



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 20.4.2004
COM(2004) 301 definitief

MEDEDELING VAN DE COMMISSIE

Follow-up van het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie

SAMENVATTING

Patiënten willen het liefst zo dicht mogelijk bij huis en zo snel mogelijk de best mogelijke behandeling krijgen. En soms kan dat het beste in een andere lidstaat. Het staat de burgers van de Europese Unie vrij zich in een andere lidstaat te laten behandelen, zoals door het Europese Hof van Justitie is bevestigd. Wat de vergoeding van de kosten van een behandeling in een andere lidstaat betreft, heeft het Hof van Justitie de voorwaarden verduidelijkt waaronder deze kunnen worden vergoed¹. Om toegang tot gezondheidszorg te krijgen, moet men goed geïnformeerd zijn over de kwaliteit, beschikbaarheid en geschiktheid van de verschillende diensten en moet men duidelijkheid hebben over de te volgen procedures. En wanneer patiënten zich in een andere lidstaat laten behandelen, moeten hun welzijn en veiligheid goed beschermd zijn.

Patiëntenmobiliteit heeft ook gevolgen voor de gezondheidsdiensten en medische zorg, zowel in het land waar de patiënt verzekerd is, als in het land waar de zorg wordt verstrekt. Behalve met de gevolgen van patiëntenmobiliteit worden de zorgstelsels in Europa toch al geconfronteerd met gemeenschappelijke uitdagingen, zoals de voortdurende aanpassing aan nieuwe ontwikkelingen in de medische wetenschap, de vergrijzing van de Europese bevolking en de steeds hogere verwachtingen van het publiek. Ofschoon de zorgstelsels in de eerste plaats onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten vallen, kan samenwerking op Europees niveau zowel voor de individuele patiënten als voor de zorgstelsels grote voordelen bieden. Daarom is een Europese strategie nodig die ervoor moet zorgen dat de burgers gebruik kunnen maken van hun recht om zich desgewenst in een andere lidstaat te laten behandelen, en dat de stelsels door samenwerking op Europees niveau beter gezamenlijk kunnen inspelen op de uitdagingen waarvoor zij zich geplaatst zien.

Om te beginnen is het zaak de burger een duidelijker overzicht te verschaffen van het bestaande communautaire rechtskader met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg en de vergoeding van de in een andere lidstaat gemaakte kosten. De toegang tot zorg voor individuen maakt uiteraard deel uit van de verantwoordelijkheid van de lidstaten voor hun zorg- en ziekteverzekeringstelsels. De rechten uit hoofde van het Gemeenschapsrecht betreffen hoofdzakelijk de vergoeding van de in een andere lidstaat verstrekte gezondheidszorg. Uitgaande van de bovengenoemde vaste rechtspraak van het Hof van Justitie verduidelijkt het voorstel voor een richtlijn betreffende diensten op de interne markt het vergunningstelsel voor de vergoeding van in een andere lidstaat gemaakte medische kosten. Tezamen met het voorstel tot modernisering en vereenvoudiging van Verordening (EEG) nr. 1408/71 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, biedt dit voorstel meer rechtszekerheid ten aanzien van de voorwaarden voor de vergoeding van medische kosten die gemaakt zijn in een andere lidstaat dan die waar de patiënt verzekerd is. Op grond van bovengenoemde arresten van het Hof,

- kan extramurale zorg waarop recht bestaat in eigen land, zonder voorafgaande toestemming ook in een andere lidstaat worden verstrekt en wordt deze vergoed tot het bedrag dat in het eigen stelsel gebruikelijk is.

¹ Zie met name het arrest Kohll, zaak C-155/96 van 28.4.1998, Jurispr. 1998, blz. I-1931; het arrest Smits en Peerbooms, zaak C-157/99 van 12.7.2001, Jurispr. 2001, blz. I-5473; het arrest Vanbraekel, zaak C-368/98 van 12.7.2001, Jurispr. 2001, blz. I-5363; het arrest Inizan, zaak C-56/01 van 23.10.2003, nog niet gepubliceerd; en het arrest Leichtle, zaak 8/02 van 18.3.2004, nog niet gepubliceerd.

- kan intramurale zorg waarop recht bestaat in eigen land, ook in een andere lidstaat worden verstrekt mits het eigen stelsel eerst toestemming heeft verleend. Deze toestemming moet worden verleend als het eigen stelsel, gelet op de toestand van de patiënt, de zorg niet binnen een uit medisch oogpunt aanvaardbare termijn kan verstrekken. Ook deze zorg wordt vergoed tot minstens het bedrag dat in het eigen stelsel gebruikelijk is.
- als men zich in het buitenland wil laten behandelen, moeten de gezondheidsautoriteiten informatie verstrekken over hoe toestemming voor een behandeling in een andere lidstaat kan worden gevraagd, over de geldende vergoedingsmaxima en over hoe eventueel tegen beslissingen beroep kan worden aangetekend.

Bovendien wordt volgens Verordening 1408/71 bij een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat dan het eigen land – als toerist, voor studie, als gedetacheerd werknemer of om werk te zoeken – in spoedgevallen geneeskundige zorg verstrekt op dezelfde voorwaarden als voor de verzekerden in dat land. De eventuele kosten worden in eigen land vergoed op basis van de tarieven en honoraria die gelden in de lidstaat waar de zorg werd verstrekt. Na 1 juni 2004 kan dit recht worden aangetoond met de Europese ziekteverzekeringskaart, die in de plaats komt van de huidige formulieren, met name formulier E111.

De mededeling geeft ook een aantal manieren aan waarop Europese samenwerking concreet ten goede kan komen aan de effectiviteit en efficiëntie van de gezondheidsdiensten in Europa. Eén manier is Europese samenwerking om de beschikbare middelen beter te benutten. Enkele aspecten hiervan zijn: vergroting van de bekendheid van de patiënten met hun rechten en plichten, gezamenlijke benutting van vrije capaciteit en grensoverschrijdende zorg, mobiliteit van gezondheidswerkers, aanwijzing en netwerking van Europese referentiecentra, en coördinatie van de evaluatie van nieuwe gezondheidstechnologieën. Een andere manier is de verbetering van de informatie over en kennis van de zorgstelsels om een betere basis te verschaffen voor de vaststelling van beste praktijken en de universele toegang tot hoogwaardige diensten te garanderen, en de inschakeling van de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg om degenen die voor de zorgstelsels verantwoordelijk zijn, te helpen op Europees niveau samen te werken.

De nieuwe lidstaten hebben met grotere gezondheidsproblemen te kampen dan de rest van de Unie, maar beschikken over minder economische middelen om die aan te pakken. Hun zorgstelsels staan daarom onder grote druk aangezien zij niet alleen trachten de levenskwaliteit van hun burgers te verbeteren, maar zodoende ook trachten bij te dragen tot de economische groei en duurzame ontwikkeling van die landen. Samenwerking op Europees niveau kan voor die stelsels van groot voordeel zijn, zeker als in de nieuwe lidstaten ook hoge prioriteit wordt gegeven aan investeringen in gezondheid en gezondheidsinfrastructuur.

De voorstellen in deze mededeling zijn het antwoord van de Commissie op de aanbevelingen van het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, dat werd ingesteld naar aanleiding van de conclusies van de Raad Volksgezondheid van juni 2002. Zij maken deel uit van een bredere strategie. In een aparte mededeling over de uitbreiding van de open coördinatiemethode tot de gezondheidszorg en langdurige zorg worden voorstellen gedaan voor Europese coördinatie ter ondersteuning van de nationale strategieën voor de hervorming en ontwikkeling van de gezondheidszorg en langdurige zorg. In een andere mededeling wordt een actieplan inzake e-gezondheid uiteengezet in het kader van een Europese e-gezondheidsruimte voor de toepassing van informatie- en communicatietechnologieën om de toegang tot en de kwaliteit en effectiviteit van de gezondheidsdiensten in de Unie te helpen verbeteren.

De verwezenlijking van deze ambitieuze doelstellingen is geen eenvoudige onderneming en een werk van lange adem, waarvoor in de toekomst nog andere voorstellen nodig kunnen zijn. Maar het moet wel gebeuren. Mettertijd zal deze strategie haar vruchten afwerpen in de vorm van een betere gezondheid en levenskwaliteit. Zij zal bijdragen tot een betere benutting van de in de Europese zorgstelsels geïnvesteerde middelen. Zij zal meer economische groei en een duurzamere ontwikkeling voor de Unie als geheel bevorderen. En, wat voor de burgers nog het meest tastbaar zal zijn, zij zal de concrete voordelen van de Europese integratie dichterbij de mensen brengen.

1. INLEIDING

Het Gemeenschapsrecht verleent burgers het recht zich in een andere lidstaat te laten behandelen en die behandeling vergoed te krijgen. Het Europese Hof van Justitie heeft de voorwaarden verduidelijkt waaronder patiënten de behandeling in een andere lidstaat dan die waar zij verzekerd zijn, vergoed kunnen krijgen². Het Gemeenschapsrecht garandeert de burgers ook dat in de ene lidstaat verworven rechten op gezondheidszorg erkend worden wanneer zij naar een andere lidstaat verhuizen. In de praktijk echter is het voor de burger niet altijd evident om van deze rechten gebruik te maken. En als ze dat wel doen, heeft dat bovendien gevolgen voor de zorgstelsels, zowel van het land waar de patiënt verzekerd is, als van het land waar de zorg wordt verstrekt. Behalve met de gevolgen van patiëntenmobiliteit worden de zorgstelsels in Europa toch al geconfronteerd met gemeenschappelijke uitdagingen, zoals de voortdurende aanpassing aan nieuwe ontwikkelingen in de medische wetenschap, de vergrijzing van de Europese bevolking en de steeds hogere verwachtingen van het publiek. Ofschoon deze gezondheidsdiensten en medische zorg in de eerste plaats onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten vallen, kan samenwerking op Europees niveau zowel voor de individuele patiënten als voor de zorgstelsels grote voordelen bieden.

Daarom is men het erover eens geworden dat er op Europees niveau een kader moet komen om de samenwerking te vergemakkelijken en de ontwikkelingen gestalte te geven, een kader dat nu nog ontbreekt. Dit kwam tot uiting in de conclusies over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, die werden goedgekeurd tijdens de Raad Volksgezondheid van juni 2002, die erkende dat het zinvol zou zijn indien de Commissie zich in nauwe samenwerking met de Raad en alle lidstaten – met name de ministers van volksgezondheid en andere essentiële belanghebbenden – op hoog niveau op een en ander zou beraden. Daarom heeft de Commissie de ministers van volksgezondheid uit de hele Unie en vertegenwoordigers van patiënten, gezondheidswerkers, leveranciers en inkopers van gezondheidszorg en het Europees Parlement bijeengebracht in een denkproces op hoog niveau, waar overeenstemming werd bereikt over een uitvoerig verslag met negentien specifieke aanbevelingen³.

Zoals in het verslag wordt benadrukt, zijn en blijven de lidstaten verantwoordelijk voor de organisatie van de zorgstelsels. In het verslag van het denkproces wordt nader ingegaan op wat die nationale verantwoordelijkheid voor de zorgstelsels inhoudt, zoals de financiering ervan; de interne toewijzing van middelen, de vaststelling van algemene prioriteiten voor gezondheidsuitgaven en het recht om de omvang van de met publieke middelen gefinancierde zorg te bepalen; de vraag wie gezien de klinische noodzaak voorrang krijgt bij de toegang tot het stelsel (bij vergoeding door het nationale stelsel), managementstrategieën binnen vaste begrotingen; de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de gezondheidszorg, zoals klinische richtsnoeren. Maar niettegenstaande het feit dat de verantwoordelijkheden van de lidstaten op dit gebied volledig worden geëerbiedigd, kan samenwerking op Europees niveau voor de patiënten, de gezondheidswerkers en degenen die verantwoordelijk zijn voor de zorgstelsels, grote voordelen bieden.

² Zie met name het arrest-Kohll, zaak C-155/96 van 28.4.1998, Jurispr. 1998, blz. I-1931; het arrest Smits en Peerbooms, zaak C-157/99 van 12.7.2001, Jurispr. 2001, blz. I-5473; het arrest-Vanbraekel, zaak C-368/98 van 12.7.2001, Jurispr. 2001, blz. I-5363; het arrest-Inizan, zaak C-56/01 van 23.10.2003, nog niet gepubliceerd; en het arrest Leichtle, zaak 8/02 van 18.3.2004, nog niet gepubliceerd.

³ Zie voor meer informatie en de tekst van het verslag http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm.

Daarom heeft de Commissie in antwoord op deze uitdagingen een algemene strategie ontworpen, die in twee elkaar aanvullende mededelingen uiteen wordt gezet. Deze mededeling is het antwoord op het verslag van het denkproces over patiëntenmobiliteit en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie en de daarin vervatte aanbevelingen. In een andere mededeling⁴ wordt voorgesteld de open coördinatiemethode uit te breiden tot de gezondheidszorg en de langdurige zorg, teneinde de inspanningen van de lidstaten te ondersteunen om een kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg en langdurige zorg te bieden. In een andere mededeling wordt een actieplan inzake e-gezondheid uiteengezet in het kader van een Europese e-gezondheidsruimte voor de toepassing van informatie- en communicatietechnologieën om de toegang tot en de kwaliteit en effectiviteit van de gezondheidsdiensten in de Unie te helpen verbeteren. In het licht van bovengenoemde jurisprudentie van het Hof van Justitie verschaft daarnaast het voorstel voor een richtlijn betreffende diensten op de interne markt⁵ tezamen met de voorstellen tot modernisering en vereenvoudiging van Verordening (EEG) nr. 1408/71 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen⁶, het rechtskader voor de vergoeding van medische kosten die gemaakt zijn in een andere lidstaat dan die waar de patiënt verzekerd is. Tezamen zullen deze initiatieven de patiënten in staat stellen gebruik te maken van hun rechten op gezondheidszorg in andere lidstaten die zij uit hoofde van het Gemeenschapsrecht genieten, en zullen zij de Europese samenwerking tussen de zorgstelsels vergemakkelijken, zulks met eerbieding van de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging. Zij vormen ook een aanvulling op sectorale initiatieven zoals de groep op hoog niveau voor geneesmiddeleninnovatie en –voorziening⁷.

In deze mededeling wordt globaal de indeling van het verslag over patiëntenmobiliteit aangehouden:

- Europese samenwerking om de beschikbare middelen beter te benutten
- informatiebehoeften van patiënten, gezondheidswerkers en beleidsmakers;
- de Europese bijdrage aan gezondheidsdoelstellingen;
- en inspelen op de uitbreiding door te investeren in gezondheid en de gezondheidsinfrastructuur.

Een overzicht van de antwoorden van de Commissie op de aanbevelingen van het denkproces is in bijlage 1 opgenomen.

2. EUROPESE SAMENWERKING OM DE BESCHIKBARE MIDDELEN BETER TE BENUTTEN

Er bestaan vele voorbeelden van Europese samenwerking die voor de patiënten, de zorgverleners en degenen die verantwoordelijk zijn voor de gezondheidszorg, concrete

⁴ Mededeling van de Commissie “Modernisering van de sociale bescherming voor de ontwikkeling van hoogwaardige, toegankelijke en duurzame gezondheidszorg en langdurige zorg: steun aan de nationale strategieën door middel van de “open coördinatiemethode”.

⁵ COM(2004) 2 def. van 13.1.2004.

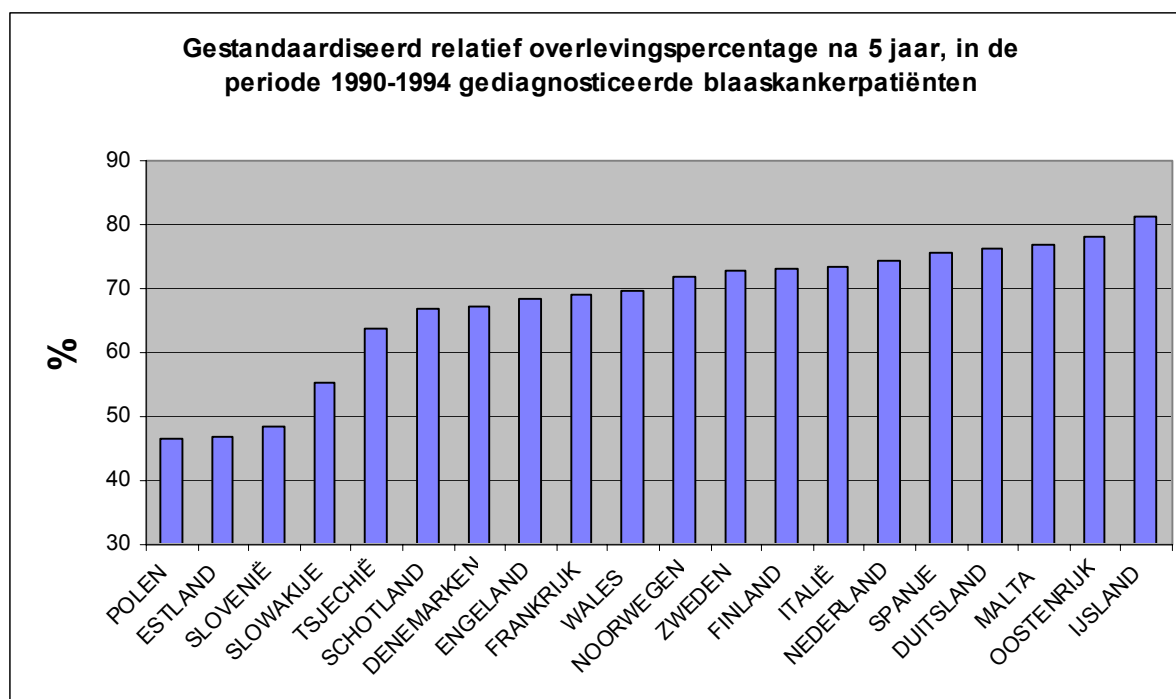
⁶ Zie voor meer informatie http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/schemes/index_en.htm.

⁷ Zie voor nadere informatie: <http://pharmacos.eudra.org>.

voordelen oplevert. Grensoverschrijdende zorg kan betrekking hebben op de mobiliteit van patiënten in grensregio's, bijvoorbeeld in de Euregio Maas-Rijn tussen België, Nederland en Duitsland. Hiermee kan ook de in een andere lidstaat ontvangen medische behandeling worden bedoeld zonder bijgedachte aan nabijheid, zoals de akkoorden tussen Malta en het Verenigd Koninkrijk inzake de doorverwijzing van patiënten naar specialisten voor diagnose en behandeling.

Uit de bestaande verschillen in technieken, middelen en resultaten blijkt ook duidelijk dat de met de bestaande middelen verkregen resultaten aanzienlijk kunnen worden verbeterd door de gezondheidszorg in de Unie op te trekken tot het niveau van de beste. Neem bijvoorbeeld blaaskanker; ofschoon de overlevingspercentages over het geheel genomen verbeteren, bestaan er op dit punt grote verschillen tussen de landen in Europa, met overlevingspercentages na vijf jaar van 78% in Oostenrijk tot 47% in Polen en Estland⁸ (zie tabel).

Veel van deze specifieke vraagstukken hangen ook samen met de algemene doelstellingen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid die genoemd worden in de mededeling over de uitbreiding van de open coördinatiemethode tot de gezondheidszorg en de langdurige zorg. Naarmate de samenwerking meer gestalte krijgt, zou de open coördinatiemethode een mechanisme kunnen bieden om de samenwerking tussen de lidstaten op bepaalde gebieden te structureren, met specifieke doelstellingen en regelmatige evaluaties van de geboekte vooruitgang.



2.1. Rechten en plichten van de patiënt

Wanneer burgers zorg nodig hebben, is het voor hen vooral van belang dat zij weten wat zij van de zorgstelsels en zorgverleners kunnen verwachten en wat van henzelf verwacht wordt. In veel lidstaten bestaan al verklaringen of handvesten waarin deze rechten en plichten duidelijk worden omschreven. Een stap in de richting van meer duidelijkheid op Europees

⁸ EUROCARE 3 - Survival of cancer patients in Europe; zie <http://www.eurocare.it/>.

niveau werd gezet met het Europees Handvest van de grondrechten, dat stelt dat “eenieder recht heeft op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden”.

Het denkproces deed de aanbeveling verder onderzoek te doen naar de mogelijkheid om op Europees niveau een consensus te bereiken over de individuele en sociale rechten en plichten van de patiënt, door om te beginnen bestaande informatie te verzamelen over deze aspecten en de manier waarop hiermee in de lidstaten en de toetredende landen wordt omgegaan. De Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg zou dit op kunnen pakken door om te beginnen de gemeenschappelijke elementen in de EU te identificeren. Hiertoe zouden gerekend kunnen worden: het tijdig verlenen van adequate zorg, patiënten voldoende informatie verstrekken zodat zij geïnformeerde keuzes kunnen maken over de verschillende behandelingsmogelijkheden, eerbiediging van de vertrouwelijkheid van gezondheidsgegevens, eerbiediging van de menselijke waardigheid in gezondheidsonderzoek, en vergoeding van de door nalatig medisch handelen geleden schade, daarbij rekening houdend met de rechten en plichten van gezondheidswerkers. Op sommige gebieden kan er verschil van mening bestaan, maar te zijner tijd zouden deze discussies kunnen uitmonden in een coherent kader voor de rechten van de patiënt in Europa. Dit onderwerp zou ook in de open coördinatiemethode kunnen worden behandeld, zoals uiteengezet in de mededeling daarover.

Om te beginnen is het zaak de burger meer duidelijkheid te verschaffen over de rechten op gezondheidszorg die hij krachtens het Gemeenschapsrecht geniet. De toegang tot zorg voor individuen maakt deel uit van de verantwoordelijkheid van de lidstaten voor hun zorg- en ziekteverzekeringssystemen. De rechten uit hoofde van het Gemeenschapsrecht betreffen hoofdzakelijk de vergoeding van de in een andere lidstaat verstrekte gezondheidszorg en worden uiteengezet in de voorgestelde richtlijn betreffende diensten op de interne markt en Verordening 1408/71 inzake de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels⁹, die beide de jurisprudentie van het Hof van Justitie weergeven. Dit kader is gebaseerd op de volgende algemene beginselen:

- Extramurale zorg waarop recht bestaat in eigen land, kan zonder voorafgaande toestemming ook in een andere lidstaat worden verstrekt en wordt vergoed tot het bedrag dat in het eigen stelsel gebruikelijk is.
- Intramurale zorg waarop recht bestaat in eigen land, kan ook in een andere lidstaat worden verstrekt mits het eigen stelsel eerst toestemming heeft verleend. Deze toestemming moet worden verleend als het eigen stelsel, gelet op de toestand van de patiënt, de zorg niet binnen een uit medisch oogpunt aanvaardbare termijn kan verstrekken. Ook deze zorg wordt vergoed tot minstens het bedrag dat in het eigen stelsel gebruikelijk is.
- Als men zich in het buitenland wil laten behandelen, moeten de gezondheidsautoriteiten informatie verstrekken over hoe toestemming voor een behandeling in een andere lidstaat kan worden gevraagd, over de geldende vergoedingsmaxima en over hoe eventueel tegen beslissingen beroep kan worden aangetekend.

Bovendien wordt volgens Verordening 1408/71 bij een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat dan het eigen land – als toerist, voor studie, als gedetacheerd werknemer of om werk te

⁹ De tijdens een tijdelijk verblijf verstrekte gezondheidszorg is behandeld in een recente wijziging tot gelijkshakeling van de rechten.

zoeken – in spoedgevallen geneeskundige zorg verstrekt op dezelfde voorwaarden als voor de verzekerden in dat land. De eventuele kosten worden in eigen land vergoed op basis van de tarieven en honoraria die gelden in de lidstaat waar de zorg werd verstrekt. Na 1 juni 2004 kan dit recht worden aangetoond met de Europese ziekteverzekeringskaart, die in de plaats komt van de huidige formulieren, met name formulier E111¹⁰.

Het denkproces verzocht de Commissie om in overleg met de lidstaten te onderzoeken hoe de rechtszekerheid kan worden vergroot op basis van de jurisprudentie van het Hof van Justitie inzake het recht van de patiënt op een medische behandeling in een andere lidstaat, en met passende voorstellen te komen.

De Commissie heeft op een aantal punten al actie ondernomen, of zal dat doen, om de zekerheid te vergroten omtrent de gevolgen van het uit het Gemeenschapsrecht voortvloeiende recht van de burger op gezondheidszorg in andere lidstaten en op vergoeding van de daaraan verbonden kosten. In dit verband zijn de volgende overwegingen van belang:

- verstrekking van betere en duidelijkere informatie over die rechten en wat zij in de praktijk betekenen, zoals hierboven beschreven;
- meer rechtszekerheid bieden ten aanzien van het vergunningstelsel voor de vergoeding van in een andere lidstaat gemaakte medische kosten, in het licht van de jurisprudentie van het Hof door middel van het voorstel van de Commissie voor een richtlijn betreffende diensten op de interne markt (COM(2004) 2);
- verbetering van het besluitvormingsproces door uitbreiding van de gezondheidseffectbeoordeling tot het effect op de gezondheidsdiensten, zoals beschreven in het hoofdstuk over een beter inzicht in de Europese bijdrage aan de gezondheidsdoelstellingen;
- vereenvoudiging van de bestaande regels inzake de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels door modernisering en vereenvoudiging van Verordening 1408/71;
- vergemakkelijking van de mobiliteit van de burgers door vereenvoudiging van de procedures en het gebruik van de Europese ziekteverzekeringskaart met ingang van 1 juni 2004;
- verbetering van de informatie over patiëntenmobiliteit en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zoals beschreven in het hoofdstuk “Informatie”;
- en vergemakkelijking van de samenwerking op Europees niveau door de oprichting van een Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg, zoals beschreven in het hoofdstuk over de Europese bijdrage aan gezondheidsdoelstellingen.

De Commissie verzoekt de lidstaten ook de bekendheid met deze initiatieven te vergroten en de rechtszekerheid rond de rechten van patiënten binnen hun eigen stelsel op een medische behandeling in een andere lidstaat te verbeteren. Het is aan elke lidstaat de regels vast te stellen inzake de rechten en plichten ten aanzien van de dekking van gezondheidszorg in het

¹⁰ Zie voor meer informatie over de Europese ziekteverzekeringskaart MEMO/04/75, toegankelijk via de databank RAPID op <http://europa.eu.int/rapid/start/cgi/guesten.ksh>.

kader van hun socialezekerheidsstelsel. Het is ook aan de elke lidstaat de voorwaarden vast te stellen waaronder door hun ziekteverzekeringstelsel prestaties worden verleend. Op grond van de Europese regelgeving inzake het vrije verkeer mogen deze voorwaarden alleen niet discriminerend zijn, noch een belemmering vormen voor het vrije verkeer van personen en diensten en voor de vrijheid van vestiging. De lidstaten zouden daarom hun stelsels opnieuw kunnen bekijken om te zien of zij de prestaties die zij verlenen, en de toegangsvoorwaarden daartoe wensen te verduidelijken. De lidstaten zouden de rechtszekerheid binnen hun eigen stelsel bijvoorbeeld kunnen verbeteren door de voorwaarden voor de toegang tot gezondheidszorg te expliciteren en transparant te maken. De Commissie is bereid deze inspanningen te ondersteunen, bijvoorbeeld door via de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg informatie uit te wisselen, en eventueel door de opstelling van richtsnoeren op Europees niveau.

Met de hierboven beschreven initiatieven zal reeds een groot deel van de door het denkproces aan de orde gestelde bezorgdheid omtrent de rechtszekerheid uit de weg worden geruimd. De verantwoordelijkheid van de lidstaten voor de gezondheidsdiensten en de medische zorg wordt ook duidelijk in het EG-Verdrag erkend, alsook in de manier waarop die door de Europese instellingen wordt geïnterpreteerd en uitgevoerd. In de toekomst zijn nog andere opties mogelijk, zoals verdere juridische verduidelijking op Europees niveau, maar deze moeten worden beschouwd in het licht van de reeds in deze mededeling geschetste maatregelen en de verdere ontwikkelingen in deze sector.

Om de burgers in de Unie beter over hun rechten en de gedetailleerde bepalingen te informeren zal de Commissie voorlichtingsmateriaal ontwikkelen met praktische informatie over de contactpersonen in de verschillende lidstaten. De bestaande informatiebureaus voor de burger, zoals de Europese bureaus voor consumentenvoorlichting en de Euro Info Centres, zouden ook kunnen helpen de bekendheid met deze rechten te vergroten en wij zullen ervoor zorgen dat de burger concreet advies kan inwinnen over hoe problemen bij de uitoefening van zijn rechten in de praktijk kunnen worden opgelost.

2.2. Gezamenlijk benutten van vrije capaciteit en transnationale zorg

Zoals in het verslag over het denkproces uiteen wordt gezet, kan samenwerking tussen de zorgstelsels voordelen opleveren voor de patiënten en voor het beter functioneren van de stelsels in het algemeen, bijvoorbeeld in grensregio's of daar waar sprake is van capaciteitsgebrek. Er bestaan al veel van dit soort projecten, die zijn uitgemond in een groot aantal oplossingen voor de praktische problemen bij grensoverschrijdende samenwerking. Omdat deze projecten grotendeels zijn voortgekomen uit plaatselijke initiatieven, is er echter sprake van een beperkte bundeling van de kennis op Europees niveau van de daaruit getrokken lessen.

Het denkproces adviseerde de bestaande grensoverschrijdende gezondheidsprojecten, met name Euregio-projecten, te evalueren en netwerken tussen projecten tot stand te brengen om beste praktijken uit te wisselen. De Commissie is voornemens in het kader van het volksgezondheidsprogramma¹¹ een project te ondersteunen om de Euregio-gezondheidsprojecten te evalueren en na te gaan welke regio's bij de samenwerking in de gezondheidszorg de beste resultaten boeken. Hiervoor zal via interviews met de bij de beste

¹¹ Besluit nr. 1786/2002/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 september 2002 tot vaststelling van een communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008), PB L 271 van 9.10.2002.

bestaande grensoverschrijdende gezondheidsprojecten betrokken personen informatie worden verzameld en de resultaten zullen worden verspreid via workshops, een conferentie en een website. De Commissie zal ook bekijken hoe de netwerkvorming tussen deze projecten kan worden ondersteund, en de nodige voorstellen doen.

Het denkproces verzocht de Commissie ook te onderzoeken of het mogelijk is een helder en transparant kader voor de inkoop van gezondheidszorg op te zetten, waarvan de bevoegde instanties in de lidstaten gebruik kunnen maken wanneer zij met elkaar overeenkomsten aangaan, en met passende voorstellen te komen. Hiertoe zou om te beginnen informatie moeten worden verzameld over eventuele bestaande regelingen voor de inkoop van gezondheidszorg, waaronder formele overeenkomsten tussen inkopers en leveranciers in verschillende EU-landen die patiënten in staat stellen zich in een andere lidstaat te laten behandelen. Wij zullen de lidstaten vragen informatie over dergelijke regelingen te verstrekken via de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg, en als die informatie eenmaal beschikbaar is, zullen wij met de lidstaten bekijken hoe dan het beste te werk kan worden gegaan, wellicht via een gemeenschappelijke doelstelling voor dit onderwerp in het kader van de open coördinatiemethode inzake gezondheidszorg en langdurige zorg.

2.3. Gezondheidswerkers

Bij de mobiliteit op het gebied van de gezondheidszorg gaat het niet alleen om patiënten; ook de gezondheidswerkers zijn mobiel. Deze mobiliteit wordt vergemakkelijkt door de Europese regelgeving inzake de erkenning van beroepskwalificaties. Momenteel wordt aan een vereenvoudiging van deze voorschriften gewerkt op basis van het voorstel voor een richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties (COM(2002) 119), dat ten doel heeft te zorgen voor duidelijke, eenvoudige en transparante erkenningsprocedures door middel van consolidatie van de huidige wetgeving op dit gebied, met name met betrekking tot de automatische erkenning voor sommige gezondheidszorgberoepen. Hierbij worden ook enkele nieuwe elementen voor andere gezondheidszorgberoepen ingevoerd, zoals de mogelijkheid van automatische erkenning op grond van gemeenschappelijke platforms. Het denkproces moedigde de lopende werkzaamheden bij de Commissie, de Raad en het Parlement aan om te zorgen voor duidelijke, eenvoudige en transparante erkenningsprocedures met een hoge mate van automatische erkenning zoals bij de bestaande sectoriële regels, teneinde de mobiliteit van gezondheidswerkers te vergemakkelijken en verder te ontwikkelen. De Commissie zal deze werkzaamheden met de andere betrokken instellingen voortzetten teneinde de richtlijn zo spoedig mogelijk goed te keuren.

Een speciaal punt dat in deze discussie aan de orde komt, zijn de procedures voor de melding van medische fouten, teneinde na te gaan op welke manier de vertrouwelijke uitwisseling van informatie over het vrije verkeer van gezondheidswerkers en andere professionals het beste kan worden gegarandeerd. Er is al voorbereidend werk verricht in het kader van het Sysex-project in België, dat de burgers informatie verstrekt over de voorschriften en procedures voor de erkenning van diploma's in de gezondheidszorg, waar on line aanvragen om erkenning kunnen worden ingediend en dat de uitwisseling mogelijk maakt van vertrouwelijke informatie tussen de verantwoordelijke autoriteiten. De Commissie en de lidstaten bekijken of het haalbaar is dit project tot de hele EU uit te breiden.

Meer in het algemeen is het voor de planning en verstrekking van gezondheidsdiensten belangrijk over informatie te beschikken over het aantal gezondheidswerkers, hun specialismen en hun spreiding. Het denkproces verzocht de lidstaten, de toetredende landen en de Commissie om het systeem voor de verzameling van accurate gegevens over de

mobilititeit van gezondheidswerkers uit te breiden en te versterken, en moedigde de lidstaten en de toetredende landen aan om in samenwerking met de Commissie en relevante internationale organisaties vergelijkbare personeelsgegevens over gezondheidswerkers te verzamelen. Deze gegevens zouden moeten worden verzameld via de bestaande comités inzake de erkenning van beroepskwalificaties, maar in de praktijk zijn de door de lidstaten via deze comités verstrekte statistieken over de gezondheidszorgberoepen verre van compleet. De Commissie verzoekt de nationale gezondheidsautoriteiten deze comités actuele en volledige statistieken te verstrekken over het verkeer van gezondheidswerkers, zowel in het kader van grensoverschrijdende dienstverlening als in het kader van permanente vestiging in een andere lidstaat.

Het verzamelen van deze informatie is erg belangrijk, gezien het huidige tekort aan gezondheidswerkers in sommige lidstaten. Deze tekorten zullen in de komende jaren nog groter worden door de vergrijzing van het personeel in de zorgsector. Tussen 1995 en 2000 is het aantal artsen onder de 45 jaar in Europa met 20% gedaald, terwijl het aantal artsen boven de 45 jaar met meer dan 50% is toegenomen. Bij de verpleegkundigen is de gemiddelde leeftijd ook aan het stijgen; in vijf lidstaten is bijna de helft van de verpleegkundigen ouder dan 45 jaar. Als deze ontwikkeling doorzet, zal er in de komende decennia in de hele Unie een kritiek tekort ontstaan. Door de mobiliteit te vergemakkelijken kan er tot op zekere hoogte voor worden gezorgd dat de gezondheidswerkers zich daar vestigen waar zij het meest nodig zijn. Maar als de aantallen en specialismen van gezondheidswerkers niet toereikend zijn, betekent dit nog steeds een ernstig gevaar voor de zorgstelsels in de Unie en de gevolgen zullen zich het meest in de armste lidstaten doen gevoelen. In dit verband zal het voor om het even welk land moeilijk zijn te investeren in de opleiding van gezondheidswerkers zonder te weten dat andere landen hetzelfde doen. Een gecoördineerde Europese strategie voor de begeleiding, opleiding, aanwerving en arbeidsomstandigheden van gezondheidswerkers zou ervoor kunnen zorgen dat de lidstaten inzien dat de investeringen in gezondheidswerkers lonend zijn, en de Unie als geheel in staat stellen de doelstelling van het verstrekken van een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg te verwezenlijken. De Commissie verzoekt de lidstaten deze kwestie in samenwerking met de gezondheidszorgberoepen te bestuderen.

2.4. Europese referentiecentra

Zoals in het denkproces uiteengezet, zouden Europese referentiecentra gezondheidsdiensten kunnen aanbieden aan patiënten met aandoeningen waarvoor een bundeling van middelen of expertise vereist is om een hoogwaardige, kosteneffectieve zorg te verlenen, in het bijzonder voor zeldzame ziekten. Referentiecentra kunnen ook optreden als contactpunten voor medische opleidingen en medisch onderzoek, voor de verspreiding van informatie en voor evaluatie. Een systeem van Europese referentiecentra moet flexibel, objectief en transparant zijn, gebaseerd op duidelijke criteria en op de actieve deelname van wetenschappers en gezondheidswerkers, en moet rekening houden met de noodzaak van een adequate spreiding van diensten en deskundigheid in de uitgebreide Europese Unie.

Het denkproces verzocht de Commissie om in samenwerking met de lidstaten en de toetredende landen de referentiecentra in kaart te brengen, rekening houdend met bovengenoemde beginselen, en te bestuderen hoe netwerking en samenwerking op deze punten kunnen worden bevorderd, inclusief de organisatie, aanwijzing en ontwikkeling van de centra. De Commissie zal aan deze aanbeveling gevolg geven met een aanbesteding in het kader van het volksgezondheidsprogramma. Aan de hand van de resultaten van dit project zullen wij specifieke voorstellen ter zake op Europees niveau bestuderen, waaronder nieuwe samenwerkingsstructuren en methoden voor de aanwijzing van referentiecentra in Europa. Samenwerking op dit gebied kan grote voordelen voor de patiënten opleveren in de vorm van

een gemakkelijker toegang tot gespecialiseerde zorg, en voor de zorgstelsels door zo efficiënt mogelijk gebruik te maken van de middelen, bijvoorbeeld door de bundeling van middelen om zeldzame aandoeningen te behandelen.

2.5. Evaluatie van gezondheidstechnologie

De ontwikkelingen in de gezondheidstechnologie zijn in hoge mate bepalend geweest voor de enorme verbetering van de menselijke gezondheid in de laatste tijd. Gezondheidstechnologie in deze betekenis omvat medische apparaten en producten en technieken. Dankzij de vooruitgang in de gezondheidstechnologie zijn de therapieën doeltreffender dan voorheen en zijn er meer mogelijkheden om medisch in te grijpen, zodat voorheen onbehandelbare aandoeningen tegenwoordig te behandelen zijn.

Deels als gevolg hiervan zijn de ontwikkelingen in de gezondheidstechnologie de belangrijkste oorzaak van de stijging van de uitgaven van de Europese zorgstelsels in de afgelopen decennia. Wij willen allemaal de beste gezondheidszorg die er is. Maar de duurste of nieuwste behandelingen zijn niet per se de beste. Nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidstechnologie moeten goed geëvalueerd worden en vergeleken worden met andere opties zodat beslissingen ten aanzien van de gezondheidszorg wetenschappelijk kunnen worden onderbouwd. Health technology assessment is een methode voor de beoordeling van de veiligheid, doeltreffendheid en de ruimere implicaties van de verschillende gezondheidstechnologieën. Tot dusverre vindt dit soort evaluatie nog onvoldoende plaats en de huidige werkzaamheden in de Unie zijn verbrokkeld. Een voorbeeld is de farmaceutische sector, waar, hoewel beoordelingen van de klinische en kosteneffectiviteit van geneesmiddelen een vast onderdeel aan het worden zijn van de meeste nationale prijs- en vergoedingsregelingen, deze op uiteenlopende wijze functioneren. Samenwerking op Europees niveau kan een meerwaarde opleveren door informatie uit te wisselen, dubbel werk te vermijden en de werkzaamheden te coördineren om optimale resultaten te boeken. In de farmaceutische sector is hiermee al voorzichtig een begin gemaakt in het bij Richtlijn 89/105/EEG opgerichte Transparantiec Comité.

Het denkproces verzocht de Commissie om na te gaan hoe een duurzaam netwerk voor en de coördinatie van health technology assessment kunnen worden georganiseerd en gefinancierd, en met passende voorstellen te komen. Wij kunnen voortbouwen op de samenwerking en de reeds ondersteunde projecten in het kader van het volksgezondheidsprogramma om de evaluatiemethodologieën te harmoniseren en onderzoek te doen naar de rol van health technology assessment in de toekomstige zorgstelsels in de lidstaten. De Commissie is voornemens een coördinatiemechanisme in het leven te roepen om de verschillende projecten, organisaties en agentschappen die al bestaan, te koppelen en de resultaten en informatie op een bruikbare en doeltreffende manier te bundelen, en zij zal met aparte specifieke voorstellen komen, waaronder een voorstel voor een studie. Ook ten aanzien van de kosteneffectiviteit van gezondheidstechnologieën kunnen specifieke doelstellingen worden vastgesteld in het kader van de voorgestelde open coördinatiemethode voor de gezondheidszorg en de langdurige zorg. Deze initiatieven zullen ertoe bijdragen dat de patiënten in heel Europa de zorg kunnen genieten die beantwoordt aan de laatste stand van de medische technologie, en dat de zorgstelsels hun beperkte middelen zo doeltreffend en efficiënt mogelijk aanwenden.

3. INFORMATIE

3.1. Informatiestrategie over de zorgstelsels

Informatie over zorgstelsels is van essentieel belang. Voor de burger om van het zorgstelsel gebruik te maken; voor de artsen om een diagnose te stellen, te behandelen of door te verwijzen; en voor de gezondheidsautoriteiten om het stelsel te plannen en te beheren. Op Europees niveau vormt informatie de basis voor het identificeren van de beste praktijken en voor het vergelijken van kwaliteit. Veel aspecten van de in deze mededeling geschetste strategie staan of vallen met adequate informatie. Toch is een van de gevolgen van de in hoofdzaak nationale aandacht voor de zorgstelsels dat informatie op Europees niveau ontbreekt.

Er is een strategie nodig om in de toekomst meer informatie te krijgen over de zorgstelsels. Het denkproces verzocht de Commissie om, voortbouwend op de resultaten van het volksgezondheidsprogramma, een kader voor gezondheidsinformatie op EU-niveau te ontwikkelen, waarin ook vanuit het perspectief van beleidsmakers, patiënten en gezondheidswerkers de verschillende informatiebehoeften, de wijze van verstrekking van deze informatie en de bevoegdheden van de verschillende actoren worden vastgelegd, rekening houdend met de werkzaamheden van de WHO en de OESO ter zake. In het verslag wordt ook een aantal gebieden aangegeven waarop meer informatie nodig is, van informatie over het verstrekken van zorg tot de ontwikkeling van een kader voor een systematische verzameling van gegevens over de omvang en aard van het patiëntenverkeer, waaronder ook gegevens over patiëntenstromen in verband met toerisme en langdurig verblijf in het buitenland.

Er wordt al gewerkt aan de verbetering van informatie over de mobiliteit van patiënten en gezondheidswerkers op Europees niveau. Dit gebeurt in de werkgroep “Zorgstelsels” die in het kader van het eerste onderdeel van het volksgezondheidsprogramma is opgericht. Deze deskundigengroep zal twee keer per jaar bijeenkomen en de Commissie adviseren over hoe in de informatiebehoeften op het gebied van de zorgstelsels kan worden voorzien, met inbegrip van de verspreiding van resultaten. Deze werkzaamheden kunnen voortbouwen op het werk waarmee begonnen is in het kader van het gezondheidsmonitoringprogramma via twaalf projecten op het gebied van informatie over zorgstelsels met betrekking tot ziekenhuisgegevens, eerstelijnszorg, farmaceutica, preventie en gezondheidsbevordering, en gezondheidswerkers, en een overkoepelend project dat beschrijvende informatie verstrekt over zorgverleners en zorgverlening. De werkzaamheden van de werkgroep “Zorgstelsels” worden nauw gecoördineerd met het statistisch programma van de Gemeenschap¹² en met name met de kerngroep Gezondheidszorgstatistiek, en ook met de lopende werkzaamheden binnen de OESO en de WHO. De kaderprogramma’s voor onderzoek en technologische ontwikkeling¹³ kunnen ook een bijdrage leveren; zo zal een ophanden zijnd project bijvoorbeeld aandacht besteden aan de beoordeling van de prestaties van gezondheidszorginstellingen om de verschillende kwaliteitsstrategieën te beoordelen en te vergelijken.

¹² Zie Verordening (EG) nr. 322/97 van de Raad van 17 februari 1997 betreffende de communautaire statistiek.

¹³ Besluit nr. 1513/2002/EG van het Europees Parlement en de Raad van 27 juni 2002 betreffende het zesde kaderprogramma van de Europese Gemeenschap voor activiteiten op het gebied van onderzoek, technologische ontwikkeling en demonstratie, ter bevordering van de totstandbrenging van de Europese onderzoeksruimte en van innovatie (2002-2006), PB L 232 van 29.8.2002, blz. 1.

In het kader van het onderdeel Informatie van het volksgezondheidsprogramma wordt ook gewerkt aan de ontwikkeling van een Europees volksgezondheidsportaal. Dit portaal zal fungeren als één centraal toegangspunt tot thematisch geordende gezondheidsinformatie die met steun van de Gemeenschap is geproduceerd. Het zal meer in het bijzonder toegang bieden tot communautaire gezondheidsindicatoren over zes onderwerpen (mortaliteit en morbiditeit, letsels en ongevallen, leefstijlen, gezondheid en milieu, geestelijke gezondheid en zorgstelsels) en analyses op grond van deze indicatoren en beleidsaanbevelingen. Daarnaast werken de Commissie, het Europees Bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling en de lidstaten aan een informaticastrategie voor de farmaceutische sector die een voorstel bevat voor de oprichting van een EuroPharm-databank met geharmoniseerde informatie over alle in de EU toegelaten geneesmiddelen. Dit zal ook deel uitmaken van een bredere strategie ter verbetering van de kwaliteit van bestaande consumenteninformatie over geneesmiddelen. Deze initiatieven zullen een solide basis verschaffen voor de ontwikkeling van een coherente Europese informatiestrategie voor de zorgstelsels als geheel.

3.2. Grensoverschrijdende zorg: motieven en omvang

Het denkproces wees met name op de behoefte aan meer informatie over de redenen voor en de omvang van grensoverschrijdende zorg en verzocht de Commissie om in een studie na te gaan waarom patiënten naar het buitenland gaan, om welke specialismen het gaat, van welke aard bilaterale overeenkomsten zijn en wat de informatiebehoeften van patiënten en medici en de ervaringen van patiënten zijn, zulks met speciale aandacht voor de uitbreiding. De Commissie is voornemens hiernaar in het kader van het volksgezondheidsprogramma een specifieke studie te laten uitvoeren en een onderzoekproject “Europa voor patiënten”, waarin de voordelen en uitdagingen van een grotere patiëntenmobiliteit in Europa zullen worden onderzocht.

3.3. Gegevensbescherming

Het denkproces besteedde ook speciale aandacht aan gegevensbescherming en de uitwisseling van vertrouwelijke gegevens tussen de lidstaten en op EU-niveau, en verzocht de Commissie deze kwestie te regelen. Deze aangelegenheden vallen onder Richtlijn 95/46/EG betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens¹⁴.

Deze richtlijn beoogt de onderlinge aanpassing van de nationale wetgevingen inzake gegevensbescherming teneinde het vrije verkeer van persoonsgegevens binnen de Unie te vergemakkelijken en de fundamentele rechten en vrijheden van natuurlijke personen te beschermen. De richtlijn behelst een algemeen verbod op de verwerking van gevoelige gegevens, waaronder gezondheidsgegevens, doch met een beperkt aantal uitzonderingen. Zo kan het algemeen verbod op de verwerking van gevoelige gegevens met name worden opgeheven als de betrokkene uitdrukkelijk toestemming verleent, mits de wetgeving van de lidstaat in kwestie natuurlijke personen toestaat een dergelijke toestemming te verlenen. Gezondheidsgegevens mogen ook worden verwerkt wanneer dat noodzakelijk is voor doeleinden van preventieve geneeskunde, medische diagnose, zorgverstrekking, behandeling of het beheer van gezondheidsdiensten en wanneer die gegevens worden verwerkt door een aan het beroepsgeheim onderworpen gezondheidswerker of door een ander voor wie een gelijkwaardige geheimhoudingsplicht geldt.

¹⁴ PB L 281 van 23.11.1995.

Dit biedt een kader voor de verwerking van persoons- en gezondheidsgegevens in de grensoverschrijdende zorg. Deze bepalingen zijn in de gezondheidssector mogelijk echter niet genoegzaam bekend. Als zij niet worden toegepast, kan dat betekenen dat de privacy van de burgers niet goed gerespecteerd wordt of, omgekeerd, dat de voor hun zorg relevante informatie de patiënten niet volgt wanneer zij zich elders in de Unie laten behandelen. De Commissie zal met de lidstaten en met de nationale autoriteiten inzake gegevensbescherming proberen grotere bekendheid te geven aan deze bepalingen voor zover zij van toepassing zijn op de gezondheidszorg, en zo nodig nog openstaande kwesties behandelen.

3.4. E-gezondheid

De toepassing van informatietechnologie biedt grote mogelijkheden voor de patiënten, de gezondheidswerkers en de zorgstelsels in het algemeen. Gezondheidsinformatie is al een van de meeste gezochte onderwerpen op internet, aangezien de burger beter geïnformeerd wil zijn over zijn gezondheid en de beslissingen die daarop van invloed zijn. Zowel de patiënten als de gezondheidswerkers kunnen reeds beschikken over enkele gezondheidsdiensten die gebruik maken van informatietechnologie. De Commissie neemt maatregelen om e-gezondheid te bevorderen, met name via het volksgezondheidsprogramma en in het kader van het actieplan inzake e-gezondheid. De interoperabiliteit en vergelijkbaarheid van de gezondheidsinformatiesystemen zijn in dit opzicht van bijzonder belang. Het denkproces verzocht de Commissie de vaststelling van Europese beginselen voor de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van al degenen die betrokken zij bij de aanbidding van gezondheidsdiensten op internet, te overwegen.

Richtlijn 2000/31/EG inzake elektronische handel¹⁵ draagt bij tot de nodige rechtszekerheid en duidelijkheid voor verleners van diensten van de informatiemaatschappij om hun diensten in de hele Unie aan te kunnen bieden. Uiteraard zijn diensten die niet on line kunnen worden geleverd, zoals een medisch consult waarbij lichamelijk onderzoek van de patiënt nodig is, geen diensten van de informatiemaatschappij en blijven deze dus onderworpen aan de voorschriften van de lidstaat waar de dienst verstrekt wordt. In ieder geval zijn de Gemeenschapsrechtelijke voorschriften inzake de bescherming van de volksgezondheid van toepassing, of de gezondheidsdiensten in kwestie nu on line of off line worden verstrekt; evenzo kunnen de lidstaten maatregelen treffen om de dienstverlening vanuit een andere lidstaat te beperken als dat voor de bescherming van de volksgezondheid nodig is, onder de in de richtlijn inzake elektronische handel gestelde voorwaarden.

Buiten dit algemene kader om kan er niettemin meer duidelijkheid geschapen worden omtrent de juridische en ethische vraagstukken in verband met e-gezondheid. De Commissie heeft al in 2002 een mededeling gepresenteerd waarin de kwaliteitscriteria voor websites met medische informatie worden gedefinieerd¹⁶. Hierin gaat de aandacht in de eerste plaats uit naar de betrouwbaarheid van websites met medische informatie en wordt een aantal gemeenschappelijk overeengekomen kwaliteitscriteria gepresenteerd die websitebeheerders naast de desbetreffende Gemeenschapsrechtelijke voorschriften moeten toepassen. De Commissie is voornemens deze punten verder te bestuderen in het kader van het actieplan inzake e-gezondheid en de specifieke maatregelen inzake e-gezondheid¹⁷.

¹⁵ PB L 178 van 17.7.2000.

¹⁶ Mededeling “eEurope 2002: Kwaliteitscriteria voor websites met medische informatie” (COM(2002) 667 def. goedgekeurd op 29.11.2002).

¹⁷ Mededeling van de Commissie “e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area”.

4. EUROPESE BIJDRAGE AAN GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN

De waarborging van een hoog niveau van gezondheidsbescherming en welzijn voor de burgers in heel Europa is een door de hele Unie gedeelde waarde. Enkele Europese maatregelen zijn rechtstreeks gericht op gezondheid, zoals het volksgezondheidsprogramma en de wetgeving ter waarborging van de veiligheid van bloed en bloedproducten. Andere maatregelen hebben andere primaire doelstellingen maar bij de vaststelling en uitvoering daarvan wordt, zoals door het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (artikel 152, lid 1) wordt voorgeschreven, ook rekening gehouden met de gezondheidsbeschermingseisen.

De lidstaten zelf streven er in hun optreden uiteraard ook naar dit gemeenschappelijk engagement voor gezondheid en welzijn voor hun burgers om te zetten, waarbij hun zorgstelsels een cruciale rol spelen. De zorgstelsels van de lidstaten hebben ook fundamentele doelstellingen gemeen: toegang voor iedereen op grond van de behoefte, hoogwaardige gezondheidszorg en betaalbaarheid op grond van solidariteit. De Europese regelgeving en maatregelen moeten een grotere rol spelen bij de verwezenlijking van de gezondheidsdoelstellingen en deze beginselen worden voorgesteld als gemeenschappelijke doelstellingen voor de open coördinatie inzake gezondheidszorg en langdurige zorg. Centraal in het denkproces stond de behoefte aan een beter inzicht in de bijdrage van de Unie tot de waarborging van een hoog niveau van gezondheidsbescherming en welzijn voor de burgers in heel Europa, en de noodzaak de politieke autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor gezondheid en de zorgstelsels, een grotere rol toe te bedelen bij het gestalte geven aan die Europese bijdrage.

4.1. Betere integratie van de gezondheidsdoelstellingen in alle Europese beleidsonderdelen en activiteiten

De Europese bijdrage aan hoge niveaus van gezondheidsbescherming voor de Europese burgers moet beter geanalyseerd en begrepen worden. Het denkproces verzocht de lidstaten en de toetredende landen hun mening te geven over de wijze waarop de verschillende toegangsmogelijkheden voor de gezondheidszorg in hun land werken en de effecten daarvan, met name ten aanzien van de toegangsmogelijkheden die voortvloeien uit Europese regelgeving. De Commissie zal samen met de lidstaten informatie hierover verzamelen via de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg, rekening houdend met de in het kader van de hierboven beschreven strategie verzamelde gegevens.

Meer in het algemeen verzocht het denkproces de Commissie te onderzoeken hoe de activiteiten van de Gemeenschap een betere bijdrage kunnen leveren aan de toegang tot en kwaliteit van de gezondheidszorg, rekening houdend met de desbetreffende werkzaamheden van andere internationale organisaties, en een evaluatie te presenteren van concrete problemen die verband houden met de wisselwerking tussen EG-voorschriften en doelstellingen van het nationale gezondheidsbeleid. Het denkproces verzocht de Commissie ook een evaluatie te presenteren van concrete problemen die verband houden met de wisselwerking tussen EG-voorschriften en doelstellingen van het nationale gezondheidsbeleid.

Op Europees niveau is de Commissie al bezig ervoor te zorgen dat de beoordeling van de gevolgen van Europese initiatieven voor de gezondheidsdoelstellingen wordt geïntegreerd in de algemene effectbeoordeling van nieuwe initiatieven. De Verdragsbepalingen inzake gezondheid verlangen dat bij de bepaling en de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de Gemeenschap een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd wordt. Bij deze beoordeling moet niet alleen gekeken worden naar de gevolgen voor de

gezondheid van de burger in het algemeen, maar ook naar de gevolgen voor de zorgstelsels en hun doelstellingen. Het volksgezondheidsprogramma ondersteunt werkzaamheden ter verfijning van de methoden voor gezondheidseffectbeoordeling, waaronder casestudy's inzake communautair beleid en communautaire wetgeving en maatregelen; een inventarisatie van het gebruik van gezondheidseffectbeoordelingen in de lidstaten; en een evaluatie van de manier waarop in andere effectbeoordelingsmethodologieën en met name "geïntegreerde" beoordelingsinstrumenten, met gezondheidsaspecten rekening wordt gehouden. De Commissie zal op deze werkzaamheden voortbouwen om ervoor te zorgen dat bij de algemene geïntegreerde beoordeling van toekomstige voorstellen ook rekening wordt gehouden met het effect op de gezondheid en de zorgstelsels.

4.2. Invoering van een mechanisme ter ondersteuning van de samenwerking op het gebied van gezondheidsdiensten en medische zorg

Het is duidelijk dat de Europese samenwerking op het gebied van gezondheidsdiensten en medische zorg moet worden vergemakkelijkt onder gelijktijdige eerbiediging van de verantwoordelijkheden van de lidstaten op dit gebied. Hierbij moeten de lidstaten nauw betrokken worden om ervoor te zorgen dat de nationale, regionale en plaatselijke niveaus ten volle betrokken worden bij en zich bewust zijn van de Europese context van hun werkzaamheden. Het denkproces verzocht de Commissie de ontwikkeling te overwegen van een permanent mechanisme op EU-niveau ter ondersteuning van de Europese samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg en ter controle van het effect van het optreden van de EU op de zorgstelsels, en met passende voorstellen te komen.

Overeenkomstig artikel 152, lid 2, moedigt de Gemeenschap samenwerking tussen de lidstaten aan op de in dat artikel genoemde gebieden en steunt zij zo nodig hun optreden. De lidstaten coördineren onderling, in verbinding met de Commissie, hun beleid en activiteiten, met name met betrekking tot de verbetering van de volksgezondheid, de preventie van ziekten en aandoeningen bij de mens en het wegnemen van bronnen van gevaar voor de menselijke gezondheid. Dit optreden omvat de bestrijding van grote bedreigingen van de gezondheid, door het bevorderen van onderzoek naar de oorzaken, de overdracht en de preventie daarvan, alsmede door het bevorderen van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. De Commissie kan, in nauw contact met de lidstaten, alle dienstige initiatieven nemen om deze coördinatie te bevorderen.

In aansluiting op deze bepalingen en voortbouwend op het succes van het denkproces heeft de Commissie besloten een Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg in het leven te roepen, en wel op de volgende grondslagen:

- **rol:** groep op hoog niveau ter ondersteuning van de Europese samenwerking tussen de lidstaten inzake gezondheidsdiensten en medische zorg, teneinde de patiënten te helpen de hoogwaardige gezondheidszorg te krijgen die zij zoeken, en de zorgstelsels te helpen hun doeltreffendheid en efficiëntie te verbeteren;
- **werkzaamheden:** bevordering van de samenwerking tussen de lidstaten en uitvoering van de aanbevelingen van het denkproces door middel van activiteiten zoals vergroting van de bekendheid van de patiënten met hun rechten en plichten, gezamenlijke benutting van vrije capaciteit en grensoverschrijdende zorg, aanwijzing en netwerking van Europese referentiecentra, en coördinatie van de evaluatie van nieuwe gezondheidstechnologieën;

- **lidmaatschap:** hoge vertegenwoordigers van de lidstaten, normaalgesproken op het niveau van directeur-generaal, en de Commissie, die waar nodig een beroep kunnen doen op externe deskundigen;
- **rechtsgrond:** opgericht bij een besluit van de Commissie ter uitvoering van het bepaalde in artikel 152, lid 2, inzake volksgezondheid van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, ter ondersteuning van de in dat lid bedoelde samenwerking en coördinatie tussen de lidstaten op het gebied van gezondheidsdiensten en medische zorg;
- **relaties tot andere organen:** de groep zal nauw samenwerken met andere relevante organen op Europees en internationaal niveau, met name met het Comité voor sociale bescherming en het Comité voor economische politiek;
- **deelname van andere belanghebbenden:** belanghebbenden uit de gezondheidssector dienen ook regelmatig bij de werkzaamheden betrokken te worden, met name via het Gezondheidsforum van de Europese Unie. Vertegenwoordigers van de regionale en lokale overheden die bevoegd zijn voor de gezondheidszorg, moeten ook hun bijdrage kunnen leveren, aangezien de verstrekking van gezondheidsdiensten in de meeste lidstaten onder de regionale of lokale overheden ressorteert.

De gezondheidsdiensten en de medische zorg vallen in de eerste plaats onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten en dat moet ook zo blijven. Uit de conclusies van het denkproces blijkt echter dat samenwerking op Europees niveau er in aanzienlijke mate toe kan bijdragen dat patiënten een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg krijgen, en de zorgstelsels kan helpen hun doeltreffendheid en hun efficiëntie te verbeteren. Eerbiediging van de nationale verantwoordelijkheid voor de zorgstelsels betekent niet dat er op Europees niveau niets hoeft te gebeuren. Dit comité zal er veeleer voor zorgen dat er structuren komen om de samenwerking waar zinvol te vergemakkelijken en dat, daar waar Europa van invloed is op de gezondheid of de zorgstelsels, deze invloed positief is en dat degenen die verantwoordelijk zijn voor de verwezenlijking van de gezondheidsdoelstellingen, die ontwikkelingen gestalte kunnen geven.

5. INSPELEN OP DE UITBREIDING DOOR TE INVESTEREN IN GEZONDHEID EN DE GEZONDHEIDSINFRASTRUCTUUR

Elke lidstaat van de Unie ziet zich voor uitdagingen geplaatst bij de verwezenlijking van zijn gezondheidsdoelstellingen. Deze uitdagingen zijn met name acuut voor de nieuwe lidstaten. Niet alleen de levenskwaliteit van hun burgers, maar ook de economische groei en duurzame ontwikkeling van deze landen hangen af van investeringen in gezondheid en zorgstelsels. Deze investeringen moeten zowel voor de betrokken landen als voor de Unie prioriteit krijgen. Dankzij de uitbreiding zullen de nieuwe lidstaten echter ook beter het hoofd kunnen bieden aan hun problemen, aangezien zij de economische ontwikkeling van de betreffende landen ondersteunt. Bovendien heeft de openstelling van de markten al een positieve invloed te zien gegeven op de ontwikkeling van de gezondheidstoestand dankzij de toegang tot betere producten, en dit zal er na de toetreding waarschijnlijk alleen maar beter op worden.

Hoewel de gezondheidstoestand van de ene nieuwe lidstaat tot de andere verschilt, is de levensverwachting in al die landen aanmerkelijk lager dan in de huidige Unie; met name de gezondheid van mannen laat te wensen over. De prevalentie van belangrijke westerse ziekten, zoals hart- en vaatziekten en kanker, met name longkanker, is er hoger dan in de huidige Unie. Ook de risicofactoren zijn er groter dan in de huidige Unie: het tabaks- en

alcoholgebruik is er hoger en er wordt minder aan lichaamsbeweging gedaan. De zorgstelsels in de toetredende landen zijn hervormd, waarbij speciale aandacht is besteed aan decentralisatie, hervorming van de verzekerings- en financieringsstelsels en een efficiënter gebruik van de middelen. Maar de totale investeringen in gezondheidszorg liggen er nog veel lager dan in de huidige Unie – gemiddeld circa 4,5% van het bruto binnenlands product (bbp) tegen 8,5% van het bbp in de huidige Unie.

De slechte gezondheidstoestand, versterkt door de onderinvestering in gezondheid en zorgstelsels, zal een belangrijke rem vormen op de ontwikkeling als hier niets aan wordt gedaan. Gezondheid is een productieve factor in een concurrerende economie. De kosten van ziekteverzuim omvatten niet alleen de directe kosten van de ziekte-uitkering, maar ook de kosten van vervanging van zieke werknemers en de geringere productiviteit voor de werkgever. Alleen al voor arbeidsongevallen worden deze kosten geraamd op 1-3% van het bnp per jaar. Op macroniveau is gezondheid van essentieel belang om het activiteitspeil van de bevolking op te trekken. Ongeveer 15% van de bevolking van 15-64 jaar in de Europese Unie wordt door een chronische ziekte getroffen. Dit betekent niet alleen een last voor de patiënten, maar ook voor hun verzorgers; ongeveer 15 miljoen mensen in de huidige EU zijn voor hun algemene dagelijkse levensverrichtingen aangewezen op de hulp van een derde.

Daar staat tegenover dat het als gevolg van een langere levensduur en een betere gezondheid in het algemeen voor mensen interessanter wordt in hun eigen onderwijs en opleiding te investeren. Het geeft mensen ook het vertrouwen en de mogelijkheden om langer actief te blijven. Vroegtijdig investeren in gezondheid verlaagt de latere kosten voor de economie als geheel. De toekomstige economische groei en duurzame ontwikkeling van de gehele Unie hangt daarom af van investeringen in gezondheid – investeringen die extra belangrijk zijn voor de nieuwe lidstaten om de kloof met de rest van de Unie te verkleinen.

Het denkproces verzocht de Commissie, de lidstaten en de toetredende landen om te overwegen hoe investeringen in gezondheid en de ontwikkeling van de gezondheidsinfrastructuur en van vaardigheden als prioritaire gebieden voor financiering in het kader van de bestaande communautaire financiële instrumenten kunnen worden opgenomen, met name in doelstelling 1-regio's. In feite ondersteunt de Unie al investeringen in gezondheid in de bestaande lidstaten, waar dit door de betrokken landen en regio's als een prioriteit is aangemerkt, zoals:

- in het kader van het operationele programma “Gezondheid” van Portugal wordt € 475 miljoen geïnvesteerd ter bevordering van de gezondheid en ter voorkoming van ziekte, ter verbetering van de toegang tot gezondheidszorg en ter ontwikkeling van het partnerschap in de gezondheidssector;
- uit hoofde van het “Ceuta”-programma in Spanje (totale begroting € 105,5 miljoen) wordt in het kader van het onderdeel “stedelijke en lokale ontwikkeling” steun verleend voor technologische vernieuwing en verbetering van gezondheidscentra en ziekenhuizen;
- in het kader van de regionale programma's voor Epirus en continentaal Griekenland (totale begroting € 1,553 miljoen) omvatten de infrastructuur- en stadsvernieuwingsprogramma's steun voor gezondheidsgerelateerde activiteiten.

De uitvoering van deze aanbeveling hangt dus af van de vraag of de betrokken regio's en landen investeringen in gezondheid en gezondheidsinfrastructuur als prioriteit voor Europese steun hebben aangemerkt. De Commissie zal er via de Groep op hoog niveau inzake

gezondheidsdiensten en medische zorg en de geëigende structuren voor de financiële instrumenten in kwestie samen met de lidstaten voor zorgen dat bij de opstelling van algemene plannen het nodige gewicht aan gezondheid wordt toegekend. De behoefte aan aanvullende Europese investeringen in de gezondheidsinfrastructuur zal ook aan de orde komen in het kader van de nieuwe financiële vooruitzichten voor de Unie vanaf 2006.

6. CONCLUSIE

De bij het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie betrokken ministers van volksgezondheid en andere belanghebbenden hebben een groot aantal punten aangegeven waarop vooruitgang moet worden geboekt. Het verslag van het denkproces is ook een mijlpaal in die zin dat het erkent dat Europese samenwerking om de lidstaten te helpen hun gezondheidsdoelstellingen te verwezenlijken, van nut kan zijn.

Het Europese antwoord hierop in de vorm van de initiatieven die uiteen worden gezet in deze mededeling en in die over de uitbreiding van de open coördinatiemethode tot de gezondheidszorg en langdurige zorg en de mededeling over de Europese e-gezondheidsruimte (en het bijbehorende actieplan inzake e-gezondheid), is een project van lange adem waarvoor aanzienlijke middelen vereist zijn. En het is niet gezegd dat het bij de tot dusverre gedane voorstellen kan blijven. Mettertijd echter zal deze inspanning zich terugverdienen door een betere gezondheid en levenskwaliteit; door een beter gebruik van de in de zorgstelsels geïnvesteerde middelen; door meer economische groei en een duurzamere ontwikkeling van de uitgebreide Unie als geheel; en doordat de concrete voordelen van de Europese integratie dichterbij de mensen worden gebracht.

BIJLAGE 1

SAMENVATTING VAN DE AANBEVELINGEN VAN HET DENKPROCES EN DE ANTWOORDEN VAN DE COMMISSIE

AANBEVELINGEN	ANTWOORDEN VAN DE COMMISSIE
Rechten en plichten van de patiënt	
Verder onderzoek naar de mogelijkheid om op Europees niveau een consensus te bereiken over de individuele en sociale rechten en plichten van de patiënt, door om te beginnen bestaande informatie te verzamelen over deze aspecten en de manier waarop hiermee in de lidstaten en de toetredende landen wordt omgegaan.	Uit te voeren door de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg, om te beginnen door bestaande informatie te verzamelen, zoals aanbevolen door het denkproces.
Gezamenlijk benutten van vrije capaciteit en transnationale zorg	
Evaluatie van bestaande grensoverschrijdende gezondheidsprojecten, met name Euregio-projecten, en de ontwikkeling van netwerken tussen projecten om beste praktijken uit te wisselen.	De Commissie ondersteunt werkzaamheden ter evaluatie van Euregio-projecten in het kader van het volksgezondheidsprogramma en zal bekijken hoe netwerkvorming tussen deze projecten kan worden ondersteund.
Oproep aan de Commissie om te onderzoeken of het mogelijk is een helder en transparant kader voor de inkoop van gezondheidszorg op te zetten, waarvan de bevoegde instanties in de lidstaten gebruik kunnen maken wanneer zij met elkaar overeenkomsten aangaan, en met passende voorstellen te komen.	De Commissie zal de lidstaten vragen via de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg informatie over bestaande regelingen voor de inkoop van gezondheidszorg te verstrekken, en als die informatie eenmaal beschikbaar is, zal zij met de lidstaten bekijken hoe dan het beste te werk kan worden gegaan.
Gezondheidswerkers	
Oproep aan de lidstaten, de toetredende landen en de Commissie om het systeem voor de verzameling van accurate gegevens over de mobiliteit van gezondheidswerkers uit te breiden en te versterken, en aanmoediging van de lidstaten en de toetredende landen om in samenwerking	De Commissie verzoekt de lidstaten actuele en volledige statistieken te verstrekken over het verkeer van gezondheidswerkers via de structuren voor de erkenning van beroepskwalificaties. De Commissie zal met de Raad en het Parlement ook verder werken aan

<p>met de Commissie en relevante internationale organisaties vergelijkbare personeelsgegevens over gezondheidswerkers te verzamelen.</p> <p>Aanmoediging van de lopende werkzaamheden bij de Commissie, de Raad en het Parlement om te zorgen voor duidelijke, eenvoudige en transparante erkenningsprocedures met een hoge mate van automatische erkenning zoals bij de bestaande sectoriële regels, teneinde de mobiliteit van gezondheidswerkers te vergemakkelijken en verder te ontwikkelen.</p>	<p>duidelijke, eenvoudige en transparante erkenningsprocedures.</p> <p>De Commissie zal samen met de lidstaten de voorbereidende werkzaamheden voortzetten om te zorgen voor een adequate vertrouwelijke uitwisseling van informatie met betrekking tot het vrije verkeer van gezondheidswerkers en andere professionals.</p> <p>De Commissie verzoekt de lidstaten om de problemen te bestuderen in verband met de huidige en toekomstige tekorten aan gezondheidswerkers in de Unie.</p>
<p>Europese referentiecentra</p>	
<p>Oproep aan de Commissie om in samenwerking met de lidstaten en de toetredende landen de referentiecentra in kaart te brengen, rekening houdend met bovengenoemde beginselen, en te bestuderen hoe netwerking en samenwerking op deze punten kunnen worden bevorderd, inclusief de organisatie, aanwijzing en ontwikkeling van de centra.</p>	<p>De Commissie zal dit doen in het kader van het volksgezondheidsprogramma en op grond daarvan eventueel verdere voorstellen in overweging nemen.</p>
<p>Evaluatie van gezondheidstechnologie</p>	
<p>Oproep aan de Commissie om na te gaan hoe een duurzaam netwerk voor en de coördinatie van evaluaties van gezondheidstechnologieën kunnen worden georganiseerd en gefinancierd, en met passende voorstellen te komen.</p>	<p>De Commissie is voornemens dit aan te pakken via specifieke voorstellen, waaronder een speciaal onderzoek, teneinde als onderdeel van de samenwerking inzake gezondheidsdiensten een samenwerkingsmechanisme te ontwikkelen, en zij zal zo nodig met afzonderlijke voorstellen komen.</p>
<p>Informatiestrategie over de zorgstelsels</p>	
<p>Oproep aan de Commissie om, voortbouwend op de resultaten van het volksgezondheidsprogramma, een kader voor gezondheidsinformatie op EU-niveau te ontwikkelen, waarin ook vanuit het perspectief van beleidsmakers, patiënten en gezondheidswerkers de verschillende informatiebehoeften, de wijze van verstrekking van deze informatie en de</p>	<p>De Commissie zal dit doen in het kader van het onderdeel “Informatie” van het volksgezondheidsprogramma, met name via de werkgroep “Zorgstelsels” en door middel van verspreiding via het geplande volksgezondheidportaal. Deze werkzaamheden zullen worden uitgevoerd in nauwe samenwerking met andere relevante organen op Europees en</p>

<p>bevoegdheden van de verschillende actoren worden vastgelegd, rekening houdend met de werkzaamheden van de WHO en de OESO ter zake.</p>	<p>internationaal niveau.</p>
<p>Oproep aan de Commissie om op Europees niveau de uitwisseling te bevorderen van informatie over beschikbare zorgmogelijkheden, het bestaande zorgaanbod, over rechten en procedures, kosten, prijzen, voorvallen met schadelijke gevolgen, patiëntendossiers, de nomenclatuur van aandoeningen, behandelingen en producten en over de continuïteit en de kwaliteit van de zorg in de gehele Unie, in het algemene kader voor informatie dat hieronder in het punt: Informatie, besproken wordt. Daartoe kunnen ook netwerkactiviteiten en de ontwikkeling van gegevensbanken worden gesteund.</p>	
<p>Oproep aan de Commissie om te bestuderen hoe een kader ontwikkeld kan worden voor een systematische verzameling in de uitgebreide Unie van gegevens over de omvang en aard van patiëntenverkeer, zowel binnen de bij Verordening nr. 1408/71 ingestelde regelingen als buiten deze regelingen om. Daaronder vallen ook gegevens over patiëntenstromen in verband met toerisme en langdurig verblijf in het buitenland.</p>	
<p>Grensoverschrijdende zorg: motieven en omvang</p>	
<p>Oproep aan de Commissie om in een studie na te gaan waarom patiënten naar het buitenland gaan, om welke specialismen het gaat, van welke aard bilaterale overeenkomsten zijn en wat de informatiebehoeften van patiënten en klinici en de ervaringen van patiënten zijn, zulks met speciale aandacht voor de uitbreiding.</p>	<p>De Commissie is voornemens hiernaar in het kader van het volksgezondheidsprogramma een specifieke studie te laten uitvoeren en deze aangelegenheid zal ook aan de orde komen in het onderzoekproject “Europa voor patiënten”.</p>
<p>Gegevensbescherming</p>	
<p>Oproep aan de Commissie gegevensbeschermingskwesties en de uitwisseling van vertrouwelijke gegevens tussen de lidstaten en op EU-niveau te</p>	<p>Deze mededeling geeft een korte beschrijving van de manier waarop in de voorschriften inzake gegevensbescherming rekening wordt gehouden met het</p>

regelen.	specifieke karakter van gezondheidsgegevens. De Commissie zal met de lidstaten via de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg proberen grotere bekendheid te geven aan deze bepalingen en eventueel nog openstaande kwesties behandelen.
E-gezondheid	
Oproep aan de Commissie om de vaststelling van Europese beginselen voor de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van al degenen die betrokken zijn bij de aanbidding van gezondheidsdiensten op internet te overwegen.	De Commissie is voornemens deze punten meer in detail te bestuderen in het kader van haar algemene actieplan inzake e-gezondheid, zoals uiteengezet in de mededeling “e-Health – making healthcare better for European citizens: an action plan for a European e-Health area”.
Betere integratie van de gezondheidsdoelstellingen in alle Europese beleidsonderdelen en activiteiten	
Oproep aan de lidstaten en de toetredende landen om hun mening te geven over de wijze waarop de verschillende toegangsmogelijkheden tot de gezondheidszorg in andere lidstaten in hun land werken en de effecten daarvan; oproep aan de Commissie en de lidstaten om na te denken over geschikte oplossingen daarvoor.	De Commissie zal samen met de lidstaten informatie hierover verzamelen via de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg, rekening houdend met de in het kader van de hierboven beschreven strategie verzamelde gegevens.
Oproep aan de Commissie om te onderzoeken hoe de activiteiten van de Gemeenschap een betere bijdrage kunnen leveren aan de toegang tot en kwaliteit van de gezondheidszorg, rekening houdend met de desbetreffende werkzaamheden van andere internationale organisaties. Oproep aan de Commissie om een evaluatie te presenteren van concrete problemen die verband houden met de wisselwerking tussen EG-voorschriften en doelstellingen van het nationale gezondheidsbeleid.	De Commissie zal op bestaande gezondheidseffectbeoordelingsprojecten voortbouwen om ervoor te zorgen dat bij de algemene effectbeoordeling van toekomstige Commissievoorstellen ook rekening wordt gehouden met het effect op de gezondheid en de gezondheidszorg.

Invoering van een mechanisme ter ondersteuning van de samenwerking op het gebied van gezondheidsdiensten en medische zorg	
<p>Oproep aan de Commissie de ontwikkeling te overwegen van een permanent mechanisme op EU-niveau ter ondersteuning van de Europese samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg en ter controle van het effect van de EU op de zorgstelsels, en met passende voorstellen te komen.</p>	<p>De Commissie heeft een Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg in het leven geroepen.</p>
Ontwikkeling van een gemeenschappelijke Europese visie op de zorgstelsels	
<p>Oproep aan de Commissie om in overleg met de lidstaten te onderzoeken hoe de rechtszekerheid kan worden vergroot op basis van de jurisprudentie van het Hof van Justitie inzake het recht van de patiënt op een medische behandeling in een andere lidstaat, en met passende voorstellen te komen.</p>	<p>De Commissie stelt in een afzonderlijke mededeling voor de open coördinatiemethode uit te breiden tot de gezondheidszorg en langdurige zorg.</p> <p>De Commissie heeft op een aantal punten al actie ondernomen, of zal dat doen, om de rechtszekerheid op dit gebied te vergroten, waaronder betere informatie over de rechten op medische behandeling in andere lidstaten en op de vergoeding daarvan; verduidelijking van de toepassing van de bestaande jurisprudentie via de richtlijn betreffende diensten op de interne markt; verbetering van de gezondheidseffectbeoordeling van Europese voorstellen; vereenvoudiging van de regels inzake de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels en verbetering van hun bruikbaarheid met de Europese ziekteverzekeringskaart; verbetering van de kennis over patiëntenmobiliteit en ontwikkelingen in de gezondheidszorg; en vergemakkelijking van de samenwerking op Europees niveau door de oprichting van een Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg.</p> <p>De Commissie verzoekt de lidstaten ook de rechtszekerheid binnen hun eigen stelsel te vergroten, en is bereid dergelijke initiatieven te ondersteunen, bijvoorbeeld door de uitwisseling van informatie of eventueel door de opstelling van richtsnoeren op Europees niveau.</p>

Inspelen op de uitbreiding door te investeren in gezondheid en de gezondheidsinfrastructuur

Oproep aan de Commissie, de lidstaten en de toetredende landen om te overwegen hoe investeringen in gezondheid en de ontwikkeling van de gezondheidsinfrastructuur en van vaardigheden als prioritaire gebieden voor financiering in het kader van de bestaande communautaire financiële instrumenten kunnen worden opgenomen.

De Commissie zal er via de Groep op hoog niveau inzake gezondheidsdiensten en medische zorg en de geëigende structuren voor de financiële instrumenten in kwestie samen met de lidstaten voor zorgen dat bij de opstelling van algemene plannen het nodige gewicht aan gezondheid wordt toegekend. De behoefte aan Europese investeringen in de gezondheidsinfrastructuur moet ook aan de orde komen in het kader van de nieuwe financiële vooruitzichten voor de Unie vanaf 2006.