

Vergaderjaar 2010–2011

21 501-31

Raad voor de Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken

Nr. 235

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 maart 2011

Mede op uw verzoek bericht ik u hierbij over de laatste stand van zaken bij de behandeling in Brussel van de EU richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg.

In de maanden november en december 2010 hebben de laatste onderhandelingen plaatsgevonden in de Europese Raad en het Europees Parlement. Dit gebeurde in het kader van de normale wetgevingsprocedure, ook wel medebeslissingsprocedure genoemd, waarbij het Europees Parlement en de Raad het eens dienen te worden over de definitieve tekst van het voorstel. Deze onderhandelingen hebben ertoe geleid dat de gevolmachtigd ministers in de Corepervergadering van 21 december 2010 hun akkoord hebben kunnen geven aan het compromis dat tussen Raad en Europees Parlement was overeengekomen. Het Europees Parlement heeft op 19 januari 2011 haar instemming verleend.

Met dit akkoord in tweede lezing is nu de weg vrijgemaakt voor de definitieve vaststelling van de tekst van de betreffende EU richtlijn in de Europese Raad. Dit heeft inmiddels op 28 februari 2011 plaatsgevonden. Na deze vaststelling zal de EU richtlijn worden gepubliceerd in het EU Publicatieblad. Twintig dagen na de datum van deze publicatie zal de termijn van 30 maanden beginnen waarbinnen de 27 lidstaten deze EU richtlijn, voor zover nodig, moeten omzetten in nationale wetgeving.

Hiermee komt een eind aan een periode van tweeënhalf jaar van intensieve en complexe onderhandelingen, gericht op het codificeren van de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie (Hof) over de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg.

De reden dat de onderhandelingen intensief en complex waren lag in het feit dat gezondheidszorgstelsels in de 27 lidstaten van de EU nogal verschillen: privaat of publiek systeem, premiefinanciering of belastingfinanciering, dominante rol of meer terughoudende rol van de overheid,

etc. Dat maakte dat steeds compromissen gezocht moesten worden die aanvaardbaar waren voor (een gekwalificeerde meerderheid van) 27 lidstaten enerzijds, en het Europees Parlement anderzijds.

De onderhandelingen tussen de Raad en het Europees Parlement waren met name lastig omdat het Europees Parlement zich concentreerde op de rechten van de patiënt en minder op de gevolgen voor de houdbaarheid van de bestaande gezondheidszorgsystemen in de lidstaten terwijl dat bij de lidstaten andersom was.

Achtergrond

In het EU Verdrag is vastgelegd dat de lidstaten zelf primair verantwoordelijk en bevoegd zijn voor financiering, organisatie en inrichting van de gezondheidszorg. Dat was zo en dat blijft zo, ook na vaststelling van deze EU richtlijn. Dat laat echter onverlet dat Unieburgers met een beroep op het «vrij verkeer van personen in de EU», zoals vastgelegd in EU wetgeving betreffende de interne markt, het recht hebben op vergoeding van zorg ingeroepen in andere lidstaten.

Het afgelopen decennium is door het Hof hierover jurisprudentie gevormd. Nederland heeft die jurisprudentie al gecodificeerd in de Zorgverzekeringswet. Andere lidstaten voldoen in veel mindere mate aan de jurisprudentie over rechten van de patiënten bij grensoverschrijdende zorg.

Met de EU Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg is de Europese jurisprudentie van de afgelopen jaren nu ook op EU niveau gecodificeerd.

Daar de Nederlandse wetgeving al voldeed aan deze jurisprudentie, was het in de onderhandelingen voor Nederland vooral van belang dat het al gedane «huiswerk» in de Zorgverzekeringswet niet voor niets zou zijn geweest. De Nederlandse inzet was gericht op het voorkomen van ingrijpende wijzigingen in de zorgstelselwetgeving en is hierin succesvol geweest.

Inhoud

Het richtlijnvoorstel regelt onder meer de volgende zaken:

- Unieburgers hebben recht op vergoeding van kosten voor gezondheidszorg ontvangen in een andere EU-lidstaat («grensoverschrijdende gezondheidszorg»). Lidstaten blijven zelf bepalen wat er in het verzekerde pakket zit en tot welk niveau wordt vergoed. De vergoeding voor in een andere lidstaat verkregen zorg is maximaal gelijk aan de vergoeding die voor zorg geleverd in de eigen lidstaat zou worden vergoed. Lidstaten mogen eisen dat een burger in bepaalde gevallen voorafgaande toestemming vraagt.

Dit is veruit het meest ingrijpende deel van het voorstel. Implementatie is voor Nederland niet nodig, Nederland voldoet al aan deze eisen.

- De EU richtlijn biedt de lidstaten nadrukkelijk de mogelijkheid om bepaalde meerkosten voor grensoverschrijdende zorg (zoals reiskosten) wel te vergoeden, ook al is dit niet verplicht. Het kan zijn dat dan per saldo meer wordt uitgekeerd dan wanneer de gezondheidszorg in eigen land genoten zou zijn.

De Nederlandse inzet is er tijdens de onderhandelingen op gericht geweest dat dit niet verplicht wordt. Nederland wil hier geen gebruik van maken, om te voorkomen dat patiënten voor gezondheidszorg over de grens kiezen terwijl ze wellicht liever in eigen land zouden blijven.

- De richtlijn biedt de lidstaten ook de mogelijkheid om op vrijwillige basis een systeem op te zetten waarbij patiënten vooraf schriftelijk bevestigd krijgen tot welk bedrag zij kosten voor grensoverschrijdende zorg vergoed krijgen.

Hier is de Nederlandse inzet in de onderhandelingen gericht geweest op het facultatieve karakter van een dergelijk systeem, onder meer vanwege het beheersen van de administratieve lastendruk.

- Lidstaten openen Nationale Contactpunten waar patiënten uit de eigen lidstaat en uit andere lidstaten informatie kunnen inwinnen over onder meer de kosten en de kwaliteit van zorg in de gehele EU. Ook dient de patiënt erop geattendeerd te worden welke route voor hem of haar voordeliger is: vergoeding op basis van het richtlijnvoorstel of op basis van de al bestaande Europese sociale zekerheidsverordening (Verordening nr. 883/2004).

De rol en de inrichting van het Nationaal Contactpunt moet nog nader worden uitgewerkt. De richtlijn gaat ervan uit dat zowel zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties hier een rol in spelen.

- Erkenning van voorgeschreven recepten uit andere EU lidstaten.
Op recepten moeten onder andere de contactgegevens staan van degene die het recept heeft uitgeschreven, zodat bij vragen contact opgenomen kan worden.
- Er komen Europese referentienetwerken. Daarbinnen kunnen zorgverleners en expertisecentra kennis uitwisselen, vooral op het gebied van zeldzame ziekten.
Aansluiting bij het netwerk is niet verplicht. Echter, wanneer een lidstaat zich aansluit, is het niet meer vrijblijvend.
- Samenwerking op gebied van e-gezondheidszorg en «health technology assessment» zal door de Unie worden gefaciliteerd. Vooral het element «interoperabiliteit» is hierbij van belang.
Nederland zal deelnemen in het EU-uitvoeringscomité dat hiertoe wordt opgezet.

Omzetting in nationale wetgeving

Op grond van een eerste analyse van de EU richtlijn hoeft er voorlopig weinig tot geen nationale wetgeving aangepast te worden in verband met de vaststelling van deze richtlijn. De komende maanden wordt een nadere analyse gemaakt. Mogelijk blijkt dat nog een enkele (technische) aanpassing nodig is.

Inzet en resultaat

Van begin af aan is de Nederlandse inzet in de onderhandelingen in Brussel primair gericht geweest op het respecteren van de principes van subsidiariteit en proportionaliteit. Nederland heeft zelfs meerdere keren uitgedragen dat deze richtlijn voor Nederland niet nodig was, omdat Nederland haar codificatie van de jurisprudentie reeds had gedaan. Tegelijkertijd heeft Nederland begrip getoond voor het feit dat een overgrote meerderheid van de 27 EU lidstaten het voorstel van de Europese Commissie verwelkomde als aansporing om de codificatie van de relevante jurisprudentie in hun land daadwerkelijk aan te vatten. Verder heeft Nederland er steeds voor gepleit dat de EU richtlijn vooral bedoeld moet zijn om de jurisprudentie van het Hof betreffende «planbare» grensoverschrijdende zorg te codificeren, zodat er meer duidelijkheid en rechtszekerheid komt voor de individuele patiënt, de verzekeraar, de zorgaanbieder en de overheid. Voorts dienden verworvenheden van de Zorgverzekeringswet (2006) behouden te blijven (bijvoorbeeld gereguleerde marktwerking in de zorg, mogelijkheden van gecontracteerde zorg, geen onderscheid privaat/publiek, etc.). Patiënten die er voor kiezen over de grens hun medische behandeling te zoeken, moeten bovendien niet meer rechten krijgen dan die patiënten die zich in eigen land laten behandelen.

Alles overziende, is de inzet van Nederland gerealiseerd. Het resultaat van de onderhandelingen bevestigt dat de codificatie van de jurisprudentie in de Zorgverzekeringswet «EU proof» is. Er is meer duidelijkheid en rechtszekerheid gekomen voor betrokken partijen over vergoedingen bij grensoverschrijdende zorg. De patiënt weet nu beter waar hij of zij aan toe is. De lidstaten hebben hun verantwoordelijkheid opgepakt, zodat niet langer van geval tot geval de Europese rechter moet beslissen over wat de rechten van betrokken partijen zijn bij vergoedingen van grensoverschrijdende zorg. De lidstaten kunnen over die rechten duidelijkheid en rechtszekerheid verschaffen door de richtlijn in de nationale wetgeving om te zetten.

Of dit alles voldoende zal blijken te zijn om toekomstige jurisprudentie hierover te voorkomen, moet worden afgewacht. Zoals gezegd, zijn er nog al wat compromissen gesloten om sommige lidstaten aan boord te houden. Langdurige zorg is bijvoorbeeld uitgezonderd van de werkingssfeer van deze EU richtlijn, omdat het onmogelijk bleek met 27 lidstaten een gemeenschappelijke definitie te vinden voor langdurige zorg vanwege de zeer diverse praktijk van langdurige zorg in de EU. Toch zijn er in de jurisprudentie van het Hof aanwijzingen dat het Hof geen uitzondering voor langdurige zorg maakt. De tijd zal het leren.

Voor de Nederlandse verzekerde zal er niet veel veranderen met de komst van deze nieuwe EU richtlijn. Immers, met de Zorgverzekeringswet heeft Nederland reeds de codificatieslag gemaakt die nu in de EU richtlijn is opgenomen.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers