van de Economische en Monetaire Unie (EMU)².

Bij deze gelegenheid werd voorts het adjectief Economisch geschrapt en heet de EEG voortaan Europese Gemeenschap.

Dit weerspiegelt een uitbreiding van haar doelstellingen en wel zodanig dat zij niet meer uitsluitend is gericht op economische integratie van de lidstaten, maar op de vorming van een gemeenschap in ruimere zin, d.w.z. een politieke, sociale en economische gemeenschap.

Het *Verdrag van Amsterdam*, dat op 1 mei 1999 in werking is getreden, markeert een (voorlopig) laatste belangrijke fase in de Europese integratie³. Het verdrag heeft betrekking op de uitbreiding van de EU, de bestuursstructuur, de EMU en het zogenoemde Schengen acquis (vrij verkeer van personen). In dit verdrag is verder vastgelegd dat de Unie de rechten en vrijheden van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) moet eerbiedigen als algemene beginselen van het gemeenschapsrecht.

De eerste lidstaten van de E(E)G waren België, Nederland, Luxemburg, de Bondsrepubliek Duitsland, Frankrijk en Italië. In 1973 volgden Engeland, Ierland en Denemarken, in 1981 Griekenland, in 1986 Spanje en Portugal. In 1995 traden Finland, Oostenrijk en Zweden toe tot de EU, waarmee het aantal lidstaten op vijftien is gekomen. Onlangs hebben de lidstaten van de EU ingestemd met uitbreiding van de Unie met tien nieuwe lidstaten, voornamelijk uit Midden- en Oost-Europa.

2.2 Andere samenwerkingsverbanden in Europa

De Europese Unie moet onderscheiden worden van andere samenwerkingsverbanden in Europa, met name van de Raad van Europa (RvE). De RvE is gebaseerd op vrijwillige samenwerking tussen staten. Deze samenwerking heeft gestalte gekregen in verschillende verdragen, waaronder het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Dit verdrag bevat een aantal individuele grondrechten waarop burgers een beroep kunnen doen. Daarnaast rekt de RvE ook de sociale mensenrechten tot haar aandachtsgebied. Deze zijn in verschillende verdragen geregeld, waaronder het Europees Sociaal Handvest.

Meer specifieke verplichtingen voor de aangesloten staten zijn geformuleerd in de verdragen van de Internationale Arbeidsorganisatie (International Labour Organisation, ILO) en de zogenoemde normverdragen van de RvE. Deze verdragen⁴ zijn vooral van belang voor de sociale dimensie van Europa. Ze

leggen de lidstaten onder meer regels op ten aanzien van verzekeringsdekking en eigen bijdragen.

Hoewel ook deze (internationale) verdragen invloed hebben op de organisatie, inrichting en financiering van de gezondheidszorg, blijven ze in het kader van dit onderzoek buiten beschouwing. De verdragen van deze samenwerkingsverbanden zijn namelijk in beginsel op te zeggen, terwijl dat wezenlijk anders ligt met het lidmaatschap van de Europese Unie. Hoewel beëindiging van dit lidmaatschap als zodanig niet is uitgesloten, is deze mogelijkheid niet reëel, gezien de verstrekkende consequenties van een dergelijke stap.

2.3 Rechtskarakter van de EU

De Europese Unie is in eerste instantie een rechtsgemeenschap, die zich baseert op het recht en ook door recht handelt. Het bijzondere van het EG-recht - en hierin onderscheidt het zich van andere internationale wetgeving - ligt in het supranationale karakter en de daarmee verbonden fundamentele voorrang op de nationale wetgeving van de lidstaten.

Hoewel de EU een autonome supranationale rechtsorde vormt met eigen bevoegdheden, op grond waarvan ze de lidstaten eventueel zelfs tegen hun wil kan binden, is de soevereiniteit van de lidstaten slechts ten dele beperkt. De EU heeft - in tegenstelling tot een nationale staat - geen oorspronkelijke, allesomvattende bevoegdheid. De bevoegdheden van de EU beperken zich tot die domeinen die hem door de lidstaten uitdrukkelijk zijn toegewezen (het zogenoemde beginsel van de beperkte bevoegdheid; artikel 5 eerste lid EG-verdrag).

Wanneer aan de EU op een bepaald terrein geen exclusieve bevoegdheden zijn toegekend geldt het subsidiariteitsbeginsel. Dit houdt in dat de EU pas handelt indien en voor zover de gemeenschap beter in staat is de doelstellingen van het verdrag te realiseren dan de lidstaten (artikel 5 tweede alinea EG-verdrag).

De EU ontleent zijn bevoegdheden aan het EG-verdrag⁵; dit vormt als het ware de 'grondwet' van de EU.

2.4 Het institutionele kader

Instellingen

Voor de vervulling van haar taken beschikt de EU over de volgende instellingen:

De Raad is het toonaangevende wetgevende orgaan⁶. Hij is samengesteld uit één vertegenwoordiger per lidstaat op ministerieel niveau. Welke minister dat is hangt af van het werkgebied waarin de Raad actief is. Het voorzitterschap in de Raad wordt bij toerbeurt waargenomen door de bevoegde minister van de verschillende lidstaten.

De Raad moet onderscheiden worden van de Europese Raad, waartoe de staats- en regeringshoofden van de lidstaten behoren, alsmede de president van de Europese Commissie. De Europese Raad heeft tot taak op de halfjaarlijkse topontmoeting de algemene politieke doelstellingen voor het beleid van de Europese Unie en de EG te ontwikkelen.

De Europese Commissie heeft het 'monopolie' voor beleidsinitiatieven, met als gevolg dat de Raad alleen actief kan worden op grond van voorstellen van de Commissie. De Commissie stelt alle wetgevingsvoorstellen op die nodig zijn voor de tenuitvoerlegging van de verdragen. Daarnaast heeft ze tot taak de algemene administratieve functies van de gemeenschap waar te nemen.

De leden van de Commissie worden benoemd door de regeringen van de lidstaten. Uitgangspunt daarbij is dat ten minste één onderdaan van elke lidstaat in de Commissie zitting moet hebben. De leden worden benoemd op grond van hun algemene bekwaamheid, hoewel ook rekening wordt gehouden met hun politieke voorkeur om een evenwichtige vertegenwoordiging van de politieke stromingen te verzekeren. De samenstelling van de gehele Commissie behoeft de goedkeuring van het Europees Parlement.

Het Europees Parlement vertegenwoordigt de Europese burgers en vormt als zodanig de democratische grondslag van de Unie. Het oefent namens de burgers politieke controle uit op de andere instellingen van de gemeenschap. Daarnaast neemt het parlement deel aan de totstandkoming van communautaire wetgeving. Het heeft zich inmiddels ontwikkeld van een puur raadgevende instantie tot medewetgever.

Het Hof van Justitie van de EG heeft als belangrijkste taak de handhaving van het recht bij de uitlegging en toepassing van het EG-verdrag. Van de verschillende procedures is de zogenoemde prejudiciële procedure⁷ van bijzonder belang. Rechtbanken van de lidstaten die twijfelen over de uitleg of geldigheid van een voorschrift van gemeenschapsrecht kunnen zich wenden tot het Europese Hof om een bindende uitleg te verkrijgen. De beslissing van het Hof over de geldigheid of uitleg moet door de nationale rechtbank aan zijn beschikking in de oorspronkelijke procedure ten grondslag gelegd worden. Op deze manier wordt een uniforme toepassing van het gemeenschapsrecht in de lidstaten gewaarborgd.

Instrumenten

De instellingen van de Europese Gemeenschap beschikken over specifieke rechtsinstrumenten om hun taken uit te oefenen:

- *verordeningen* zijn algemene regelingen die rechtstreeks in elke lidstaat gelden en derhalve geen omzetting in de nationale wetgeving van de lidstaten vereisen;
- *richtlijnen* zijn in beginsel slechts bindend voor wat betreft de doelstellingen die zij nastreven en laten het aan de lidstaten over om gepaste omzettingsmaatregelen te treffen. Ze bevatten doorgaans een bepaalde termijn voor de omzetting naar de respectievelijke wetgeving van de lidstaten;
- *beschikkingen* zijn individuele regelingen die bindend zijn voor op zichzelf staande gevallen;
- *aanbevelingen en adviezen* zijn niet bindende rechtshandelingen, die zowel tot de lidstaten als tot individuele personen gericht kunnen worden.

3 Bevoegdheden van de EU

3.1 Inleiding

Om de invloed van Europa op de Nederlandse gezondheidszorg te kunnen vaststellen is het in de eerste plaats van belang te kijken naar de verdeling van bevoegdheden tussen de EU en de lidstaten. De EU is immers uitsluitend bevoegd op die terreinen die hem door de lidstaten uitdrukkelijk zijn toegewezen (beginsel van de beperkte bevoegdheid). Vervolgens moet worden nagegaan op welke wijze de EU van zijn bevoegdheden gebruik maakt; daartoe onderzoeken we de maatregelen die de EU op grond van zijn bevoegdheden heeft genomen, voor zover deze raakvlakken hebben met de gezondheidszorg.

3.2 Bevoegdheidsverdeling EU-lidstaten

Interne markt

De meest essentiële doelstelling van de EU is economische integratie van de lidstaten. Eenwording op economisch gebied is immers voorwaarde om ook doelstellingen op andere terreinen, zoals op politiek of sociaal gebied, te kunnen realiseren. De EU tracht deze integratie te bereiken door het in stand houden en verder uitbouwen van de interne markt. Vanwege deze fundamentele betekenis van de interne markt voor het proces van Europese eenwording beschikt de EU vooral op dit gebied over vergaande en exclusieve bevoegdheden. Zo kan de EU aan de lidstaten verplichtingen opleggen om belemmeringen, die de handel tussen de lidstaten ongunstig (kunnen) beïnvloeden, weg te nemen. Daarnaast kan ze maatregelen treffen om het vrije verkeer tussen de lidstaten te stimuleren en concurrentievervalsing door activiteiten van (internationale) ondernemingen of door optreden van nationale overheden zoveel mogelijk tegen te gaan.

Volksgezondheid

Sinds het verdrag van Maastricht heeft de EU een formele bevoegdheid op het terrein van de volksgezondheid, zij het op basis van subsidiariteit. Volgens artikel 129 van dit verdrag dient de EU *'bij te dragen* aan het verzekeren van een hoog niveau van gezondheidsbescherming in de gemeenschap'. Daartoe kreeg de EU de bevoegdheid om de samenwerking tussen de lidstaten te bevorderen en zo nodig hun acties te ondersteunen. In het Verdrag van Amsterdam is de bevoegd-

heid van de EU op het gebied van public health uitgebreid: op basis van het gewijzigde artikel 129 (dat is omgenummerd tot 152) is de EU voortaan bevoegd maatregelen te nemen om het niveau van gezondheidsbescherming *te verzekeren* en dus niet slechts maatregelen die daartoe kunnen bijdragen. Daarmee is de basis gelegd voor een belangrijke verschuiving in het public health beleid van de EU van het voorkomen van ziekten naar het bevorderen van de volksgezondheid.

Gezondheidszorg

De EU heeft geen bevoegdheden op het terrein van de (individuele) gezondheidszorg. Lidstaten zijn bevoegd hun nationale stelsels van sociale zekerheid naar eigen inzicht in te richten. Daarmee is de inrichting, financiering en organisatie van de gezondheidszorg, als onderdeel van de sociale zekerheid, een zaak van de lidstaten en niet van de EU. Dit ongeschreven beginsel is in het Verdrag van Amsterdam vastgelegd. De laatste paragraaf van artikel 152 bepaalt namelijk dat *de gemeenschap het nationale beleid inzake de modernisering van de stelsels voor sociale bescherming ondersteunt en aanvult, waarbij eventuele communautaire regelgeving het recht van de lidstaten onverlet laat om de fundamentele beginselen van hun sociale zekerheidsstelsel vast te stellen en geen aanmerkelijke gevolgen mag hebben voor het financiële evenwicht van dat stelsel*⁸.

3.3 Het beleid van de EU

De EU heeft met name op het gebied van de interne markt vele maatregelen genomen om het vrije verkeer van personen, goederen en diensten te stimuleren. Deze maatregelen raken ook de gezondheidszorg. Patiënten zijn immers personen, geneesmiddelen zijn goederen, ziektekostenverzekeringen zijn diensten etc.

Vrij verkeer van personen

Werknemers en zelfstandigen

Om het grensoverschrijdend verkeer van migrerende werknemers te ondersteunen heeft de EU reeds in 1958 Verordening 1408/71 uitgevaardigd. Het doel van de verordening is de nationale stelsels van sociale zekerheid zodanig op elkaar te laten aansluiten dat werknemers die in een andere lidstaat wonen en/of werken niet hun aanspraken op sociale uitkeringen of verstrekkingen verliezen. De verordening bevat bepalingen aan de hand waarvan wordt vastgesteld welk

wettelijk sociaal zekerheidsregime van toepassing is in grensoverschrijdende situaties.

Medische beroepsbeoefenaren

Onder het vrije verkeer van personen valt ook het recht van vrije vestiging⁹. Om dit recht te kunnen effectueren heeft de EU specifieke richtlijnen ontwikkeld voor het vrije verkeer van medische en aanverwante beroepsbeoefenaren. De zogenoemde sectorale richtlijnen bevatten minimum opleidingseisen en geven de beroepsbeoefenaar die daaraan voldaan heeft het recht op wederzijdse erkenning van zijn of haar kwalificaties in alle lidstaten van de EU. Dit impliceert tevens het recht op automatische registratie in de andere lidstaten. Beroepen die niet in de sectorale richtlijnen zijn opgenomen, maar die wel op nationaal niveau geregeld zijn, hebben op basis van een algemene richtlijn ook het recht om in een andere lidstaat praktijk uit te oefenen, maar zij worden op een daartoe strekkend verzoek niet automatisch geregistreerd in de betreffende lidstaat.

Vrij verkeer van goederen

Geneesmiddelen

Sinds 1965 is op EU-niveau een omvangrijke hoeveelheid regels uitgevaardigd om het vrije verkeer van geneesmiddelen te stimuleren en tegelijkertijd een adequaat niveau van bescherming, veiligheid en effectiviteit van geneesmiddelen te garanderen. Vanaf het begin is het beginsel van productautorisatie steeds de kern geweest van het EU-beleid terzake.

Uitgangspunt van de verschillende richtlijnen is steeds geweest dat een geneesmiddel niet op de markt mag worden gebracht voordat er een onafhankelijke, op wetenschappelijke gronden berustende beoordeling heeft plaatsgevonden. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een verordening, waarin communautaire procedures (en normen) zijn neergelegd voor het verlenen van een handelsvergunning voor geneesmiddelen en het toezicht op geneesmiddelen.

Ondanks de aanzienlijke harmonisatie op het gebied van de toelating van geneesmiddelen tot de markt blijven er grote verschillen in de geneesmiddelenmarkt bestaan. Een EU-richtlijn uit 1992 verplicht lidstaten weliswaar hun geneesmiddelen te classificeren volgens de criteria 'uitsluitend recept' dan wel 'zelfzorg'-geneesmiddel, maar desondanks verschilt de juridische status die in verschillende lidstaten aan dezelfde geneesmiddelen wordt toegekend sterk: geneesmiddelen die in

het ene land als zelfzorgmiddel gekocht kunnen worden, kunnen in een ander land uitsluitend verkregen worden op recept van een arts. Daarnaast zijn geneesmiddelen in sommige lidstaten alleen via een apotheker of apotheekhoudend arts te verkrijgen, terwijl in andere lidstaten zelfzorg-geneesmiddelen vrijwel overal te koop zijn (supermarkten, benzinestations).

Deze verschillen zijn in essentie terug te voeren op het feit dat de EU geen specifieke bevoegdheden heeft op het gebied van de verstrekking en prijs van geneesmiddelen. Ze heeft ook geen pogingen ondernomen om prijzen van geneesmiddelen te harmoniseren, omdat dit op grote weerstand van de lidstaten stuit. De regels voor de interne markt beletten een lidstaat dan ook niet om het aantal geneesmiddelen dat voor vergoeding in aanmerking komt te beperken, mits de keuze voor uitsluiting van geneesmiddelen gebaseerd is op objectieve criteria die niet discrimineren naar land van herkomst. Aldus het oordeel van het Europese Hof van Justitie in de zaak Duphar¹⁰. Het ging in deze zaak om een maatregel van Nederlands recht, die bepaalde geneesmiddelen uitsloot van vergoeding onder het verplichte verzekerde pakket op basis van het argument dat er andere geneesmiddelen zijn met hetzelfde therapeutische effect, maar beduidend goedkoper. Het Hof van Justitie oordeelde dat het hanteren van zogenoemde positieve en negatieve lijsten gerechtvaardigd was, voor zover deze maatregel de financiële stabiliteit van het nationale stelsel bevordert.

Medische hulpmiddelen

Het Europese kader voor medische hulpmiddelen stelt de bescherming van de volksgezondheid centraal, maar is zonder meer tevens bedoeld om de interne markt te bevorderen. Het omvat slechts drie richtlijnen, waarvan de Medical Devices Directive de belangrijkste is.

De toelating tot de markt is voor medische hulpmiddelen minder strikt gereguleerd dan voor geneesmiddelen. Op grond van de Medical Devices Directive dienen medische hulpmiddelen sinds 1998 simpelweg het zogenoemde CE-merk te dragen (Conformité Européen). In dit merk ligt het eigen oordeel van de fabrikant besloten dat zijn hulpmiddel voldoet aan de minimum standaarden.

Een deel van het Europese regime inzake medische hulpmiddelen betreft post marketing surveillance. Fabrikanten zijn verplicht alle ongunstige effecten die voortvloeien uit (het gebruik van) hun

producten te melden aan het bevoegde nationale orgaan. De lidstaten zijn verplicht om naar aanleiding van een dergelijke melding nadere informatie te verzamelen en zo nodig maatregelen te nemen, zoals een besluit om het product de toegang tot de markt te ontzeggen. Daarmee ligt de verantwoordelijkheid voor medische hulpmiddelen niet alleen in handen van fabrikanten maar ook van nationale autoriteiten. De lidstaten moeten de genomen maatregelen rapporteren aan de Europese Commissie, die deze uiteindelijk sanctioneert of verworpt.

Ook voor hulpmiddelen geldt dat de EU geen pogingen heeft ondernomen tot harmonisatie van de verstrekking en de prijs.

Vrij verkeer van diensten

Ziektekostenverzekeringen

Er zijn drie Europese richtlijnen uitgevaardigd (resp. in 1973, 1988 en 1992) teneinde nationale barrières te slechten voor de markt van schadeverzekeringen.

De eerste richtlijn was erop gericht de toelatingsvoorschriften van de lidstaten te coördineren om te komen tot gelijke voorwaarden waaronder een verzekeraar zich in een andere lidstaat zou kunnen vestigen. Behalve voorschriften over de financiële bedrijfsvoering en reservevorming kent deze richtlijn ook een verbod op uitoefening van een nevenbedrijf: de verzekeraar mag geen andere bedrijfsmatige activiteit uitoefenen dan het schadeverzekeringsbedrijf. Met de tweede schaderichtlijn werd een begin gemaakt met het opheffen van de nog bestaande beperkingen voor een op grond van het recht van dienstverlening gebaseerd vrij verzekeringsverkeer.

De implementatie van de derde schaderichtlijn (Rl 92/49) zorgde ervoor dat een daadwerkelijke interne schadeverzekeringsmarkt binnen de Europese Unie tot stand kon komen. Op grond van deze richtlijn behoeven verzekeraars niet meer in de lidstaten waarin zij het verzekeringsbedrijf willen uitoefenen afzonderlijke vergunningen aan te vragen. De vergunning die wordt afgegeven door de lidstaat waar de verzekeraar zijn hoofdkantoor heeft geldt voor de gehele Europese Unie (zogenoemd single liegende systeem. Het toezicht blijft in handen van de lidstaat van herkomst (home country control).

Deze richtlijn beschermt verzekeraars tegen overheidsmaatregelen die een financieel gezonde bedrijfsvoering kunnen belemmeren. Het is de overheid verboden om in te grijpen in

acceptatievoorwaarden, dekking van een verzekering en premiestelling. Hiermee wordt voorkomen dat een verzekeraar niet gelijkwaardig kan concurreren met een (buitenlandse) verzekeraar die niet onderworpen is aan overheidsingrijpen.

Richtlijn 92/49 is ingevolge artikel 2 tweede lid niet van toepassing op verzekeringen die zijn opgenomen in een wettelijk stelsel van sociale zekerheid. Verplichte ziektekostenverzekeringen zoals de Nederlandse ziekenfondsverzekering vallen daarmee buiten het bereik van de schaderichtlijnen.

3.4 Conclusies

De bevoegdheidsverdeling tussen de EU en de lidstaten lijkt helder. De EU respecteert deze afbakening en ontwikkelt geen beleid dat de bevoegdheid van de lidstaten om hun stelsels van sociale zekerheid in te richten aantast. Zo bevat de sociale zekerheidsverordening conflictregels om te bepalen welke nationale regelingen op migrerende werknemers en zelfstandigen van toepassing zijn; ze bepaalt echter niet onder welke voorwaarden aanspraak op prestaties ontstaat of onder welke voorwaarden een recht op of verplichting tot aansluiting bij een stelsel bestaat. De richtlijnen inzake wederzijdse erkenning van diploma's raken als zodanig niet aan de bevoegdheid van de lidstaten om hun stelsels van gezondheidszorg naar eigen inzicht in te richten. Het beleid inzake geneesmiddelen en medische hulpmiddelen is gericht op de toelating tot de markt; besluitvorming over het al dan niet opnemen van deze middelen in het verplichte verzekerde pakket is nadrukkelijk voorbehouden aan de lidstaten. De Europese schaderichtlijnen tenslotte zijn niet van toepassing op verzekeringen die binnen een wettelijke regeling van sociale zekerheid vallen.

4 Bevoegdheidsafbakening onder de loep

4.1 Inleiding

Op het eerste gezicht lijkt het dus alsof de EU de bevoegdheid van de lidstaten om hun nationale stelsels van gezondheidszorg naar eigen inzicht in te richten ongemoeid laat. Dat is echter misleidend. Het feit dat de EU zich onthoudt van maatregelen die de bevoegdheid van de lidstaten kunnen aantasten betekent nog niet dat zij geen invloed heeft op de gezondheidszorg. Daarvan getuigt met name de recente rechtspraak van het Europese Hof van Justitie in zaken als Decker en Kohll, Smits en Peerbooms en andere.

Het ging in deze zaken steeds om een maatregel van nationaal recht op grond waarvan voorafgaande toestemming is vereist voor het ontvangen van zorg in het buitenland. Het vaststellen van de voorwaarden waaronder verzekerden aanspraak hebben op verstrekkingen behoort tot de bevoegdheid van de lidstaten om hun stelsels van sociale zekerheid in te richten. Desalniettemin werd aan het Hof gevraagd of een zodanige maatregel in overeenstemming is met de verdragsbepalingen inzake het vrij verkeer van diensten. Dit geeft aan dat er op zijn minst een spanning bestaat tussen de bevoegdheden van de lidstaten en van de EG. Die bevoegdheden kunnen conflicteren. Het Hof maakt in deze zaken duidelijk wat in dat geval voorgeaat: het Europese of het nationale recht.

4.2 De zaken Decker en Kohll

In deze zaken¹¹ ging het om twee Luxemburgse verzekerden. De heer Decker had in België een bril aangeschaft en de (minderjarige) dochter van de heer Kohll had in Duitsland een orthodontistische behandeling ondergaan. Decker had tevoren zijn ziekenfonds niet om toestemming gevraagd. Kohll had dat wel, maar het ziekenfonds had toestemming geweigerd omdat de behandeling niet spoedeisend was en in Luxemburg kon worden verricht.

Decker en Kohll stelden beiden beroep in bij de rechtbank. Zij waren van mening dat het in de Luxemburgse regeling opgenomen vereiste van voorafgaande toestemming voor het ont-

vangen van zorg in het buitenland in strijd was met resp. het vrije verkeer van goederen en diensten. De nationale rechter vroeg het Europese Hof om een prejudiciële beslissing.

De Luxemburgse regering stelde zich op het standpunt dat dit vereiste buiten de werkingssfeer van het vrije verkeer van goederen en diensten viel, omdat het was ingebed in een stelsel van sociale zekerheid. Het Hof stelde echter onomwonden vast dat de lidstaten weliswaar de bevoegdheid hebben gehouden hun stelsels van sociale zekerheid in te richten en derhalve de voorwaarden voor verzekering en het recht op uitkeringen en verstrekkingen te reguleren, maar dat zij daarbij wel het gemeenschapsrecht moeten eerbiedigen, in het bijzonder de eerder genoemde verdragsbepalingen.

Het Hof stelde vervolgens vast dat het vereiste van voorafgaande toestemming verzekerden afschrikt om zich tot medische hulpverleners in een andere lidstaat te wenden, omdat deze regeling vergoeding van de aldus gemaakte kosten afhankelijk stelt van vooraf verleende toestemming, terwijl voor vergoeding van in de staat van verzekering gemaakte kosten geen toestemming is vereist. Een dergelijke regeling vormt derhalve een belemmering van het vrije verkeer van goederen en het vrij verrichten van diensten.

De Luxemburgse regering en het ziekenfonds voerden verschillende rechtvaardigingsgronden aan. Ze stelden dat het vereiste van voorafgaande toestemming noodzakelijk was teneinde:

1. het financiële evenwicht van het sociale zekerheidsstelsel te kunnen handhaven en
2. de volksgezondheid te beschermen; daaronder valt volgens hen de noodzaak om de kwaliteit van de geneeskundige hulp te garanderen en een evenwichtige en voor eenieder toegankelijke verzorging door artsen en ziekenhuizen te waarborgen.

Het Hof oordeelde dat handhaving van het financiële evenwicht van het stelsel van sociale zekerheid een dwingende reden van algemeen belang is en derhalve in beginsel een belemmering van het vrije verkeer van diensten *kan* rechtvaardigen. In de onderhavige zaken was er echter geen gevaar voor aantasting van dat financiële evenwicht, omdat vergoeding van de in Duitsland verleende tandheelkundige hulp en de in België aangeschafte bril volgens de Luxemburgse tarieven geen belangrijke invloed hebben op de financiering van het

sociale zekerheidsstelsel; de financiële lasten voor het Luxemburgse sociale zekerheidsorgaan zijn in dat geval immers gelijk, of verzekerde nu in Luxemburg of in een andere lidstaat een orthodontist bezoekt dan wel een bril aanschaft.

Wat de bescherming van de volksgezondheid betreft was het Hof van oordeel dat artsen en tandartsen in andere lidstaten geacht moeten worden gelijkwaardige waarborgen te bieden als artsen en tandartsen op het nationale grondgebied. De voorwaarden voor de toegang tot de uitoefening van het beroep van arts en tandarts zijn immers het onderwerp van diverse coördinatie- of harmonisatierichtlijnen. Bewaking van de kwaliteit van de in andere lidstaten verleende medische hulp kan dus geen rechtvaardiging opleveren.

Het Hof erkende wel dat de subdoelstelling om een evenwichtige en voor eenieder toegankelijke verzorging door artsen en ziekenhuizen te waarborgen een rechtvaardiging kan opleveren¹², omdat zij bijdraagt tot de verwezenlijking van een hoog niveau van gezondheidsbescherming. Het EG-verdrag (artikel 56) staat lidstaten dan ook toe het vrij verkeer van diensten van artsen en ziekenhuizen te beperken, voor zover de instandhouding van een verzorgingsmogelijkheid of medische deskundigheid op het nationale grondgebied essentieel is voor de gezondheid of zelfs het overleven van de bevolking. Omdat in de onderhavige zaken echter evenmin is aangetoond dat de regeling noodzakelijk was om deze subdoelstelling te bereiken, vond het Hof dat zij niet gerechtvaardigd was om reden van volksgezondheid.

Hoewel de uitspraken duidelijk maakten dat de beginselen betreffende het vrij verkeer van goederen en diensten ook van toepassing zijn op het gebied van nationale stelsels van sociale zekerheid leidden ze ook tot verwarring: in de eerste plaats was onduidelijk of de uitspraken zowel voor ambulante als voor ziekenhuiszorg gelden en in de tweede plaats of ze van toepassing zijn op alle typen zorgstelsels en niet alleen op een restitutiestelsel zoals dat in Luxemburg, Frankrijk en België bestaat. In juli 2001 geeft het Hof opheldering van deze vragen in de zaken Smits en Peerbooms.

4.3 De zaken Smits en Peerbooms

Mevrouw Smits en de heer Peerbooms¹³ zijn beiden verzekerd onder het Nederlandse naturastelsel. Mevrouw Smits, die aan

de ziekte van Parkinson lijdt, laat zich hiervoor behandelen in een kliniek in Duitsland, die zich toelegt op een categoriale en multidisciplinaire behandeling van deze ziekte. In Nederland wordt deze ziekte symptomatisch behandeld. De heer Peerbooms is op 36-jarige leeftijd als gevolg van een verkeersongeval in coma geraakt. Hij wordt door zijn behandelend neuroloog overgeplaatst naar een kliniek in Oostenrijk, waar hij een intensieve neurostimulatietherapie krijgt en geheel uit coma ontwaakt. In Nederland wordt deze therapie slechts op experimentele basis toegepast, terwijl daarvoor uitsluitend patiënten die jonger zijn dan 25 jaar worden geaccepteerd. Het ziekenfonds weigerde in beide gevallen de kosten te vergoeden op grond van de overweging dat de behandeling niet gebruikelijk was, terwijl bovendien voldoende en adequate behandeling voorhanden was bij een in Nederland gecontracteerde aanbieder.

Zowel mevrouw Smits als de heer Peerbooms gaan in beroep. Zij stellen recht te hebben op teruggave van de kosten van hun behandeling op grond van de bepalingen inzake het vrij verkeer van diensten.

Het Hof bevestigt nogmaals dat volgens vaste rechtspraak het gemeenschapsrecht de bevoegdheid van de lidstaten om hun sociale zekerheidsstelsels in te richten onverlet laat. Het staat derhalve in beginsel elke lidstaat vrij de voorwaarden vast te stellen waaronder een persoon zich kan of moet aansluiten bij een stelsel van sociale zekerheid en waaronder recht bestaat op verstrekkingen en uitkeringen. Niettemin behoren lidstaten bij de uitoefening van deze bevoegdheid het gemeenschapsrecht te eerbiedigen.

Het Hof stelt voorts buiten kijf dat diensten van ziekenhuizen wel degelijk 'diensten' zijn in de zin van het EG-verdrag, ook wanneer ze in natura worden verleend. Het is namelijk, zo stelt zij, vaste rechtspraak dat medische werkzaamheden onder het toepassingsgebied van artikel 60 vallen, ongeacht of het gaat om verzorging in een ziekenhuis of daarbuiten.

Ook de omstandigheid dat een medische behandeling in een ziekenhuis door de ziekenfondsen rechtstreeks op basis van overeenkomsten en vooraf vastgestelde tarieven wordt betaald, onttrekt die behandeling in geen geval aan de werkingssfeer van het vrije verkeer van diensten. Het verdrag verlangt immers niet dat de dienst wordt betaald door degene te wiens behoeve hij wordt verricht. Verder is artikel 60 van toepassing

op dienstverrichtingen welke ‘gewoonlijk’ tegen vergoeding geschieden; het wezenlijke kenmerk van de vergoeding bestaat hierin dat zij de economische tegenprestatie voor de betrokken dienst vormt. In casu vormen de betalingen die ziekenfondsen in het kader van een overeenkomstenstelsel verrichten (ook al gaat het om forfaitaire betalingen) de economische tegenprestatie voor de door het ziekenhuis verleende diensten.

Het Hof bevestigt hiermee dat de alternatieve Decker en Kohll-procedure in beginsel geldt voor alle systemen van gezondheidszorg, of ze nu gebaseerd zijn op restitutie dan wel op verstrekking in natura, en bovendien voor alle gezondheidszorgdiensten, zowel ambulante als ziekenhuiszorg.

Het Hof stelt verder vast dat de aan de orde zijnde regeling belemmeringen opwerpt voor het vrije verkeer van diensten. Het stelt vast dat de Ziekenfondswet (ZFW) verzekerden als zodanig niet belet zich tot een in een andere lidstaat gevestigde dienstverlener te wenden. Zij stelt vergoeding van de daarmee verbonden kosten echter wel afhankelijk van voorafgaande toestemming, terwijl ze verder bepaalt dat die toestemming moet worden geweigerd wanneer niet is voldaan aan de vereisten van gebruikelijkheid en noodzakelijkheid. Beide vereisten impliceren dat toestemming geweigerd kan worden. Hieruit volgt dat de betreffende regelgeving verzekerden afschrikt, zo niet belet, om zich tot medische hulpverleners in een andere lidstaat te wenden. Daarmee vormt ze zowel voor verzekerden als voor hulpverleners een belemmering van het vrij verrichten van diensten.

Dan komt het Hof toe aan de vraag of de belemmering kan worden gerechtvaardigd.

Onder verwijzing naar de uitspraak in de zaken Decker en Kohll stelt het Hof vast dat mogelijke rechtvaardigingsgronden zijn gelegen in dwingende redenen van algemeen belang, zoals:

- een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het sociale zekerheidsstelsel;
- bedreiging van een evenwichtige en voor eenieder toegankelijke verzorging door artsen en ziekenhuizen;
- bedreiging van de instandhouding van behandelingscapaciteit of medische deskundigheid op nationaal grondgebied.

Het Hof concludeert dat in zaken zoals de onderhavige, voorafgaande toestemming inderdaad gerechtvaardigd is. Het

erkent dat het kader waarbinnen medische diensten in een ziekenhuis worden verleend bijzonderheden vertoont, in vergelijking met medische diensten die artsen in hun praktijk of bij de patiënt thuis verlenen. Het is volgens het Hof algemeen bekend dat ziekenhuizen, hun geografische spreiding, inrichting en uitrusting, of zelfs de aard van de medische diensten die zij aanbieden, gepland moeten kunnen worden. Deze planning beoogt te garanderen dat de ziekenhuizen op het grondgebied van de betrokken lidstaat een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van kwaliteitszorg bieden en berust voorts op het streven de kosten te beheersen en iedere verspilling van financiële en technische middelen en personeel zo veel mogelijk te vermijden. Dergelijke verspilling moet worden vermeden omdat het ziekenhuiswezen aanzienlijke kosten met zich brengt en aan toenemende behoeften moet voldoen, terwijl de financiële middelen die voor de zorg beschikbaar zijn, ongeacht welke financieringswijze wordt toegepast, niet onbeperkt zijn.

Het is volgens het Hof verder duidelijk dat wanneer verzekerden zich vrijelijk zouden kunnen wenden tot ziekenhuizen waarmee het ziekenfonds geen overeenkomst heeft gesloten, alle inspanningen om met de planning, in de vorm van het overeenkomstenstelsel, bij te dragen tot het garanderen van een rationeel, evenwichtig en toegankelijk aanbod van ziekenhuisbehandeling zou worden gedwarsboomd. Het gemeenschapsrecht verzet zich op bovengenoemde gronden derhalve in casu niet tegen een stelsel van voorafgaande toestemming.

Hoewel het Hof duidelijk maakt dat een vereiste van voorafgaande toestemming in de onderhavige zaken gerechtvaardigd is, heeft het wel moeite met de voorwaarden waarvan de toestemming afhankelijk is gesteld. Die voorwaarden mogen niet verder gaan dan absoluut noodzakelijk is en moeten bovendien gebaseerd zijn op objectieve criteria die niet discrimineren naar de herkomst van aanbieders.

Het Nederlandse naturastelsel stelt toestemming om zorg in het buitenland te mogen ontvangen afhankelijk van twee voorwaarden:

- in de eerste plaats moet vaststaan dat de betrokken behandeling als een verstrekking in de zin van de Ziekenfondswet kan worden aangemerkt. Het daarvoor geldende criterium is of de betrokken behandeling in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. Daartoe wordt in de

- praktijk naar de heersende opvattingen in de Nederlandse kring van beroepsgenoten verwezen (= *gebruikelijkheids-criterium*);
- in de tweede plaats moet worden bepaald of die behandeling voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is. Daartoe wordt rekening gehouden met de in Nederland beschikbare behandelmethoden en wordt nagegaan of in Nederland tijdig adequate behandeling kan plaatsvinden (= *noodzakelijkheids-criterium*).

Het Hof acht de eerste voorwaarde alleen dan gerechtvaardigd wanneer ter vaststelling van de gebruikelijkheid van de behandeling wordt uitgegaan van de *internationale* medische wetenschap; de tweede voorwaarde kan alleen dan worden gerechtvaardigd wanneer zij aldus wordt uitgelegd dat de toestemming alleen mag worden geweigerd wanneer bij een instelling waarmee het ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten, tijdig een identieke of voor de patiënt even doeltreffende behandeling kan worden verkregen. Het ziekenfonds mag daarbij dus niet de voorkeur geven aan in Nederland gevestigde niet gecontracteerde aanbieders.

4.4 De zaak Vanbraekel

In deze zaak¹⁴ spreekt het Hof zich uit over het vraagstuk van de vergoeding van in het buitenland ondergane medische behandeling, wanneer toestemming ten onrechte is geweigerd. Vraag is of deze dient plaats te vinden volgens de tarieven van de lidstaat van verzekering dan wel van de lidstaat waarin de behandeling is ondergaan.

De Belgische mevrouw Descamps (Vanbraekel) verzocht toestemming aan haar ziekenfonds voor een orthopedische behandeling in Frankrijk. De Belgische wetgeving kent in aanvulling op de procedure van artikel 22 lid 1 van verordening 1408/71 een alternatieve procedure, op grond waarvan behandeling in het buitenland is toegestaan wanneer deze onder betere medische omstandigheden kan worden geleverd en wanneer vaststaat dat de behandeling noodzakelijk is. De noodzaak moet worden vastgesteld door een medisch specialist verbonden aan een Belgisch universitair ziekenhuis.

Het ziekenfonds weigerde toestemming voor de ingreep omdat mevrouw Descamps geen medisch specialist in een Belgisch universitair ziekenhuis had geraadpleegd. Nadat ze (zonder de

vereiste toestemming) in Frankrijk geopereerd was ging mevrouw Descamps in beroep tegen de weigering van het ziekenfonds.

De Belgische rechter besliste op basis van een deskundigenrapport, dat toestemming gegeven had moeten worden omdat haar gezondheidstoestand inderdaad een operatieve behandeling vereiste, die bovendien onder betere medische omstandigheden in Frankrijk kon worden uitgevoerd. De rechter kon evenwel niet beslissen of mevrouw Descamps aanspraak had op vergoeding volgens het Belgische dan wel het Franse tarief: onder de klassieke E112 procedure zou ze vergoeding ontvangen volgens het Franse tarief, onder de Decker en Kohll-procedure volgens het Belgische tarief. De rechter vroeg het Europese Hof om een prejudiciële beslissing.

Het Hof oordeelde dat als een verzekerde ten onrechte toestemming is onthouden om in een andere lidstaat zorg te ontvangen, de verzekerde in kwestie een vergoeding moet worden gegarandeerd die in overeenstemming is met de regels die gelden in de lidstaat van behandeling (zoals aangegeven in artikel 22 eerste lid verordening 1408/71). Maar het Hof ging nog een stap verder; het vond namelijk ook dat de verordening de lidstaat van verzekering niet belet om haar eigen tarief te vergoeden indien dit gunstiger is voor de verzekerde. Het Hof onderzocht verder of zo'n top up arrangement noodzakelijk zou zijn voor het vrije verkeer van diensten. Het concludeerde dat als een patiënt een lagere vergoeding zou krijgen dan wanneer hij in eigen land zou zijn geholpen dit hem zou beletten, zo niet verhinderen, om zich tot aanbieders in het buitenland te wenden. Daarom oordeelde het Hof dat de Belgische autoriteiten de patiënt een aanvullende vergoeding dienden te bieden om het verschil te compenseren. De Belgische verzekering kende immers een hoger niveau van vergoeding dan Frankrijk voor de betreffende behandeling. Deze verplichting zou geen bedreiging vormen voor het financiële evenwicht van het Belgische sociale zekerheidsstelsel.

4.5 Aanhangige zaken: Muller-Fauré en Van Riet

Op dit moment zijn er nog twee zaken aanhangig bij het Europese Hof, die de contouren van de bevoegdheidsafbakening kunnen aanscherpen. In de zaken Muller-Fauré en Van Riet is aan het Hof de vraag voorgelegd of het vereiste van voorafgaande toestemming gerechtvaardigd is wanneer de verzekerde

in een naturastelsel extramurale zorg in het buitenland wenst te ontvangen. In de zaak Kohll heeft het Hof weliswaar uitgemerkt dat in geval van extramurale behandeling door een arts de belemmering van het vrije verkeer van diensten niet gerechtvaardigd is, maar het ging daarin om een stelsel dat vergoedingen verleent. In Smits en Peerbooms, waarin ziekenhuiszorg ten laste van een naturastelsel aan de orde was, oordeelde het Hof dat de belemmering in kwestie gerechtvaardigd was wegens dwingende redenen van algemeen belang. Het maakte daarbij volgens het Hof niet uit of het ging om een restitutie- dan wel een naturastelsel. Op de dag waarop het arrest Smits en Peerbooms werd uitgesproken (12 juli 2001) heeft de griffie van het Hof daarom aan de Centrale Raad van Beroep (CRvB) gevraagd of hij, gelet op het antwoord van het Hof in die zaak, zijn vragen wenste te handhaven. De Raad heeft geantwoord dat hij zijn vragen niet introk.

In de zaak Muller-Fauré gaat het om een Nederlandse verzekerde die ontevreden is over de behandelingen door Nederlandse tandartsen. Zij maakt van haar vakantie in Duitsland gebruik om aldaar een tandarts te bezoeken, zonder dat haar ziekenfonds daarvoor toestemming heeft gegeven. Na haar terugkeer in Nederland verzoekt zij haar ziekenfonds om vergoeding van de behandeling (althans voor dat deel dat gedekt wordt door de verplichte ziektekostenverzekering), maar het ziekenfonds wijst het verzoek af. Ook de zaak Van Riet betreft een Nederlandse verzekerde. De huisarts van mevrouw Van Riet vraagt namens zijn patiënte het ziekenfonds om toestemming om voor rekening van het ziekenfonds een artroscopie te laten verrichten in België, waar deze ingreep beduidend sneller kon plaatsvinden dan in Nederland. Zonder het antwoord af te wachten liet mevrouw Van Riet de artroscopie en een ulnaveerkorting uitvoeren in een Belgisch ziekenhuis. Het ziekenfonds had inmiddels het verzoek afgewezen.

De Centrale Raad van Beroep was met de ziekenfondsen van mening dat de toestemming terecht niet verleend was, omdat niet vaststond dat de behandelingen in het buitenland nodig waren: een gebrek aan vertrouwen in de Nederlandse medische stand is immers onvoldoende reden en de wachttijd voor een artroscopie in Nederland is volgens de CRvB evenmin onaanvaardbaar lang. De Raad vraagt het Europese Hof of het toestemmingsvereiste in strijd is met het vrije verkeer van diensten en als dit zo is of dan met succes beroep kan worden gedaan op de eerder door het Hof erkende dwingende redenen van algemeen belang. Voorts vraagt de Raad zich af of voor

het antwoord nog van belang is of de behandeling geheel of ten dele betrekking heeft op intramurale medische zorg.

De Advocaat-Generaal die de beslissing van het Hof voorbereidt, is van mening dat in geval van een naturastelsel het verschil tussen ambulante behandeling door een arts en ziekenhuiszorg minder uitgesproken is dan in een restitutiestelsel. Hij geeft daarvoor een aantal argumenten.

- In een dergelijk stelsel krijgen individuele beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen, van het ziekenfonds voor elke verzekerde die in hun praktijk is ingeschreven een vast bedrag per jaar (abonnementstarief), ongeacht de frequentie van consultatie. Ook gecontracteerde tandartsen ontvangen een vast bedrag per verzekerde per jaar. Aldus wordt bij voorbaat de financiering verzekerd van de geneeskundige zorg die de verzekerden in een jaar nodig hebben, zodat ziekenfondsen in beginsel geen extra betalingen behoeven te doen. Het gebruik van niet-gecontracteerde voorzieningen kan het financiële evenwicht van het stelsel in gevaar brengen, omdat dit voor het ziekenfonds in alle gevallen een bijkomende last met zich meebrengt.

Bovendien draagt de rol van de huisarts als poortwachter bij aan de bescherming van het financiële evenwicht van het stelsel. Hij vervult binnen het stelsel van gecontracteerde zorgverlening een functie die vergelijkbaar is met het vereiste van voorafgaande toestemming, namelijk beperking van het onnodig gebruik van medische diensten. Wanneer verzekerden deze stap zouden kunnen omzeilen dan zou een groot deel van de efficiëntie van het stelsel verloren gaan.

- Het vereiste van voorafgaande toestemming draagt voorts bij aan het behoud van een zo ruim mogelijke, evenwichtige en voor eenieder toegankelijke zorgverlening. Het ligt volgens de AG voor de hand dat de belangstelling van artsen voor het sluiten van overeenkomsten met ziekenfondsen rechtstreeks afhankelijk is van het aantal patiënten dat zij aldus kunnen verkrijgen. Wanneer verzekerden vrijelijk kunnen kiezen tot welke arts zij zich wenden dan kunnen ziekenfondsen niet een bepaald aantal verzekerden per arts garanderen. Artsen zullen dan niet geïnteresseerd zijn in overeenkomsten met ziekenfondsen, maar de voorkeur geven aan privé-patiënten aan wie zij hogere honoraria kunnen vragen. Dat zou de stabiele en algemene

toegang van verzekerden tot medische verzorging tegen een redelijke prijs in gevaar brengen, alsmede de continuïteit van het naturastelsel in zijn huidige vorm.

Wanneer patiënten zich voor medische behandeling herhaaldelijk en systematisch naar een andere lidstaat begeven ontstaat bovendien het gevaar, vooral in kleine landen, dat de ziekenfondsen er niet in slagen de beroepsbekwaamheid voor de behandeling van weinig voorkomende of zeer complexe ziekten op een aanvaardbaar niveau te houden.

- Het vereiste van voorafgaande toestemming vormt verder een garantie voor een gelijke toegang tot medische zorg. Sociale zekerheidsstelsels met verstrekkingen in natura hebben, als gevolg van een steeds sterkere discrepantie tussen vraag en aanbod, last van wachtlijsten. Voorafgaande toestemming stelt ziekenfondsen in staat de prioriteiten voor de verschillende behandelingen te bepalen, de beschikbare middelen te beheren en in de praktijk de medische verzorging te waarborgen in overeenstemming met de behoeften van het moment. Als verzekerden op een wachtlijst vrij de markt van niet gecontracteerde diensten op mochten gaan, zou het fundamentele beginsel van gelijke toegang van de verzekerden tot medische zorg in zijn grondvesten worden aangetast, ten nadele van degenen die wegens gebrek aan middelen of omdat zij in de degelijkheid van het stelsel geloven hun beurt afwachten. Het naturastelsel zou daarmee zijn wezen verliezen en feitelijk in een vergoedingstelsel veranderen.

De AG concludeert dan ook dat het vereiste van voorafgaande toestemming voor extramurale zorg, in een stelsel dat voorziet in verstrekkingen in natura, niet in strijd is met het vrije verkeer van diensten. Het is nog niet duidelijk of het Europese Hof deze conclusie (integraal) overneemt.

4.6 Conclusies

Er is een duidelijke rangorde in de bevoegdheden van de EU en van de lidstaten: in geval van conflict gaan de bevoegdheden van de EU voor. De lidstaten zijn bevoegd hun stelsels van sociale zekerheid in te richten, maar moeten daarbij wel het gemeenschapsrecht eerbiedigen, in het bijzonder de

bepalingen inzake het vrije verkeer. Lidstaten mogen dus zelf bepalen of zij hun stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen inrichten als een stelsel dat verstrekkingen in natura verleent dan wel als een stelsel dat gemaakte kosten restitueert. Zij mogen echter geen maatregelen nemen of in stand houden die het vrije verkeer kunnen belemmeren of de mededinging kunnen vervalsen. Een uitzondering geldt voor maatregelen die absoluut noodzakelijk zijn om andere erkende doelstellingen van algemeen belang veilig te stellen.

Met betrekking tot stelsels van sociale ziektekostenverzekeringen is een algemeen belang gelegen in:

- het bewaken van het financiële evenwicht van het stelsel van sociale zekerheid;
- het handhaven van een evenwichtige en voor eenieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg en
- het in stand houden van verzorgingsmogelijkheden en/of medische deskundigheid op het nationale grondgebied.

Maatregelen die in dit kader genomen worden mogen echter niet verder gaan dan strikt noodzakelijk is om deze doelstellingen van algemeen belang te bereiken. Een nationale maatregel die voorafgaande toestemming vereist voor het ontvangen van zorg in het buitenland is:

- disproportioneel en onevenredig, wanneer ze is opgenomen in een restitutiestelsel en betrekking heeft op extramurale zorg;
- noodzakelijke en redelijk, wanneer ze is opgenomen in een naturastelsel en betrekking heeft op ziekenhuiszorg.

Onzeker is nog of een toestemmingsvereiste voor het ontvangen van extramurale zorg in het buitenland in een naturastelsel een noodzakelijke en redelijke maatregel is.

5 Het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen in het licht van de EU

5.1 Inleiding

Plannen voor een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen leveren steevast stof op voor discussie. Sinds de uitspraken van het Europese Hof van Justitie in de zaken Decker en Kohll staat deze discussie mede in het teken van de vraag of de plannen passen in het beleid en het recht van de Europese Unie.

Voor het antwoord op deze vraag is van groot belang of het beoogde stelsel kan worden aangemerkt als een stelsel van sociale zekerheid. Wanneer dit het geval is dan kan een lidstaat immers met een beroep op een dwingende reden van algemeen belang maatregelen nemen, die anders zonder meer in strijd zouden zijn met het Europese recht, zoals een vereiste van voorafgaande toestemming voor het ontvangen van zorg in het buitenland¹⁵. Bovendien zijn in dat geval de Europese schadeplichtlijnen niet van toepassing. Lidstaten kunnen dan verplichtingen opleggen aan verzekeraars, die in het kader van 'gewone' verzekeringen niet zijn toegestaan, zoals een acceptatieplicht. Tenslotte worden de uitvoeringsorganen van een dergelijk stelsel ofwel in het geheel niet als onderneming in de zin van het EG-verdrag aangemerkt, dan wel als onderneming belast met een taak van algemeen belang. Gevolg hiervan is onder meer dat de uitvoeringsorganen allerlei vormen van samenwerking kunnen ontplooien die anders verboden zouden zijn, zoals het aanhaken bij onderhandelingsresultaten. Ook de lidstaat kan dan concurrentiebeperkende maatregelen opleggen, zoals het dwingen van uitvoerders tot samenwerking of tot aansluiting bij reeds gesloten contracten.

Uitgangspunt voor de toetsing aan het Europese recht en beleid is derhalve of het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen zich kwalificeert als een stelsel van sociale zekerheid. Alvorens over te gaan tot een toetsing wordt eerst in het kort de aanleiding tot de stelselplannen uiteengezet, gevolgd door een typering van de kabinetsplannen terzake.

5.2 Aanleiding tot stelselherziening

In de Nota Vraag aan bod stelt het tweede Paarse kabinet vast dat het huidige zorgstelsel onvoldoende tegemoetkomt aan de vraag van patiënten en cliënten. Dit uit zich onder meer in beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en gebrekkige aansluiting van het aanbod op de vraag. De oorzaken van de tekortkomingen van het huidige zorgstelsel laten zich als volgt samenvatten:

- de dominante, centrale aanbodsturing biedt onvoldoende ruimte en prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid;
- het duale karakter van de verzekering in het tweede compartiment frustreert een doelmatige zorginkoop en -regie door verzekeraars, beperkt de keuzemogelijkheden van verzekerden en bedreigt de risicosolidariteit;
- het onderscheid tussen het eerste en het tweede compartiment belemmert de samenhang in het zorgaanbod.

Om de problemen aan te kunnen pakken acht het kabinet Paars II vernieuwing van het zorgstelsel noodzakelijk en wel langs twee sporen:

1. een herziening van de sturing van de zorg, door de verdeling van verantwoordelijkheden aan te passen en de daarbij behorende instrumenten te herzien;
2. een aanpassing van het verzekeringsstelsel, door de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment te vervangen door één algemene verzekering curatieve zorg en deze nieuwe verzekering op termijn te laten integreren met de bestaande AWBZ.

Met de uitvoering van het eerste spoor is al een start gemaakt, onder meer in de trajecten modernisering AWBZ en modernisering curatieve zorg. In de Nota Vraag aan bod werkt het kabinet een voorstel uit voor een algemene verzekering curatieve zorg, dat als uitgangspunt dient voor het volgende regeerakkoord.

5.3 Het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen

Het kabinet-Balkenende onderschrijft de noodzaak van vernieuwing van het zorgstelsel. Uitgangspunt daarin is concurrentie tussen aanbieders van zorg en tussen zorgverzekeraars in combinatie met een sterkere positie van cliënten/patiënten. De overheid stelt de kaders en blijft verantwoordelijk voor de

toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg, handhaving van eerlijke verhoudingen en voor objectieve informatie over de kwaliteit van het aanbod van zowel zorgaanbieders als van zorgverzekeraars.

Het beoogde nieuwe stelsel van ziektekostenverzekeringen moet in 2005 worden ingevoerd en heeft de volgende kenmerken:

- Naast de AWBZ komt er één verplichte privaatrechtelijke verzekering voor iedereen, die wordt uitgevoerd door private uitvoerders.
- Uitvoerders van deze verzekering zijn verplicht een standaardpakket van noodzakelijke zorg aan te bieden, dat qua dekking vergelijkbaar is met het huidige ziekenfondspakket. De uitvoerders hebben bovendien een acceptatieplicht voor het standaardpakket, met een verbod op premiedifferentiatie naar gezondheid of leeftijd in samenhang met een systeem van risicoverevening.
- De premie is geheel nominaal en kan per verzekeraar verschillen. De helft van de premielast wordt door werkgevers betaald via een loongerelateerde bijdrage aan het fonds dat de verrekening en risicoverevening verzorgt. Voor burgers geldt voorts een verplicht eigen risico, dat desgewenst kan worden verhoogd. Kinderen tot 18 jaar zijn geen premie verschuldigd; dit wordt gefinancierd door een rijksbijdrage aan het fonds.
- Uitgangspunt is verder dat invoering van de nominale ziektekostenpremie niet tot onaanvaardbaar hoge belasting van individuele huishoudens mag leiden. Daarom wordt voorzien in een toeslag voor verzekerden, die qua hoogte gelijk is aan het verschil tussen de genormeerde ziektekosten en de hoogte van de standaard verschuldigde nominale ziektekostenpremie minus het eigen risico.
- Om algemene inkomenseffecten van de invoering van het zorgstelsel in het jaar van invoering te compenseren zal in dat jaar een afgewogen pakket fiscale maatregelen genomen worden (o.a. afschaffing OZB voor woningen, verhoging algemene heffingskorting en invoering van een inkomensafhankelijke kinderkorting).

5.4 Kenmerken van een stelsel van sociale zekerheid

Om vast te kunnen stellen of het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen wordt aangemerkt als een stelsel van

sociale zekerheid moet eerst worden aangegeven wat daarvoor nodig is. Met andere woorden: wat zijn de karakteristieken van een sociaal zekerheidsstelsel?

Het Europese Hof van Justitie heeft zich meerdere malen uitgesproken over de vraag of een stelsel dat door de lidstaten als een sociaal zekerheidsstelsel werd aangemerkt ook binnen de grenzen van het gemeenschapsrecht als zodanig moest worden gezien. Hoewel deze jurisprudentie moeilijk los gezien kan worden van de verschillende context waarbinnen het Hof zich over de kwalificatie moest uitspreken, komen daaruit toch enkele kenmerken naar voren die bepalend zijn voor de kwalificatie als sociaal zekerheidsstelsel.

Materiële kenmerken

Zo zijn in de eerste plaats de *materiële kenmerken* van een stelsel van belang. Wil een verzekeringsstelsel kwalificeren als een stelsel van sociale zekerheid dan moet daaraan een sociaal doel ten grondslag liggen, terwijl het bovendien gebaseerd moet zijn op solidariteit¹⁶. Verplichte aansluiting bij het stelsel is een constitutief vereiste voor het bestaan van solidariteit, maar is op zichzelf niet voldoende¹⁷. Daarnaast moet het solidariteitsaspect tot uitdrukking komen in zowel de bijdragen als de prestaties; er moet sprake zijn van een herverdeling van inkomens ten behoeve van de noodzakelijke sociale dekking.

Wijze van uitvoering

In de tweede plaats blijkt voor de kwalificatie als stelsel van sociale zekerheid van belang de *wijze van uitvoering* van de verzekering. Dat heeft het Europese Hof met zoveel woorden duidelijk gemaakt in de zaak *Commissie versus België*¹⁸.

Het ging in deze zaak om een bepaling in de Belgische wet betreffende de controle op verzekeringsondernemingen, die inhield dat deze wet niet van toepassing is op gemeenschappelijke fondsen dan wel op private ondernemingen die arbeidsongevallenverzekering aanbieden.

Volgens de Europese Commissie was deze bepaling niet in overeenstemming met de derde schaderichtlijn. Deze richtlijn bepaalt namelijk onder meer dat lidstaten van verzekeringsondernemingen die op hun grondgebied voor eigen risico de verplichte arbeidsongevallenverzekering uitoefenen kunnen eisen dat zij de specifieke voorschriften naleven die in hun nationale wetgeving ten aanzien van deze verzekering zijn opgenomen¹⁹. Op grond van de Belgische wet waren echter

alle verzekeringsondernemingen – ook die welke met winst-oogmerk en voor eigen risico optreden – uitgesloten van de werkingssfeer van deze nationale wet.

De Belgische overheid vond dat de betrokken bepaling niet in strijd was met het gemeenschapsrecht, omdat arbeidsongevallen in België behoren tot het wettelijke sociale zekerheidsstelsel en uit dien hoofde zijn uitgesloten van het toepassingsgebied van de derde schaderichtlijn.

Het Hof overweegt dat de bepaling in de richtlijn die inhoudt dat de richtlijn geen betrekking heeft op verzekeringen die zijn opgenomen in een wettelijk stelsel van sociale zekerheid zo moet worden uitgelegd dat zij doelt op de verzekeringsactiviteiten van publieke sociale zekerheidsinstellingen zonder winstoogmerk. Het concludeert dan ook dat de richtlijn van toepassing blijft op verzekeringsondernemingen die het arbeidsongevallenrisico dekken wanneer deze ondernemingen voor eigen risico opereren en winst nastreven.

Impliciet geeft het Hof hiermee aan dat de lidstaten niet door middel van een eigen invulling van het communautaire begrip ‘wettelijk stelsel van sociale zekerheid’ de reikwijdte van de richtlijn kunnen inperken. Het Hof kijkt naar de kenmerken van het stelsel zelf en niet naar de formele karakterisering daarvan door een lidstaat. Het beziet met name of de werkzaamheden van de betrokken onderneming kunnen worden aangemerkt als economische activiteit in de zin van het EG-verdrag. Als de uitvoering van een stelsel van (sociale) verzekeringen (in casu: arbeidsongevallen) in handen wordt gesteld van ondernemingen die het verzekeringsbedrijf voor eigen risico uitoefenen, is dit stelsel niet uitgesloten van de werking van de richtlijn. Er is geen reden aan te nemen dat het Hof met betrekking tot de verplichte ziektekostenverzekering een andere lijn zou volgen.

Het Europese Hof heeft hiermee een belangrijke beperking aangebracht op de kwalificatie van ‘stelsel van sociale zekerheid’. Vereist is dat de uitvoerders zelf onder strakke leiding staan van de staat en weinig tot geen beleidsvrijheid hebben, terwijl ze evenmin een winstoogmerk mogen hebben. Wanneer een stelsel met bovengenoemde materiële kenmerken wordt uitgevoerd door verzekeraars die voor eigen rekening en risico werken, dan wordt het voor de toepassing van de schaderichtlijnen niet aangemerkt als een stelsel van sociale zekerheid.

5.5 Kwalificatie van het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen

Materiële kenmerken

Wat de materiële kenmerken van het beoogde nieuwe stelsel betreft, lijdt het geen twijfel dat het een sociaal doel heeft; de basisverzekering beoogt te garanderen dat iedere Nederlandse ingezetene toegang heeft tot 'noodzakelijke' gezondheidszorg.

Twijfel bestaat omtrent het solidariteitsgehalte van de verzekering. Dat betreft niet zozeer de risicosolidariteit, maar wel de inkomenssolidariteit. In het nieuwe stelsel betalen verzekerden een geheel nominale premie. Er is voorzien in een compensatie via fiscale maatregelen voor huishoudens die hierdoor onaanvaardbaar hoog belast zullen worden. De inkomenssolidariteit wordt aldus niet binnen de verzekering geregeld, maar daarbuiten.

Het is op grond van de jurisprudentie van het Hof (nog) niet bekend of de herverdeling van inkomens gerealiseerd moet worden binnen het stelsel zelf. Het is aannemelijk dat het Hof in beginsel uitsluitend op grond van de kenmerken van het stelsel zelf een oordeel zal uitspreken over het solidariteitsgehalte. Desondanks hoeft een compensatieregeling buiten het stelsel niet op voorhand op onoverkomelijke bezwaren te stuiten, mits deze regeling zodanig gekoppeld is aan de verzekeringswet dat tussen beide een onlosmakelijk verband bestaat. Wanneer zodanige koppeling ontbreekt - en het dus mogelijk is de compensatieregeling te wijzigen of zelfs in te trekken zonder repercussies voor de verzekeringswet, of andersom - dan is de inkomenssolidariteit in ieder geval niet gegarandeerd. De kabinetsplannen spreken zich op dit punt niet uit.

Zelfs indien het Hof aanvaardt dat inkomenssolidariteit ook buiten het stelsel van ziektekostenverzekeringen gerealiseerd kan worden, is onzeker of het solidariteitsgehalte voldoende is om het stelsel aan te merken als stelsel van sociale zekerheid. De compensatie van de nominale premie vindt plaats via een mix van fiscale maatregelen, waarvan niet op voorhand vaststaat dat deze per definitie de personen die het zwaarst geraakt worden door de nominale premie naar rato compenseren. Bovendien is niet uitgesloten dat de zorgtoeslag ook ten goede komt aan personen die juist de solidariteit zouden moeten betrachten ten opzichte van anderen.

Tenslotte doet de invoering van een systeem van eigen bijdragen afbreuk aan het solidariteitsgehalte van de verzekering.

Wijze van uitvoering

Het stelsel moet worden uitgevoerd door 'private' verzekeraars. Hoewel dit niet met zoveel woorden in de kabinetsplannen staat, heeft men hierbij het oog op 'gewone' - zeg maar commerciële - verzekeraars, die zelf risicodragend zijn en winst nastreven. Het is immers nadrukkelijk de bedoeling dat verzekeraars met elkaar concurreren, zowel aan de vraagzijde (verzekerden) als aan de aanbodzijde (aanbieders). In termen van het EG-recht is het de bedoeling dat de verzekeraars 'voor eigen rekening en risico' werken.

Het is niet helemaal duidelijk of de uitvoerders van de beoogde basisverzekering aan deze kwalificatie voldoen. Gesteld kan worden dat de verzekeraars niet volledig voor eigen rekening en risico werken omdat zij verplicht zijn deel te nemen aan een risicovereeningssysteem. Daar staat tegenover dat zij over het inkopen van zorg in ieder geval wel volledig risico lopen, terwijl zij bovendien een winstoogmerk (mogen) hebben. Het lijkt met name dit laatste element dat hier de doorslag geeft. Hoewel het Hof in de zaak *Commissie versus België* onomwonden heeft gesteld dat uitsluitend *publieke* sociale zekerheidsinstellingen zonder winstoogmerk geacht moeten worden niet voor eigen rekening en risico te werken, blijkt deze kwalificatie in de praktijk ook te gelden voor *private* sociale zekerheidsinstellingen zonder winstoogmerk. Daarvan getuigt het feit dat de schaderichtlijnen niet van toepassing zijn op de uitvoerders van de huidige Ziekenfondswet.

Al met al is het onwaarschijnlijk dat het beoogde stelsel zal worden aangemerkt als een stelsel van sociale zekerheid.

5.6 Exceptie van artikel 54 derde schaderichtlijn

Ervan uitgaande dat het stelsel niet zal worden aangemerkt als stelsel van sociale zekerheid en derhalve in beginsel onder het toepassingsbereik van de schaderichtlijnen valt, moet worden nagegaan of met succes een beroep kan worden gedaan op artikel 54 van de derde schaderichtlijn. Dit artikel geeft lidstaten immers de mogelijkheid om, daar waar privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomsten de door het wettelijk stelsel van sociale zekerheid geboden dekking geheel of gedeeltelijk

(kunnen) vervangen, in het algemeen belang nadere eisen te stellen aan die verzekeringsovereenkomsten.

Artikel 54 tweede lid derde schaderichtlijn luidt:

“Onverminderd andersluidende bepalingen kan een lidstaat waar overeenkomsten tot dekking van risico's van (ziektekosten) de door het wettelijke stelsel van sociale zekerheid geboden dekking geheel of gedeeltelijk kunnen vervangen, verlangen dat deze overeenkomst voldoet aan de door die lidstaat vastgestelde bijzondere wettelijke bepalingen ter bescherming van het algemeen belang waarop deze verzekering betrekking heeft en dat de bevoegde autoriteiten van deze lidstaat in kennis worden gesteld van de algemene en bijzondere voorwaarden van deze verzekering alvorens deze in omloop wordt gebracht”.

Een beroep op dit artikel heeft weinig kans van slagen. Het oorspronkelijke uitgangspunt van artikel 54 is immers dat er in een lidstaat tenminste een sociaal zekerheidsstelsel is dat als referentiekader kan dienen voor de aan particuliere verzekeringsovereenkomsten te stellen eisen. Waar geen stelsel van sociale zekerheid is, is evenmin duidelijk wat (geheel of gedeeltelijk) vervangen kan worden. Bovendien spreekt artikel 54 over het geheel of gedeeltelijk vervangen van de dekking die een wettelijk stelsel van sociale zekerheid biedt en niet van het geheel of gedeeltelijk vervangen van het stelsel zelf. In deze opvatting strekt het artikel er niet zozeer toe de mogelijkheid te bieden een sociaal zekerheidsstelsel als zodanig geheel of gedeeltelijk te vervangen.

Tegen deze opvatting kan worden ingebracht dat aan de totstandkoming van dit artikel weliswaar enkele specifieke situaties ten grondslag liggen, maar dat dit niet betekent dat artikel 54 uitsluitend tot die situaties beperkt is. Het begrip ‘geheel of gedeeltelijk vervangen’ zou dan niet uitsluitend betrekking hebben op de dekking van het pakket, maar ook ruimte laten voor lidstaten om de organisatie van het stelsel geheel of gedeeltelijk te vervangen. Vervanging kan immers ook volgtijdelijk plaatsvinden. In dat geval zou een wettelijk stelsel van sociale zekerheid wel geheel vervangen kunnen worden door een privaatrechtelijk stelsel, waarbij de mogelijkheid om als overheid eisen te stellen aan de particuliere verzekeraars overeind blijft.

Deze laatste uitleg vindt evenwel niet expliciet steun in de tekst en berust op de premisse dat de tekst van artikel 54 illustratief en niet limitatief bedoeld is. Bovendien is artikel 54 een uitzondering op het algemene regime van de derde

schaderichtlijn. Het Hof legt dergelijke bepalingen over het algemeen restrictief uit.

5.7 Conclusies

Het is onwaarschijnlijk dat het beoogde stelsel zal worden gekwalificeerd als stelsel van sociale zekerheid. Een beroep op de uitzonderingsbepaling van de derde schaderichtlijn is niet geheel uitgesloten, maar ligt niet voor de hand.

Consequentie hiervan is dat het beoogde stelsel naar alle waarschijnlijkheid zowel onverkort onder het mededingingsregime valt als onder het toepassingsbereik van de schaderichtlijnen. Dit betekent dat de overheid verzekeraars geen acceptatieplicht kan opleggen en hen evenmin kan verplichten deel te nemen aan een risicovereveningssysteem. Het beoogde stelsel is zonder deze elementen niet haalbaar.

6 Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen

6.1 Inleiding

De uitkomsten van de toets van het beoogde stelsel aan het Europese recht doet de vraag rijzen welke keuzes Nederland heeft en wat daarvan de consequenties zijn. In dit hoofdstuk worden daarvoor overwegingen gegeven.

Wanneer de overheid een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen noodzakelijk acht om de knelpunten in het zorgstelsel op te lossen, dan heeft ze een keuze uit drie mogelijkheden: ze kan de plannen in ongewijzigde vorm doorzetten; ze kan proberen op Europees niveau draagvlak te creëren voor de beoogde herziening of ze kan de plannen aanpassen.

6.2 Keuze 1: Invoeren van de beoogde stelselwijziging

Nederland kan ervoor kiezen de plannen voor een stelselwijziging in ongewijzigde vorm in te voeren, zonder verdere actie richting Europa te ondernemen. Europa kan dit als zodanig niet verbieden. Waarom zou Nederland zich dan iets van Europa aantrekken? Daar zijn verschillende redenen voor.

In de eerste plaats kan Europa wel degelijk stappen tegen Nederland ondernemen. Wanneer de Nederlandse overheid verplichtingen oplegt aan (particuliere) verzekeraars, zoals een acceptatieplicht, schendt ze hiermee de schaderichtlijnen. Het EG-verdrag voorziet in de mogelijkheid van rechtstreekse internationale sancties tegen een lidstaat die inbreuk maakt op de regels van de Europese Unie. De Europese Commissie of een andere lidstaat kan zo'n staat voor het Hof van Justitie dagen, dat de staat met aanzienlijke financiële sancties tot nakoming van de verplichtingen kan dwingen. Zo werd bijvoorbeeld Griekenland veroordeeld tot betaling van een dwangsom van € 20.000 per dag waarin het in gebreke bleef om de op hem rustende Europese verdragsverplichtingen na te komen²⁰.

Minstens zo belangrijk is echter dat Nederland met een dergelijke actie een onmiskenbaar signaal afgeeft aan Europa, namelijk dat het zich niet veel gelegen laat liggen aan het streven naar Europese eenwording. Dit signaal kan voor een klein land als Nederland repercussies hebben; het komt in ieder geval haar toch al niet zo grote invloed binnen de Europese Unie niet ten goede.

6.3 Keuze 2: Europees draagvlak verwerven voor stelselplannen

Als Nederland per se wil kan het pogingen ondernemen om op Europees niveau draagvlak te verwerven voor het beoogde stelsel van ziektekostenverzekeringen. Ze kan bijvoorbeeld proberen het stelsel (toch) onder de uitzonderingsbepaling van de derde schaderichtlijn te brengen. Het stelsel zou dan, evenals destijds met de WTZ is gebeurd, alsnog gesauveerd worden. Het stelsel wordt dan weliswaar niet aangemerkt als een stelsel van sociale zekerheid in enge zin, maar geniet wel bescherming tegen de onverkorte werking van de regels van de interne markt.

Het is echter de vraag of dit een verstandige keuze zou zijn. Nederland manoeuvreert zich hiermee namelijk in een kwetsbare positie. Zo is in de eerste plaats onduidelijk hoe een stelsel dat in zichzelf ambivalent is (noch een sociaal zekerheidsstelsel in enge zin, noch een open marktsysteem) op termijn zal worden ingepast in het Europese integratieproces. Het proces van Europese eenwording schrijdt immers voort, hoewel het tempoverschillen kent. Integratie op economisch gebied vormt nog altijd de belangrijkste drijvende kracht in het eenwordingsproces. Europa erkent dat integratie niet op alle terreinen even voortvarend tot stand gebracht kan worden en staat daarom uitzonderingen toe op de regels van de interne markt, doch uitsluitend voor zover deze absoluut noodzakelijk zijn om bepaalde doelstellingen van algemeen belang te realiseren. Dat geldt met name voor het in stand houden en functioneren van stelsels van sociale zekerheid, die immers bijdragen aan een hogere levensstandaard van de burgers van de EU. Een dergelijk stelsel kan in gevaar komen wanneer het (abrupt) wordt onderworpen aan de tucht van de markt. Europa staat dan ook toe dat voor stelsels van sociale zekerheid een uitzondering wordt gemaakt op de fundamentele beginselen van vrij verkeer.

Juist omdat het hier een uitzondering betreft, die op zichzelf het streven naar Europese eenwording frustreert dan wel vertraagt, moet deze exceptie evenwel strikt wordt uitgelegd. De uitzondering geldt alleen voor stelsels die sterk gedomineerd worden door overheidsoptreden en waarin de uitvoerders weinig beleidsvrijheid hebben. Europa kan (of wil) niet uit de voeten met inconsistenties: het is of markt of overheid, maar geen mix van beide. De keuze van het fundament van het stelsel is derhalve belangrijk.

De keuze voor een gedegen fundament is daarnaast van belang met het oog op aanpassingen die Nederland zelf in de toekomst in het stelsel aanbrengt. De wankel basis die het gekozen fundament biedt kan ertoe leiden dat aanpassingen in het stelsel de balans naar de andere kant doen doorslaan, waardoor het stelsel volledig en abrupt onderhevig wordt aan de werking van de interne markt.

De kans dat het stelsel op termijn onderworpen raakt aan de regels van de interne markt is dan ook reëel. Wanneer dit gebeurt, komt het Nederlandse stelsel sterk onder druk te staan. Zo zal de solidariteit - en dan met name de risicosolidariteit - niet meer te waarborgen zijn. Verder zal de werking van het vrije verkeer sterk eenzijdig gericht zijn. Nederland neemt in dat geval namelijk een afwijkende positie in ten opzichte van andere lidstaten. De meeste andere lidstaten hebben als grondslag voor hun stelsel van ziektekostenverzekeringen gekozen voor een nadrukkelijke inbedding in de sociale zekerheid, althans voor wat betreft het basispakket. Dit kan ertoe leiden dat ook buitenlandse verzekeraars in Nederland ziektekostenverzekeringen kunnen aanbieden, terwijl dat andersom moeilijker is vanwege toetredingsdrempels; dat Nederlandse verzekerden onbeperkt naar het buitenland kunnen gaan om zorg te ontvangen, terwijl dat andersom slechts in beperkte mate mogelijk is.

6.4 Keuze 3: Kwetsbare elementen in het stelsel elimineren

Nederland kan er tenslotte voor kiezen de kwetsbare elementen in het beoogde stelsel te elimineren, door het nadrukkelijk te verankeren in de sociale zekerheid. Daartoe dient in de eerste plaats de onzekerheid over de mate van inkomenssolidariteit te worden weggenomen, door ofwel een (substantiële) inkomensafhankelijke component op te nemen in de

premie, dan wel de koppeling tussen de zorgverzekeringswet en de fiscale compensatieregeling(en) wettelijk te verankeren. In de tweede plaats dient de overheid daartoe af te zien van een commerciële uitvoering van de verzekering.

Voor deze optie pleit dat stelsels van ziektekostenverzekeringen in de Europese lidstaten langzaam maar zeker naar elkaar toe groeien. Er is een convergentietendens, die als het ware van onderaf opkomt. Deze tendens komt in de eerste plaats voort uit een toenemende mobiliteit van burgers; ‘de wereld wordt kleiner’. Burgers weten ook steeds beter wat er (elders) te koop is (zie onder meer de uitspraak in de zaken Smits en Peerbooms). Dit leidt er toe dat de stelsels van ziektekostenverzekeringen wat de aanspraken en verstrekkingen betreft steeds meer zullen convergeren. Door het toenemende grensoverschrijdende verkeer van werknemers, ligt ook convergentie van polisvoorwaarden voor de hand.

Deze tendens wordt versterkt door maatregelen die de lidstaten nemen om meer prikkels tot efficiency in te bouwen. Zo neemt het kabinet zich voor om, vooruitlopend op de invoering van het nieuwe stelsel, de contracteerplicht van ziekenfondsen op te heffen. Dat zal ziekenfondsen stimuleren om meer zorg over de grens in te kopen, vooral daar waar goedkoper kan worden ingekocht. Dat is bijvoorbeeld het geval in België en Duitsland, waar de kosten van de infrastructuur door de overheid worden gedragen en dus niet zijn opgenomen in de tarieven. Dit zal lidstaten ertoe nopen de wijze van financiering steeds meer af te stemmen op de wijze waarop andere lidstaten dat doen.

Een dergelijke convergentie verloopt het meest vloeiend vanuit een gezamenlijk vertrekpunt van de lidstaten. Dat gezamenlijke vertrekpunt is de inbedding van het stelsel van ziektekostenverzekeringen in de sociale zekerheid.

Wat op het eerste gezicht tegen deze optie pleit is de wens (of noodzaak) om voldoende prikkels in het stelsel van ziektekostenverzekeringen in te bouwen, teneinde beter tegemoet te kunnen komen aan de behoeften van de individuele zorgvrager. Daarin is de ratio gelegen van een commerciële uitvoering van de verzekering: het stimuleert verzekeraars om te dingen naar de gunst van de verzekerde. Het is bij nader inzien zeer de vraag of hiertoe een winstoogmerk van verzekeraars onmisbaar is. Ook in een non-profit uitvoering zijn verzeke-

raars immers gebaat bij de gunst van de verzekerde, mits verzekerden daadwerkelijk met de voeten kunnen stemmen.

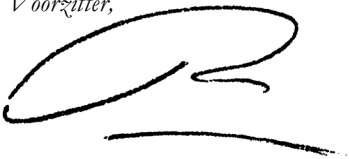
6.5 Conclusie

Nederland loopt een risico met de voorgenomen plannen tot stelselherziening: in ongewijzigde vorm dreigt het stelsel onderworpen te raken aan de onverkorte werking van de interne markt. Gevolg daarvan is dat de plannen als geheel onuitvoerbaar worden. De Nederlandse overheid kan dan geen verplichtingen opleggen aan de zorgverzekeraars, zoals met name een acceptatieplicht. Daarmee is de risicosolidariteit niet (meer) gewaarborgd, terwijl dat juist één van de meest fundamentele uitgangspunten is voor de inrichting van een stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Nederland zal dus moeten kiezen. De stelselherziening wordt in belangrijke mate ingegeven door de wens om aanbieders en zorgverzekeraars te prikkelen tot efficiënt en klantgericht handelen en meer keuzevrijheid voor patiënten en consumenten te bieden. Dat streven is geheel in lijn met Europa. Een 'private', dat wil zeggen commerciële uitvoering van de verzekering is daarvoor niet noodzakelijk.

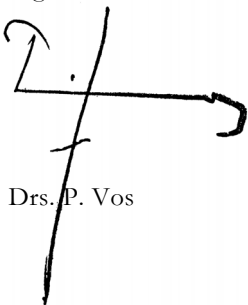
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,



Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,



Drs. P. Vos

Noten

- ¹ Hoewel de begrippen EU en EG derhalve niet identiek zijn, wordt in het vervolg van het rapport consequent gesproken over de EU
- ² In 2002 is de Euro daadwerkelijk als munteenheid in de lidstaten in gebruik genomen
- ³ Het Verdrag van Nice zal waarschijnlijk in de tweede helft van 2002 in werking treden
- ⁴ Met name ILO-verdrag nr. 102, Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid en de Europese Code inzake sociale zekerheid
- ⁵ Gemakshalve wordt gesproken over het EG-verdrag; daartoe behoren de oprichtingsverdragen van de drie Europese Gemeenschappen en de daarin later aangebrachte wijzigingen door de Europese Akte, het Verdrag van Maastricht en het Verdrag van Amsterdam
- ⁶ Het Europees Parlement heeft op een aantal punten medewetgevende bevoegdheden
- ⁷ Artikel 234 EG-verdrag
- ⁸ Ook het overigens nog niet in werking getreden Verdrag van Nice bevat een bepaling van deze strekking; zie artikel 137, onder k jo. vierde lid
- ⁹ Artikel 43 jo. 46 eerste lid EG-verdrag
- ¹⁰ HvJ EG, zaak 238/82, Jur. 1984 (Duphar)
- ¹¹ HvJ EG, gevoegde zaken C-120/95 en C-158/96, Jur. 1998, p I-1831 en I-1673
- ¹² Onder de in art. 56 EG-verdrag voorziene afwijkingen uit hoofde van de volksgezondheid
- ¹³ HvJ EG 12 juli 2001, zaak C-157/99 (Smits en Peerbooms)
- ¹⁴ HvJ EG, zaak C-368/98, Jur. 2001, p. I-05363 (Vanbraekel)
- ¹⁵ Uiteraard mits deze niet verder gaan dan strikt noodzakelijk is
- ¹⁶ HvJ EG, gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91, Jur. 1993, p. I-637 (Poucet en Pistre)
- ¹⁷ HvJ EG, zaak C-244/94, Jur. 1995, p. I-4013 (FFSA); HvJ EG, zaak C-238/94, Jur. 1994, p. I-1673 (Garcia)
- ¹⁸ HvJ EG, zaak 206/98, Jur. 2000 (Commissie vs België)
- ¹⁹ Met uitzondering van de bepalingen inzake het financiële toezicht, die onder de uitsluitende bevoegdheid van de lidstaat van herkomst vallen
- ²⁰ Zie Grenze(n)loze zorg, blz. 63

Bijlagen

Bijlage 1

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

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

Drs. J.C. Blankert

J. Franssen

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

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

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 2

Rapportvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Projectgroep:

Mw. mr. M.W. de Lint, hoofdonderzoeker en auteur

Drs. D.J. Zijda, onderzoeker

Drs. P. Vos, algehele coördinatie

Mr. J. Kasdorp, meelezer

Namens opdrachtgever:

Mw. drs. J.A. Riteco

Drs. M. Bijwaard

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

A-G	Advocaat-Generaal
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CRvB	Centrale Raad van Beroep
CE	Conformité Européen
EC	Europese Commissie
EEG	Europese Economische Gemeenschap
EG	Europese Gemeenschap(pen)
EGKS	Europese Gemeenschap voor Kolen en Staal
EMU	Europese Monetaire Unie
ESH	Europees Sociaal Handvest
EU	Europese Unie
Euratom	Europese Gemeenschap voor Atoomenergie
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (en de fundamentele vrijheden)
RvE	Raad van Europa
ICER	Interdepartementale Commissie voor Europees Recht
ILO	International Labour Organisation
SER	Sociaal Economische Raad
ZFW	Ziekenfondswet
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen

Bijlage 4

Literatuur

AIM. Implications of recent jurisprudence on the coordination of health care protection systems. Brussel: AIM, 2000.

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.

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.

Busse, R., Wismar, M. and Berman, P.C. The European Union and health services - The impact of the single European market on member states. Volume 50 Biomedical and health research. Dublin: EHMA, 2002.

Cath, I.G.F. Vuurwerk of veenbrand. Blijft het tobben of ontstaat er iets moois? Decker en Kohl spoken door Europa. Medisch contact, 2 april 1999, 54, no. 13, p. 466-471.

European Commission. The internal market and health services. Report of the high level committee on health. 17 december 2001.

Gooijer de, W.J. Over aftuigen en optuigen: De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief. ZM magazine, no. 5, mei 2000.

Grinten van der, T.E.D. en Lint de, M.W. The impact of Europe on healthcare: the Dutch case. Eurohealth, volume 7, no. 1, 2001.

Groot de, G.J. Grenzeloze zorg(en). Tijdschrift voor gezondheidsrecht, no. 1, 2002. p 10-20.

Hamilton, G.J.A. Interne markt en (aanvullende) ziektekostenverzekeringen. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, no. 1, 2001 p 37-48.

Hamilton, G.J.A. Europa knaagt aan nationale stelsels.
Tijdschrift voor gezondheidsrecht, 1997, no. 8, p. 453-454.

Hamilton, G.J.A. Smits/Peerbooms: de bom die niet afging.
Tijdschrift voor gezondheidsrecht, 2001, no. 6.

Health Management Forum. Zorg voor Europa? Een inventarisatie van partijen van de gevolgen van de Europese integratie voor de Nederlandse gezondheidszorg. Zoetermeer: HMF, 2000.

Hermans, H.E.G.M. De Europese Unie en de gezondheidszorg. Handboek Structuur en Financiering van de gezondheidszorg. II 10.2-1 e.v.

Interdepartementale Commissie Europees Recht. Europeesrechtelijke aspecten van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Den Haag: ministerie van VWS, 2001.

Kabinet CDA, LPF, VVD. Werken aan vertrouwen, een kwestie van aanpakken. Strategisch akkoord voor kabinet CDA, LPF, VVD; juli 2002.

Lewalle, H. en Palm, W. De toegang tot de gezondheidszorg in de Europese Unie : impact van de Europese rechtspraak. Belgisch tijdschrift voor sociale zekerheid, 2^e trimester 2001. p. 445-463.

Man de, F.H., Straetmans, G. en Annard, W. Begrijpen wij Brussel? Kansen en bedreigingen van de Nederlandse positiebepaling in de Europese Unie op het gebied van de gezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 2001, 24 maart; 145 (12), p 590-593.

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.

Ministerie van VWS. Vraag aan bod. Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Grenze(n)loze zorg. Het Nederlandse zorgstelsel in
internationaal-rechtelijk perspectief. Den Haag: VWS, 2000.

Mortelmans, K.J.M. De ontwikkeling van de communautaire
regelgeving en Haagse besognes: de visie van de Raad van
State. Nederlands Juristenblad, afl. 20, 19 mei 2000.

Mossialos E. et al. The influence of EU law on the social
character of health care systems in the European Union.
Brussel: s.n., 2001.

Palm, W. en Lewalle, H. De vrijwillige ziektekostenverzekering
in de Europese Unie: tussen markt en solidariteit? Belgisch
tijdschrift voor sociale zekerheid, 4^e trimester 2001, p. 919-
954.

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

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.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld.
Zoetermeer: RVZ, 2000.

Schulte, B. Europees sociaal recht. Belgisch tijdschrift voor
sociale zekerheid, 4^e trimester 2001, p. 687-732.

Schut, F.T. en Laske-Aldershof, T. Volledig nominale premies
dienen geen doel. Economische Statistische Berichten, 9
november 2001, p. 860-863.

Sociaal Economische Raad. Naar een gezond stelsel van
ziektekostenverzekeringen. Den Haag: SER, 1999.

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

Steyger, E. De communautaire inhoud van het begrip 'sociale zekerheid'. Tijdschrift voor gezondheidsrecht, 2002, no. 2, p. 80-97.

Steyger, E. Europese zaken in de zorg: een sociaal stelsel met tochtgaten? In: Het stelsel voorbij? Sturingsperikelen in de gezondheidszorg en jurisprudentie-overzicht. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2000-2001, nr. 23619 nr 18. Curatieve zorg.

Ven van de, W.P.M.M., Schut, F.T. Solidariteit en mededinging in de zorgverzekering: staat Europa dat wel toe? CDV, no. 7, 8, 9, themanummer 2000.

Verbond van Verzekeraars. De consument aan het woord. Onderzoek naar de mening van de consument over de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekering. Den Haag: Centrum voor Verzekeringsstatistiek in opdracht van het Verbond van Verzekeraars, 2002.

Verbond van Verzekeraars. Europeesrechtelijke aspecten van de basisverzekering. Den Haag: Verbond van Verzekeraars, 2002.

Bijlage 5

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	EUR	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	EUR	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	EUR	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	EUR	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	EUR	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	EUR	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	EUR	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/05	E-health in zicht	EUR	15,00

02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	EUR	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	EUR	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheids- risico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	EUR	11,34
01/04E	Healthy without care	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	EUR	13,61
99/26	Care en cure	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	EUR	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting		

	(achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/10E	Europe and health care	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	EUR	11,34
98/08	Zelftests	EUR	11,34
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	EUR	9,08
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	EUR	13,61
97/20	Besturen in overleg	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	EUR	9,08

97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	EUR	4,54
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	EUR	18,15
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	EUR	9,08
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	EUR	6,81
96/01	Programmatische jeugdzorg	EUR	9,08
Bijzondere publicaties			
01M/01E	E-health in the United States	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadviesing	EUR	11,34
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	EUR	13,61

95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	EUR	6,81
- -	Volksgezondheid met beleid		gratis
	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	EUR	17,92
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	EUR	17,92
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

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002		gratis
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

02/08	Jaarverslag 2001 RVZ		gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ		gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ		gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ		gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ		gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ		gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	EUR	1,59

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk;
De Longte Dordrecht, omslag
Uitgave: 2002
ISBN: 90-5732-108-4

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 02/16.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg