



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 30.4.2004  
COM(2004) 304 definitief

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD, HET EUROPEES  
PARLEMENT, HET EUROPEES ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ EN HET  
COMITÉ VAN DE REGIO'S**

**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”**

## 1. INLEIDING

De socialebeschermingsstelsels in de lidstaten hebben tot doel de toegang van eenieder tot hoogwaardige zorg te waarborgen. De ontwikkeling van deze stelsels heeft een aanzienlijke beperking van het armoederisico, dat voorheen vaak verband hield met ziekte, een hoge leeftijd of een ongeval, mogelijk gemaakt en een grote bijdrage geleverd aan de omvangrijke verbetering van de gezondheidstoestand van de Europese bevolkingen in de loop van de afgelopen decennia<sup>1</sup>. Zij vertegenwoordigen daarmee een belangrijk element van het Europees sociaal model, des te meer omdat de kwaliteit van de in Europa verleende zorg praktisch uniek is in de wereld.

Deze in het *Voorjaarsverslag 2004*<sup>2</sup> aangekondigde mededeling beoogt de vaststelling van een gemeenschappelijk kader te bevorderen dat het mogelijk maakt door toepassing van de “open coördinatiemethode” steun te verlenen aan de nationale inspanningen om de door de sociale bescherming verleende gezondheidszorg en langdurige zorg te hervormen en te ontwikkelen. De resolutie van het Europees Parlement van 11 maart jl. roept van haar kant op tot een versterkte samenwerking op het vlak van gezondheid en langdurige zorg, en verzoekt de Commissie daartoe in het voorjaar van 2004 voorstellen te doen die het de Raad mogelijk maken de “open coördinatiemethode” op dit terrein toe te passen en gemeenschappelijke doelstellingen vast te stellen.

Deze mededeling vormt derhalve een aanvulling op de mededeling in reactie op het “Denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie” (hierna te noemen “mededeling over de mobiliteit van patiënten”), dat op initiatief van de commissarissen David Byrne en Anna Diamantopoulou in gang is gezet en bestaat uit vertegenwoordigers van de ministers van volksgezondheid en van de Commissie<sup>3</sup>. Deze twee mededelingen, die samen door de Commissie zijn goedgekeurd, vertegenwoordigen zo een allesomvattende strategie om een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen voor de Europese gezondheidszorgstelsels en de socialebeschermingsstelsels.

De sociale bescherming maakt het immers mogelijk om de kosten, die vaak hoger zijn dan de patiënt of zijn familie kunnen betalen, over de hele maatschappij te verdelen; zo wordt voorkomen dat een beroep op zorg zich vertaalt in verarming, en dat een laag inkomen de toegang tot het zorgstelsel ernstig beperkt. Deze resultaten zijn verkregen dankzij een grote verscheidenheid aan stelsels – gebaseerd op verzekering of directe levering van diensten – waarvoor de hoofdverantwoordelijkheid door het Verdrag bij de lidstaten wordt gelegd. Het belang van die verantwoordelijkheid, evenals de noodzaak van een betere samenwerking op Europees niveau, zijn benadrukt in de conclusies van de overdenkingen in het “Denkproces op hoog niveau”.

---

<sup>1</sup> Zo is de levensverwachting van mannen tussen 1960 en 2001 met 8,1 jaar gestegen, en die van vrouwen met 8,7 jaar.

<sup>2</sup> COM(2004) 29 def., *Lissabon waarmaken: Hervormingen voor de uitgebreide Unie*.

<sup>3</sup> De conclusies van het “HLPR” zijn beschikbaar op:  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/key01\\_mobility\\_nl.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_nl.pdf).

De rol van de zorgstelsels bij het terugdringen van het armoede- en ziekterisico, hun bijdrage aan de sociale samenhang en hun aandeel in de werkgelegenheid, alsmede de gevolgen van de vergrijzing, worden al lang op het niveau van de Unie erkend. Al in 1992 werd de lidstaten in een aanbeveling van de Raad<sup>4</sup> gevraagd “*toe te zien op de handhaving en zo nodig de ontwikkeling van een gezondheidszorg van de nodige kwaliteit, aangepast aan de veranderende behoeften van de bevolking, en met name van die welke voortvloeien uit de zorgbehoefte van ouderen, aan de ontwikkelingen in de ziekteleer en de behandelingstechnieken en aan de vereiste intensivering van de preventie*”. In 1999 is de gezondheidszorg door de Raad in kaart gebracht als een van de vier gebieden van de sociale bescherming<sup>5</sup> waar een versterkte samenwerking tussen de lidstaten noodzakelijk was.

Na de Europese Raad van Lissabon en van Göteborg, waarin de nadruk werd gelegd op de noodzaak de socialebeschermingsstelsels inclusief de gezondheidszorg te hervormen en aan te passen om het hoofd te bieden aan de vergrijzing en om de sociale samenhang te verzekeren, heeft de Commissie drie richtsnoeren<sup>6</sup> vastgesteld die als kader voor die hervorming kunnen dienen. Deze richtsnoeren zijn in maart 2002 goedgekeurd door de Europese Raad van Barcelona<sup>7</sup>:

- **de toegankelijkheid van de zorg** op basis van universaliteit, billijkheid en solidariteit, rekening houdend met de behoeften en moeilijkheden van de meest benadeelde groepen en individuen, maar ook van hen die dure en langdurige zorg behoeven;
- **het aanbod van kwaliteitszorg** aan de bevolking, aangepast aan de voortgang van de wetenschap en de behoeften die zich als gevolg van de vergrijzing voordoen, afhankelijk van een evaluatie van het nut ervan voor de volksgezondheid;
- maatregelen die de **financiële houdbaarheid** op lange termijn van deze zorg garanderen en gericht zijn op de grootst mogelijke doeltreffendheid van het stelsel.

## 2. TOEGANKELIJKHEID, KWALITEIT, FINANCIËLE HOUDBAARHEID: EEN UITDAGING VOOR DE ZORGSTELSELS, EEN SLEUTEL VOOR HET SUCCES VAN DE STRATEGIE VAN LISSABON.

Het gezamenlijk verslag van de Commissie en de Raad *Ondersteuning van nationale strategieën voor de toekomst van de gezondheidszorg en de ouderenzorg* van 10 maart 2003 benadrukt dat nieuwe technologieën en behandelingen, verbetering van het welzijn en de voorlichting van de patiënten, en vergrijzing van de bevolking tegenwoordig nieuwe problemen opwerpen met betrekking tot de capaciteit van de

---

<sup>4</sup> Aanbeveling van de Raad van 27 juli 1992 betreffende de convergentie van de doelstellingen en het beleid op het gebied van de sociale bescherming (92/442/EEG), PB L 245 van 26.8.1992, blz. 49-52.

<sup>5</sup> In 2000 vertegenwoordigde de volksgezondheid 27,3% van de uitgaven voor sociale bescherming in de EU-15, d.w.z. de tweede post na ouderdoms- en weduwepensioenen (Bron: statistische bijlage bij het ontwerp voor het *Gezamenlijk verslag inzake sociale integratie 2003*, SEC(2003) 1425).

<sup>6</sup> COM(2001) 723 def.

<sup>7</sup> § 25: “*Hij neemt nota van het inleidende verslag van de Raad over gezondheidszorg en ouderenzorg, en verzoekt de Commissie en de Raad de vraagstukken betreffende de toegankelijkheid, de kwaliteit en de financiële houdbaarheid tijdig voor de Europese Raad van voorjaar 2003 diepgaander te bespreken.*”

nationale stelsels om de toegankelijkheid en kwaliteit en hun financiële houdbaarheid op lange termijn te waarborgen. Dit zijn uitdagingen die alle stelsels gemeen hebben, zoals blijkt uit bepaalde problemen: de ongelijke en moeilijke toegankelijkheid blijft bestaan, in weerwil van de universaliteit die in principe door de stelsels gegarandeerd wordt; het aanbod van kwaliteitsdiensten is soms onvoldoende met het oog op de behoeften van de bevolking, met uitzonderlijke wachttijden; in bepaalde stelsels worden de verstoringen in het financiële evenwicht ernstiger.

De nieuwe lidstaten zullen deze diversiteit doen toenemen en bepaalde kenmerken van de huidige EU-15 versterken. Hun belangrijkste gezondheidsindicatoren zullen in het algemeen minder goed zijn dan die van de EU-15, vooral voor mannen, en zij besteden aanzienlijk minder middelen aan hun zorgstelsel, ondanks een voortdurende toename sinds het begin van de jaren negentig. Bovendien is de vergrijzing in de medische beroepen er beter merkbaar dan in de EU-15. De “strategie van Lissabon” vormt dus een logisch kader om het niveau en de kwaliteit van de zorg in te halen, ondersteund door verscheidene instrumenten, zoals de “open coördinatiemethode”.

Tegelijkertijd brengt de integratie van de Unie een toenemende interactie tussen de zorgstelsels met zich mee:

- De gezondheidszorg wordt door de rechtspraak van het Hof van Justitie erkend als diensten in de zin van het Verdrag, en de patiënten moeten als afnemers van die diensten kunnen profiteren van de vrije dienstverlening die het Verdrag garandeert<sup>8</sup>. Met de modernisering van verordening 1408/71<sup>9</sup> wordt deze dimensie opgenomen, en de toepassing daarvan wordt uiteengezet in een op 13 januari 2004 ingediend voorstel voor een richtlijn betreffende diensten op de interne markt, waarin een definitie van intramurale zorg is opgenomen<sup>10</sup>;
- De burgers van de Unie maken in toenemende mate gebruik van hun recht op mobiliteit<sup>11</sup>, om in een andere lidstaat te gaan wonen, er tijdelijk te verblijven, en zelfs om er zorg te genieten.

Tegelijkertijd is deze interactie gepaard gegaan met de ontwikkeling van beleid op het niveau van de Unie dat van invloed is geweest op de zorgstelsels en meer in het algemeen op de gezondheid van de Europeanen. Maar deze ontwikkelingen zijn nooit het onderwerp geweest van een globale strategie, die tegelijkertijd betrekking heeft op de ontwikkeling en modernisering van het aanbod en van de financiering van de zorg, de mobiliteit van patiënten en beroepsbeoefenaren in de uitgebreide Unie, de samenwerking tussen de regio's en gezondheidszorgstelsels, maar ook de opname van de essentiële doelstelling van een hoog niveau van bescherming van de volksgezondheid in het totale communautaire beleid. Het “*Voorjaarsverslag 2004*”

---

<sup>8</sup> Zie *Rapport de synthèse sur l'application des règles du marché intérieur aux services de santé et la mise en oeuvre par les Etats membres de la jurisprudence de la Cour* (SEC(2003) 900).

<sup>9</sup> Voorstel voor een Verordening (EG) van de Raad betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (COM(1998) 779 def.); Gewijzigd voorstel voor een Verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (COM(2003) 596 def.); Mededeling van de Commissie aan het Europees Parlement overeenkomstig artikel 251, lid 2, tweede alinea, van het EG-Verdrag over het gemeenschappelijk standpunt van de Raad met het oog op de aanneming van een verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (COM(2004) 44 def.).

<sup>10</sup> COM(2004) 2 def.

<sup>11</sup> *Actieplan van de Commissie voor vaardigheden en mobiliteit*, COM(2002) 72 def.

roept derhalve op tot een verbetering van de coördinatie van het nationale beleid van de verschillende lidstaten, ter ondersteuning van de inspanningen op het vlak van modernisering en ontwikkeling van deze sector die worden verricht door alle lidstaten, de huidige en de nieuwe. Het gaat dus om een **globale strategie voor de gezondheidszorgstelsels** die nu in twee mededelingen van de Commissie wordt gepresenteerd:

- In deze mededeling worden gemeenschappelijke doelstellingen voorgesteld voor de ontwikkeling en modernisering van het aanbod en de financiering van de zorg, die de lidstaten in staat zouden stellen hun nationale strategie te bepalen en hun voordeel te doen met de ervaringen en de “goede praktijken” van de anderen. Deze coördinatie van nationaal beleid zou zo een aanvulling vormen op de andere drie grote beleidsgebieden van de sociale bescherming – pensioenen, integratie, en werk lonender maken – die sinds 2000 het onderwerp zijn van een verbeterde coördinatie;
- Een andere mededeling is een reactie op de door het “Denkproces op hoog niveau” (HLPR) vastgestelde aanbevelingen. In deze mededeling wordt een aantal concrete voorstellen gedaan op talrijke gebieden, die het mogelijk maken de doelstelling van een hoog niveau van bescherming van de volksgezondheid, uitgevaardigd door het Verdrag, in het communautaire beleid op te nemen. Zij stelt voor een “samenwerkingscomité voor gezondheidszorg en medische zorg” op te richten als operationeel orgaan voor die integratie.

Overigens zijn er nog drie redenen waarom het aanbod en de financiering van de gezondheidszorg en de langdurige zorg sleutelfactoren vormen in de strategie voor economische en sociale modernisering die in maart 2000 in Lissabon is goedgekeurd.

De **sociale cohesie** wordt versterkt door toegang tot hoogwaardige kwaliteitszorg die is gebaseerd op universaliteit, billijkheid en solidariteit. Het verbeteren van de toegang tot zorg wordt erkend als middel om het arbeidspotentieel in de Unie te mobiliseren in het licht van de afname van de actieve bevolking. Recente onderzoeken<sup>12</sup> tonen in dit opzicht aan dat het gezondheidszorgbeleid zou moeten worden beschouwd als een instrument van actief werkgelegenheidsbeleid, omdat de sociale en arbeidsinzetbaarheid van werkzoekenden er door verbeterd kunnen worden. Zoals uit het ontwerp voor het *Gezamenlijk verslag inzake integratie*<sup>13</sup> blijkt, kennen de meest benadeelde groepen echter meer en grotere gezondheidsproblemen: zo verklaart 16% van het laagste inkomenskwintiel een slechte gezondheid te hebben, tegen 7% van het hoogste kwintiel<sup>14</sup>. Deze personen hebben dus vaak meer moeilijkheden met de toegang tot zorg, of het nu gaat om wachttijden, hoge behandelingskosten in verhouding tot hun inkomsten, complexe administratieve procedures, of meer in het algemeen onvoldoende preventie (herkenning, vaccinatie).

---

<sup>12</sup> Brenner, H., *Unemployment and public health* – Eindverslag in opdracht van de Europese Commissie, mei 2002.

<sup>13</sup> COM(2003) 773 def.

<sup>14</sup> In 2000. Bron: *Indicateurs communs de pauvreté et d'exclusion sociale*, Eurostat, ECHP UDB versie december 2002.

In de tweede plaats vertegenwoordigde de sector gezondheidszorg en langdurige zorg<sup>15</sup> in 2002 ongeveer 10% van de totale **werkgelegenheid** in de Unie van de vijftien, en 4,1% tot 7,1% in de nieuwe lidstaten. Met 1,7 miljoen nieuwe banen tussen 1997 en 2002 in de EU-15, is het ook de op een na grootste banencreërende sector. Om de uitdagingen van de demografische ontwikkelingen en technische vooruitgang te kunnen aangaan, is het van wezenlijk belang over een voldoende aantal beroepsbeoefenaren te beschikken en hun kwaliteitsbanen te kunnen verzekeren. De vergrijzing van de arbeidskrachten zal hier in het bijzonder merkbaar zijn. In 2002 had 11% van de werknemers in deze sector in de EU-15 en de EU-25 een leeftijd van 55 tot 64 jaar, en dat aandeel was nog hoger voor artsen<sup>16</sup>. Bovendien bevindt een groot aandeel van de werknemers in deze sector (27%, zowel in de EU-15 als in de EU-25) zich in de leeftijdscategorie 45-54 jaar, zodat voor de komende jaren een “demografische schok” van grote omvang is te verwachten. Deze pensioneringen doen zich voor in een situatie van algemene vergrijzing, hetgeen betekent dat de zorgsector en de sector “sociale dienstverlening” concurrentie zal ondervinden van andere sectoren bij het werven van nieuwe werknemers.

De verbetering van de kwaliteit van de banen is dus onontbeerlijk om vervroegde uittreding uit de arbeidsmarkt te voorkomen, in het bijzonder van de mensen met de zwaarste en meest stressvolle banen en de werknemers van 55 jaar of ouder, maar ook om de werving van nieuwe werknemers te bevorderen. De verbetering van de productiviteit en de doeltreffendheid van de medische hulpverleners is ook een belangrijke factor voor de duurzame ontwikkeling van deze sector. “E-gezondheid”, tot de ontwikkeling waarvan een aanzet is gegeven door het actieplan *eEurope 2005*<sup>17</sup>, zal hierin een essentiële rol spelen, zowel bij de voorlichting, preventie, en verbetering van het zorgaanbod als het levenslang leren van beroepsbeoefenaren<sup>18</sup>.

De **vergrijzing van de bevolking** zal nog twee andere effecten hebben op de zorgsector en het verzorgen van ouderen: de stijging van het aantal personen ouder dan 65 jaar (+ 64% tussen 2002 en 2050, volgens het basisscenario van Eurostat) en de stijging van het aantal personen ouder dan 80 jaar (dat in die periode van 14,8 naar 37,9 miljoen zal gaan). Deze ontwikkelingen, die in de eerste plaats wijzen op een verbetering van de gezondheidstoestand van de Europeanen, betekenen dat er ook meer leeftijdsgebonden ziekten zullen zijn, en werpen de kwestie op van langdurige zorg. De vergrijzing van de bevolking gaat immers gepaard met een toenemend aantal alleenwonende ouderen, ten gevolge van de mobiliteit van de families, en een toenemende participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt, terwijl zij nog het grootste deel van de “informele zorg” op zich nemen. Het voorzien in de behoeften van die bevolking verloopt dus via de ontwikkeling van een gediversifieerd aanbod, inclusief thuiszorg, waar steeds meer mensen en gespecialiseerde instellingen voor zullen kiezen, dat zal uitmonden in een verbeterde coördinatie tussen hulpverleners die vaak geïsoleerd werken (intensieve zorgdiensten, eerstelijnszorg, sociale diensten).

---

<sup>15</sup> Zie *Emploi en Europe 2003*, blz. 37. Het onderzoek naar de arbeidskrachten omvat de gezondheidszorg, alle zogenoemd “sociale” diensten met inbegrip van de zorg voor kinderen, en veterinaire diensten.

<sup>16</sup> In 2001 varieerde dat bijvoorbeeld van 11,7% voor Engeland tot 21,7% voor de Tsjechische Republiek en 33,2% voor Denemarken. Zie ook het verslag van de Commissie over de sociale situatie in 2003.

<sup>17</sup> Mededeling van de Commissie *eEurope 2005: Een informatiemaatschappij voor iedereen*, COM(2002) 263 def.

<sup>18</sup> Zie de mededeling van de Commissie *e-santé – améliorer les soins de santé délivrés aux citoyens européens: un plan d’action pour un espace européen de la e-santé*, COM(2004) XXX.

Om deze uitdagingen aan te gaan, moet de hervorming van de socialebeschermingsstelsels op een geïntegreerde en samenhangende wijze worden aangepakt. Uit de mededeling van de Commissie *De sociale dimensie van de strategie van Lissabon versterken: de open coördinatie stroomlijnen op het gebied van de sociale bescherming*<sup>19</sup> blijkt dat de gezondheidszorg en de zorg voor ouderen een van de domeinen moet zijn waarin “stroomlijning” van coördinatieprocessen op het gebied van sociale bescherming moet worden toegepast. Deze “stroomlijning” zal ertoe bijdragen dat de politieke boodschappen ten gunste van de modernisering van de systemen worden versterkt en dat hun samenhang met andere coördinatieprocessen die voortvloeien uit de “strategie van Lissabon” wordt gewaarborgd.

Het resultaat daarvan zal zijn:

- een betere samenhang met de bestaande procedures op het vlak van sociale bescherming (hervorming van de pensioenen, sociale integratie), die talrijke onderwerpen gemeen hebben<sup>20</sup>. In het kader van de stroomlijning van deze processen zal een belangrijke taak bestaan uit het in kaart brengen van de kwesties die gemeenschappelijke doelstellingen zouden kunnen vormen voor alle takken van de sociale bescherming, zoals kwesties die verband houden met genderdimensie, met de rol van de gezondheidszorg bij het actief ouder worden, of de rol van de socialebeschermingsstelsels bij de bevordering van de werkgelegenheid;
- een versterkte samenwerking met andere beleidsprocessen: de Europese strategie voor de werkgelegenheid, in het bijzonder wat betreft de uitdagingen van de vergrijzing van arbeidskrachten in deze sectoren; en de “globale richtsnoeren voor het economische beleid”. Dankzij de stroomlijning zouden de kwesties die verband houden met de gezondheidszorg en de langdurige zorg beter opgenomen kunnen worden in de strategie van Lissabon, overeenkomstig het belang dat zij voor de burgers hebben. Zoals gepland in het voorjaarsverslag 2004, zal de Commissie voor 2005 bestuderen wat de mogelijkheden zijn voor de opname van de volksgezondheid in de Lissabon-strategie, en haar bijdrage aan de groei en de duurzame ontwikkeling;
- In dat kader zal de “open coördinatiemethode” een soepel instrument zijn dat rekening houdt met de diversiteit van nationale situaties en bevoegdheden, en dus speciaal aangepast aan het specifieke karakter van de gezondheidszorgstelsels binnen het totaal aan sectoren van de sociale bescherming;
- De gemeenschappelijke doelstellingen, waarvan één pijler betrekking heeft op de gezondheidszorg, zullen een globaal beleidskader bieden voor de hervormingen, de transparantie daarvan verbeteren en de uitdagingen waarvoor ook de zorgstelsels zich geplaatst zien onder de aandacht brengen;

---

<sup>19</sup> COM(2003) 261 def.

<sup>20</sup> De toegankelijkheid van de zorg is bijvoorbeeld een belangrijk thema van het sociale-integratiebeleid (zie het ontwerp voor het Gezamenlijk verslag 2003, op. cit.); de vergrijzing heeft gevolgen voor de sociale en financiële levensvatbaarheid van pensioenstelsels.

- De open coördinatiemethode zal ertoe bijdragen dat talrijke actoren uit deze sector erbij betrokken worden, met name de sociale partners, de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, en de vertegenwoordigers van de patiënten, wier rol alsmaar duidelijker wordt.
- De uitwisselingen van ervaringen zullen leiden tot een betere kennis van de verschillende actoren over de mogelijke hervormingen. De gemeenschappelijke indicatoren zullen deze uitwisselingen ondersteunen;
- Ten slotte zal de “open coördinatiemethode” een globale en geïntegreerde benadering bevorderen van de problemen die de verschillende stelsels tegenwoordig ondervinden, waarbij een nauwe relatie wordt gelegd tussen de verschillende instrumenten en de verschillende beleidsmaatregelen op het terrein.

### 3. GEMEENSCHAPPELIJKE DOELSTELLINGEN VOOR DE ONTWIKKELING VAN ZORGSTELSELS

De afname van het armoederisico in relatie tot ziekte, ongevallen of leeftijd, alsmede de aanzienlijke verbetering van de gezondheidstoestand van de Europeanen, zijn essentiële verworvenheden van de socialebeschermingsstelsels. Deze stelsels moeten hoogwaardige zorg blijven leveren, die toegankelijk is op basis van universaliteit – dat wil zeggen voor de hele bevolking – en solidariteit – dat wil zeggen zonder relatie met het niveau van rijkdom, op basis van collectieve bijdragen – en die financieel houdbaar is. Toegankelijkheid, kwaliteit en financiële houdbaarheid vormen dus **één geheel**. Bovendien is een van de sleutels tot de ontwikkeling en de hervorming van de stelsels hun vermogen om een **doeltreffend beheer te voeren dat steunt op de betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de betrokken actoren – met inbegrip van de sociale partners, de regionale en lokale autoriteiten, de patiënten en de civiele samenleving – en de coördinatie tussen zorgverleners, financiële instellingen, ngo’s en overheid**. Op Europees niveau is het wenselijk dat de sectorale sociale partners een concrete bijdrage leveren tot de hervormingsinspanningen.

Op basis van de in maart 2002 door de Europese Raad van Barcelona goedgekeurde richtsnoeren en het in maart 2003 door de Commissie en de Raad goedgekeurde *Gezamenlijk verslag* stelt de Commissie dus de volgende gemeenschappelijke doelstellingen voor ter ondersteuning van de ontwikkeling van de stelsels in de uitgebreide Unie.

#### 3.1. De toegang tot zorg verzekeren: universaliteit, billijkheid, solidariteit

Een groot succes van de Europese zorgstelsels is dat zij hoogwaardige zorg voor iedereen toegankelijk hebben gemaakt. Zij moeten het risico van armoede of sociale uitsluiting ten gevolge van ziekte, een ongeval of een hoge leeftijd, blijven voorkomen, zowel voor de zorgontvangenden als voor hun familie. De universaliteit van de dekking moet gebaseerd zijn op solidariteit, voor elk stelsel op eigen wijze. Die solidariteit moet in het bijzonder ten goede komen aan mensen met een laag inkomen en mensen met een gezondheidstoestand die uitgebreide, langdurige of dure zorg vergt, met inbegrip van palliatieve zorg en stervensbegeleiding. Voor bepaalde groepen of individuen bestaan er echter specifieke moeilijkheden met de toegang tot die zorg, die hun sociale en arbeidsinzetbaarheid in gevaar brengen. Bovendien



brengen verschillen in de regionale verdeling van het zorgaanbod of een aanbod dat ontoereikend is voor de behoeften, abnormaal lange wachttijden voor de toegang tot zorg met zich mee. Moeilijkheden bij het werven en managen van bepaalde werknemers hebben soortgelijke gevolgen. De zorgstelsels moeten dus een toereikend zorgaanbod ontwikkelen dat is afgestemd op de behoeften van de bevolking.

### **Doelstellingen:**

***Toegang tot hoogwaardige zorg waarborgen, gebaseerd op de principes van universaliteit, billijkheid en solidariteit.***

***Het risico voorkomen van armoede of sociale uitsluiting ten gevolge van ziekte, een ongeval, een handicap of zorgbehoeften als gevolg van een hoge leeftijd, zowel voor de zorgontvangers als voor hun familie.***

De lidstaten komen in het bijzonder, naar gelang van de specifieke kenmerken van hun eigen systeem, overeen:

- de totale bevolking zorg van goede kwaliteit aan te bieden, afgestemd op hun behoeften. Daarbij moet bijzondere aandacht worden besteed aan personen die langdurige of dure zorg behoeven, aan personen en groepen die bijzondere problemen hebben met de toegang, zoals etnische minderheden, migranten en mensen met een laag inkomen;
- de financiële en fysieke toegankelijkheid van de zorgstelsels voor gehandicapten te waarborgen;
- een aangepaste zorg aan te bieden aan ouderen, met name dankzij een verbeterde samenwerking tussen sociale bijstand, eerstelijnszorg, ziekenhuisdiensten en gespecialiseerde instellingen;
- voorzieningen voor palliatieve zorg en stervensbegeleiding te bevorderen;
- waar nodig de regionale verschillen in het zorgaanbod te reduceren;
- indien nodig aangepaste structuren te ontwikkelen, voorzien van gekwalificeerd personeel, om het aanbod te vergroten en de wachttijden voor behandelingen te verkorten, in het bijzonder wanneer deze wachttijden bezwaren opleveren voor de gezondheid en de kwaliteit van leven van de patiënten. In het kader van het economische en sociale cohesiebeleid kan steun worden verleend aan de ontwikkeling van infrastructuur, met name die van ziekenhuizen: de bevoegde instanties voor de structuurfondsen, met name EFRO en de cohesiefondsen, moeten onderzoeken hoe die steun ten volle kan worden benut in de in aanmerking komende regio's;
- een beheer van human resources te bevorderen dat het mogelijk maakt de gevolgen van de vergrijzing in de zorgsector en de langdurige zorg te ondervangen, en met name tekorten aan bepaald personeel te voorkomen of weg te nemen, dankzij voldoende investeringen in initiële opleidingen en bijscholing en de verbetering van de kwaliteit van de banen, met inbegrip van de gezondheid en de veiligheid op het werk. De bijdrage van het Europees Sociaal Fonds dient in

dit kader volledig te worden benut. De mededeling over de mobiliteit van patiënten vult deze doelstelling ook aan met het voorstel de grensoverschrijdende mobiliteit van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg te bevorderen en de kennis van de betrokken stromen te verbeteren;

- bij al deze maatregelen rekening te houden met specifieke problemen die mannen en vrouwen kunnen ondervinden, met name in het beleid ten aanzien van het beheer van human resources en de bevordering van de kwaliteit van banen.

### **3.2. De kwaliteit van de zorg bevorderen**

Zowel toegankelijkheid als kwaliteit bieden, moet een hoofddoelstelling van de Europese stelsels blijven. Het realiseren van deze doelstelling is tegenwoordig echter veel complexer dan toen deze stelsels werden opgezet, en wel door twee belangrijke oorzaken:

- De invloed van de technische vooruitgang blijft onzeker, vooral in de context van een vergrijzende samenleving. De technische vooruitgang kan immers de doeltreffendheid van het zorgstelsel verbeteren, de kans op een langer leven in goede gezondheid doen toenemen en de kosten verhogen, met name van nieuwe medicijnen. Voorts heeft het hogere opleidingsniveau, vooral van de babyboomers die nu met pensioen beginnen te gaan, dezelfde mogelijke effecten: dit niveau is bevorderlijk voor een gezonder gedrag en preventie, maar doet ook de vraag naar met name vernieuwende zorg toenemen;
- Het zorgaanbod is tegenwoordig rijker, gevarieerder en complexer dan bij het opzetten van de zorgstelsels. De algemene middelen die in de gezondheidszorg worden geïnvesteerd, weerspiegelen een politieke keuze, en die investeringen hebben op de lange termijn een positief effect op de economie. In een situatie van beperkte overheidsmiddelen heeft een investering in ongeacht welke sector echter onvermijdelijk gevolgen voor andere sectoren<sup>21</sup>. De middelen, grotendeels van de overheid, die worden geïnvesteerd in de volksgezondheid moeten dus zo efficiënt en doeltreffend mogelijk worden gebruikt met het oog op de verbetering van de volksgezondheid.

Deze ontwikkelingen, die door de vergrijzing worden versterkt, zullen ons er steeds meer toe dwingen de werkelijke kwaliteit en het werkelijke nut van de beschikbare medicijnen, behandelingen of wijzen van zorg voor individuen en voor de volksgezondheid te onderzoeken. Dat vereist een preventieve benadering, die het mogelijk maakt het totale “welzijn” te verbeteren, en een doeltreffend beheer van het zorgstelsel, gebaseerd op een betere coördinatie tussen alle actoren en de stimulering van hun eigen verantwoordelijkheid bij het beheer van de middelen en het zorgaanbod.

---

<sup>21</sup> Volgens *OECD-Healthcare 1996* stijgen de uitgaven in de gezondheidszorg met 0,5% als de rijkdom een stijging kent van 1%. Bovendien zou het “spontane” effect van de vergrijzing volgens in 2001 gepubliceerd onderzoek van het Comité voor de economische politiek van de Unie kunnen leiden tot een toename van de overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg en de langdurige zorg met 1,7 tot 4 punten van het BBP.

### **Doelstelling:**

#### ***Kwaliteitszorg bevorderen om de gezondheidstoestand en de levenskwaliteit van personen te verbeteren.***

De lidstaten moeten in het bijzonder, en naar gelang van de specifieke kenmerken van hun eigen systeem, toezien op:

- de bevordering van de praktijken en behandelingen die een doeltreffende uitwerking hebben op de gezondheid en de levenskwaliteit, op basis van het nodige wetenschappelijke onderzoek. De kosten en baten van medicijnen, materieel en behandelingen moeten worden geëvalueerd naar gelang van de procedures van de betrokken nationale stelsels, waarbij een Europese samenwerking op dat vlak wordt ontwikkeld;
- de integratie van de genderdimensie bij het vaststellen van beleid op het gebied van preventie en gezondheidszorg, om beter rekening te houden met de specifieke problemen van mannen en vrouwen en de doeltreffendheid van de zorg te verbeteren;
- het waarborgen van een hoog niveau van initiële opleiding en bijscholing van beroepsbeoefenaren, in het kader van levenslang leren;
- de ontwikkeling van beleid inzake gezondheid en veiligheid op het werk dat op risicopreventie is gebaseerd en het mogelijk maakt banen van een betere kwaliteit te garanderen voor alle werknemers, in het bijzonder ouder wordende werknemers, om bij te dragen tot de daling van de voortijdige sterfte (vóór 65 jaar) en de toegenomen levensduur in goede gezondheid;
- de toewijzing van financiële middelen en mensen aan de regio's, de diensten en de verschillende soorten zorg naar gelang van de daadwerkelijke behoeften, op een wijze die leidt tot de grootst mogelijke impact voor de gezondheid en de kwaliteit van leven van de afnemers. De mededeling over de mobiliteit van patiënten vult deze doelstelling aan met het voorstel "referentiecentra" in kaart te brengen en hun opname in een netwerk te bevorderen;
- de bevordering van een beheer dat de stelsels beter instaat stelt zich aan de behoeften aan te passen, in het bijzonder door een doeltreffende coördinatie tussen de betrokken actoren (overheidsbegroting, verzekeraars, beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, ziekenhuizen, instanties voor preventie, met inbegrip van onderwijsinstellingen, regionale en lokale autoriteiten die betrokken zijn bij de gezondheidszorgstelsels, patiënten en burgers);
- de vaststelling van de rechten van patiënten en hun familie en van de rol van de civiele samenleving. De mededeling over de mobiliteit van patiënten vult deze doelstelling aan met het voorstel de beschikbare informatie op het gebied van rechten van individuen en Europese en nationale regels inzake zorgverlening te verzamelen en te verbeteren.

### 3.3. De financiële houdbaarheid van toegankelijke kwaliteitszorg garanderen

Het blijven aanbieden van toegankelijke kwaliteitszorg, zonder dat dit ten koste gaat van de financiering van andere sectoren of prioritair beleid, is een belangrijke opgave voor alle lidstaten, zowel de huidige als de nieuwe. Zij worden geconfronteerd met de noodzaak een adequate financiering van hun zorgstelsel te waarborgen, opdat dat hoogwaardige diensten levert en zich tegelijkertijd aanpast aan nieuwe behoeften, met name die welke voortvloeien uit de vergrijzing, en de technische vooruitgang. Een belangrijk deel van de uitgaven in de gezondheidszorg voor ouderen wordt gefinancierd uit de overheidsbegroting, die aan de eisen van het stabiliteits- en groeipact moet voldoen. Om ervoor te zorgen dat er voldoende overheidsmiddelen ter beschikking zijn om te voldoen aan de behoeften van het zorgstelsel, is het onvermijdelijk dat de lidstaten een gezonde en duurzame begrotingssituatie kennen. De versnelde vermindering van de overheidsschuld en de toename van de werkgelegenheid vormen belangrijke middelen die kunnen bijdragen aan de houdbaarheid van de overheidsfinanciën.

In dat kader stellen de lidstaten sinds lange tijd maatregelen of hervormingen in die zijn bedoeld om het financiële evenwicht van deze stelsels te waarborgen, en die gebaseerd zijn op verscheidene instrumenten: de vergoedingspercentages, om de eigen verantwoordelijkheid voor de vraag te stimuleren of de vraag bij te sturen; de prijzen en omvang van de verrichtingen, om bepaalde producten of voorschriften te controleren; het vaststellen van begrotingen, in het bijzonder in de ziekenhuissector; de ontwikkeling van stuursinstrumenten op basis van doelstellingen in de gezondheidszorg, de verkregen resultaten en de behandelde ziekten, en een toegenomen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren en de financiers bij het beheer van de middelen; het vaststellen van nieuwe evenwichten tussen de verschillende mogelijke financieringswijzen, met name met het doel de verantwoordelijkheid van de betrokken actoren te vergroten. Er bestaat geen pasklare oplossing voor deze uitdaging; het onderzoek naar de financiële houdbaarheid moet dus verder worden verricht op basis van een combinatie van deze verschillende instrumenten.

Over het algemeen moeten de lidstaten passende maatregelen treffen om een gezond beheer van de publieke financiering van de gezondheidszorg en de langdurige zorg te waarborgen, en zich concentreren op de noodzaak om de kwaliteit en de doeltreffendheid van de overheidsuitgaven te verbeteren.

#### **Doelstelling:**

***De financiële houdbaarheid op de lange termijn van voor iedereen toegankelijke hoogwaardige zorg waarborgen.***

De lidstaten moeten in het bijzonder, en naar gelang van de specifieke kenmerken van hun eigen systeem, toezien op:

- de ontwikkeling van preventief en adviserend beleid aan het begin van zorgketen, waarmee de toevlucht tot uitgebreide verzorging, in het bijzonder ziekenhuisverpleging en intensieve zorg, kan worden gereduceerd, en met het oog daarop de verbetering van de coördinatie tussen de verschillende zorgverleners (eerstelijnszorg, ziekenhuizen, lokale sociale instellingen). Deze doelstelling vormt derhalve een aanvulling op de in het kader van het communautaire

actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid<sup>22</sup> ondernomen actie, die de preventieve stappen met het oog op de verbetering van de gezondheidstoestand en de vermindering van de toekomstige uitgaven voor de gezondheidszorg ondersteunt;

- het realiseren van een draagbaar tempo van ontwikkeling van de uitgaven, door middel van maatregelen die zijn aangepast aan de situatie en de specifieke kenmerken van elk stelsel, bijvoorbeeld specifieke stimulerende maatregelen voor de zorgverleners en de patiënten, of maatregelen ter bevordering van nieuwe behandelingen of nieuwe producten die dezelfde kwaliteit bieden voor een lagere prijs;
- het waarborgen van een adequate financiering van het stelsel, om te voldoen aan de nieuwe behoeften in verband met de vergrijzing, de maatschappelijke ontwikkelingen en de technische vooruitgang;
- een zorgaanbod met een optimale kosten/batenverhouding, dankzij met name een evaluatie van de daadwerkelijke bijdrage van medicijnen, procedures of manieren van zorgverlening voor de gezondheid, en dankzij een financiering die is gebaseerd op de werkelijke activiteit en behoeften;
- de verbetering van de doeltreffendheid van het systeem, dankzij met name decentralisatie, het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid en het betrekken van de verschillende actoren (lokale en regionale overheidsinstanties, socialezekerheidsinstellingen en andere financiers, beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en ziekenhuizen, patiënten) bij het beheer van de middelen en het zorgaanbod.

#### **4. DE VOLGENDE FASES**

De organisatie en de wijzen van financiering van de gezondheidszorgsector en de zorgverlening aan ouderen vallen voornamelijk onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten, die bij de uitoefening van deze verantwoordelijkheid de in het Verdrag vastgestelde vrijheden en regels in acht moeten nemen. De meerwaarde van de “open coördinatiemethode” is dus de mogelijkheid om de gemeenschappelijke uitdagingen in kaart te brengen en de hervormingsinspanningen van de lidstaten te steunen.

Op basis van deze mededeling is het wenselijk in 2004 tot overeenstemming te komen over de “gemeenschappelijke doelstellingen”. De lidstaten, met inbegrip van de toetredende landen, moeten voor de volgende voorjaarstop in maart 2005 “inleidende verslagen” indienen, met een uiteenzetting van de uitdagingen waarvoor hun stelsels zich op nationaal niveau gesteld zien, de lopende hervormingen en de beleidsvoornemens op middellange termijn. Deze verslagen moeten statistische gegevens en eventueel ook met cijfers onderbouwde doelstellingen bevatten. In deze beginfase gaat het noodzakelijkerwijs om korte verslagen.

---

<sup>22</sup> 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) – Verklaringen van de Commissie, PB L 271 van 9.10.2002.

Vervolgens zal de Commissie deze verslagen analyseren om rekening te houden met het oordeel en de bijdrage van de lidstaten bij het vaststellen van de “gemeenschappelijke doelstellingen” van het “gestroomlijnde” socialebeschermingsproces. Deze “stroomlijning” moet in 2006 leiden tot een eerste reeks “strategieën voor ontwikkeling en hervorming” van de gezondheidszorg en langdurige zorg voor de periode 2006-2009. De conclusies van het onderzoek naar die strategieën zullen worden gepresenteerd in het *Gezamenlijk verslag inzake sociale bescherming en sociale integratie* van 2007.

Rekening houdend met de verscheidenheid aan thema's en uitdagingen die in de “gemeenschappelijke doelstellingen” aan bod komen, moeten het Comité voor sociale bescherming en de andere bevoegde instanties (het Comité voor de werkgelegenheid, het Comité voor de economische politiek en de toekomstige *Groep op hoog niveau voor gezondheidszorg en medische zorg* die de Commissie gelijktijdig zal oprichten) nauwe samenwerkingsverbanden opzetten, met onder andere een werkprogramma waarin de onderwerpen worden genoemd die voor elk van hen relevant zijn.

Wat de indicatoren betreft, stelt de Commissie voor in 2004 te beginnen met het in kaart brengen van mogelijke indicatoren voor deze doelstellingen; de “tussentijdse verslagen” van het voorjaar 2005 zullen daartoe bijdragen met een presentatie van de nationale gegevens. Daarmee zal het mogelijk zijn een eerste vergelijkende tabel op te stellen van de verschillende nationale situaties en de vooruitgang te meten aan de hand van de genoemde doelstellingen. Deze werkzaamheden moeten gebaseerd zijn op de acties die sinds enkele jaren worden ondernomen in het kader van het actieprogramma voor gezondheidsmonitoring<sup>23</sup> en het programma op het gebied van de volksgezondheid met het oog het opzetten van een prototype voor het toekomstige communautaire systeem voor gezondheidsmonitoring. Ze moeten ook gebaseerd zijn op de werkzaamheden van Eurostat met betrekking tot gezondheidsstatistiek. Ten slotte zal ook moeten worden samengewerkt met internationale organisaties zoals de OESO en de WHO.

---

<sup>23</sup>

Besluit Nr. 1400/97/EG van het Europees Parlement en de Raad van 30 juni 1997 tot vaststelling van een communautair actieprogramma voor gezondheidsmonitoring in het kader van de actie op het gebied van de volksgezondheid (1997-2001), PB L 193 van 22.7.1997.