

2.42 Bij de omzetting van de richtlijn dient te worden gewaarborgd dat de organisaties hun huidige taken onbepaald kunnen blijven uitvoeren. Op grond van verplichte-lidmaatschapsregelingen moeten verleners die zich in een andere lidstaat willen vestigen zich direct tot de aldaar bevoegde beroepsorganisaties wenden. Bij de instelling en aanwijzing van het ene loket dient dan ook rekening te worden gehouden met de bestaande bevoegdheids- en taakverdeling.

2.43 Het Comité ziet in dit verband nieuwe uitdagingen en taken voor de organisaties opdoemen en denkt daarbij met

name aan de functie van één loket en het opstellen van nieuwe gedragscodes op Europees niveau.

2.44 Het roept de lidstaten, de nationale, regionale en lokale lichamen, alsook alle andere betrokkenen daarom ertoe op, zich tijdig op de met de richtlijn gepaard gaande uitdagingen voor te bereiden.

2.45 Ten slotte pleit het ervoor dat men zich niet door defensieve overwegingen laat leiden, maar juist de kansen grijpt die zich voor de burgers en dienstverrichters in de lidstaten en ook voor de interne markt zullen aandienen.

Brussel, 30 september 2004

De voorzitter
van het Comité van de Regio's
Peter STRAUB

Advies van het Comité van de Regio's over de 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” en de 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””

(2005/C 43/07)

HET COMITÉ VAN DE REGIO'S,

GEZIEN de mededelingen 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” (COM(2004) 301 def.) en „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”” (COM(2004) 304 def.);

GEZIEN het besluit van de Europese Commissie van 20 april 2004 om het Comité overeenkomstig artikel 265, lid 1, van het EG-Verdrag te raadplegen;

GEZIEN het besluit van zijn voorzitter van 5 april 2004 om de commissie „Economisch en sociaal beleid” met de voorbereidende werkzaamheden te belasten;

GEZIEN de mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's over de gezondheidsstrategie van de Europese Gemeenschap en het „Voorstel voor een besluit van het Europees Parlement en de Raad tot vaststelling van een communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2001-2006)” (COM (2000) 285 def.);

GEZIEN mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's „De sociale dimensie van de strategie van Lissabon versterken: de open coördinatie stroomlijnen op het gebied van de sociale bescherming” (COM(2003) 261 def.);

GEZIEN de mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's „De toekomst van de gezondheidszorg en de ouderenzorg: de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid waarborgen” (COM(2001) 723 def.);

GEZIEN het voorstel van de Commissie voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende diensten op de interne markt (COM(2004) 2 def.);

GEZIEN het op 9 december 2003 ingediende verslag „Denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie“;

GEZIEN zijn op 6 juli 2004 door de commissie „Economisch en sociaal beleid” goedgekeurde ontwerpadvies (CDR 153/2004 rev. 1) (rapporteur: mevrouw **Nielsen**, lid van het provinciebestuur van Århus (DK/PES);

heeft tijdens zijn op 29 en 30 september 2004 gehouden 56e zitting (vergadering van 30 september) het volgende advies goedgekeurd:

1. Algemene opmerkingen en aanbevelingen van het Comité

1.1 De twee Commissiemededelingen, „Follow-up van het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie” en „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'”, vormen samen een overkoepelende strategie om een gemeenschappelijke visie voor de gezondheidszorg- en socialezekerheidsstelsels in Europa te ontwikkelen. Zij moeten daarom in onderlinge samenhang worden gezien en het Comité dringt erop aan dat de initiatieven en processen die in de twee mededelingen worden voorgesteld, op elkaar worden afgestemd.

1.2 Deze Europese strategie mag er niet toe leiden dat de EU meer bevoegdheden krijgt op het gebied van de gezondheidszorg. Harmonisatiepogingen of ondoorzichtige regelgevingsinitiatieven zijn eveneens uit den boze. De gezondheidszorg, inclusief de organisatie en de financiering daarvan, valt onder de bevoegdheden en de verantwoordelijkheid van de lidstaten en dat moet zo blijven; het subsidiariteitsbeginsel dient in acht te worden genomen.

1.3 In veel lidstaten ligt de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg en de zorgsector bij de regionale en lokale overheden. Het Comité van de Regio's wenst dan ook - evenals de betrokken bevoegde regio's - betrokken te worden bij en bij te dragen aan de ontwikkeling van de Europese strategie op het gebied van de gezondheidszorg en dient invloed op dit proces uit te kunnen oefenen. Er dient met name rekening te worden gehouden met de standpunten van het Comité over besluiten en initiatieven die betrekking hebben op de taken en bevoegdheden van de regionale en lokale overheden op het vlak van gezondheidszorg en zorgsector.

1.4 Het Comité gaat ervan uit dat de regionale en lokale overheden worden betrokken bij de uitvoering van de voorgestelde initiatieven, zoals de ontwikkeling van gezondheidsindicatoren en benchmarking. De regionale en lokale overheden moeten dan ook vertegenwoordigd zijn in de Groep op hoog

niveau voor gezondheidszorg en medische zorg, die de Commissie zal bijstaan bij belangrijke zaken als patiënten beter bekend maken met hun rechten en plichten, gezamenlijke benutting van vrije capaciteit en grensoverschrijdende zorg, aanwijzing van Europese referentiecentra en coördinatie van de evaluatie van nieuwe gezondheidstechnologieën. Het Comité dringt er dan ook bij de Commissie op aan ervoor te zorgen dat de regionale en lokale overheden in deze Groep vertegenwoordigd worden.

1.5 De uitdagingen die alle lidstaten te wachten staan op het gebied van de gezondheidszorg kunnen alleen het hoofd worden geboden indien er extra aandacht uitgaat naar de nieuwe lidstaten. Het is noodzakelijk dat de nieuwe lidstaten worden bijgestaan bij het uitwerken van maatregelen voor de gezondheidszorg en het verbeteren van de gezondheidssituatie, zodat de verschillen en ongelijkheden uitgevlakt kunnen worden en uiteindelijk overal in de EU hetzelfde hoge niveau bereikt kan worden. Hiervan dient bewust een prioriteit te worden gemaakt.

Mobiliteit van patiënten en ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg in de EU (COM(2004) 301 def.)

2. Standpunten en aanbevelingen van het Comité

2.1 De Commissie erkent terecht dat de politieke autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor gezondheid, gezondheidszorg en zorgsector een grotere rol moeten krijgen, wil de Gemeenschap bij haar beleid en haar optreden een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid kunnen waarborgen - een eis die in het Verdrag is vastgelegd (artikel 152, lid 1). Het is essentieel dat bij de algemene effectbeoordeling van nieuwe beleidsmaatregelen ook wordt gekeken naar de gevolgen van initiatieven van de Gemeenschap en naar de wisselwerking tussen communautaire voorschriften en de nationale gezondheidszorg en de doelstellingen van het nationale volksgezondheidsbeleid. Aangezien de verantwoordelijkheid voor gezondheid, gezondheidszorg en zorgsector in veel lidstaten bij de regionale en lokale overheden berust, dringt het Comité erop aan dat deze overheden bij een en ander worden betrokken.

2.2 In aansluiting hierop moet er beslist ook duidelijkheid worden verschaft over de implicaties van de in het Gemeenschapsrecht vastgelegde rechten van burgers op toegang tot zorgverlening in andere lidstaten en op vergoeding van medische kosten die in een andere lidstaat zijn gemaakt, zoals beschreven in de voorgestelde richtlijn betreffende diensten op de interne markt en Verordening 1408/71 inzake coördinatie van socialezekerheidsstelsels.

2.3 In bovengenoemd richtlijnvoorstel wordt de gezondheidszorg beschouwd als dienstverlening. Het Comité roept de Commissie in dit verband wel op te voorkomen dat de gezondheidszorg zonder meer wordt overgelaten aan de commerciële markt; er moeten ook criteria gehanteerd worden die zijn gebaseerd op gezondheid, behandelingsverloop en levenskwaliteit van iedere burger.

2.4 Iedere lidstaat heeft het recht de regels vast te stellen inzake de rechten en plichten ten aanzien van de dekking van gezondheidszorg in het kader van zijn socialezekerheidsstelsel en het recht de uiteenlopende voorwaarden vast te stellen waaronder door zijn ziekteverzekeringssysteem prestaties worden verleend. De Commissie dient deze rechten te respecteren bij haar inspanningen om meer en betere informatie te verstrekken over de in het Gemeenschapsrecht vastgelegde rechten van de burgers.

2.5 Het gaat er niet alleen om de in het Gemeenschapsrecht vastgelegde rechten van de burgers te waarborgen en hen hierover te informeren; er moet ook meer worden bekeken hoe een responsief en toegankelijk systeem opgezet kan worden dat alle patiënten in staat stelt daadwerkelijk gebruik te maken van hun rechten en mogelijkheden. Kwetsbare groepen, zoals ouderen zonder sociaal netwerk of patiënten met psychische problemen, moeten ook in staat worden gesteld aanspraak op hun rechten te maken. Daartoe is het onder meer noodzakelijk dat de informatie op de juiste plaats beschikbaar is - daar waar mensen informatie zoeken - en gepaard gaat met deskundig advies en deskundige begeleiding in de lidstaat.

2.6 De initiatieven inzake de gezamenlijke benutting van vrije capaciteit en grensoverschrijdende zorg, alsook de communautaire voorschriften met betrekking tot de erkenning van beroepskwalificaties en de huidige inspanningen ter vereenvoudiging van deze regels mogen niet leiden tot een ondoelmattige verdeling van medisch en ander personeel in de gezondheidszorg tussen de lidstaten, waarvan bijvoorbeeld de nieuwe lidstaten de dupe zouden worden.

2.7 De Commissie hecht terecht belang aan een gestructureerde overkoepelende evaluatie van gezondheidstechnologie, die een solide basis kan vormen voor evaluatie en documentatie met betrekking tot medische apparaten, producten en technieken.

2.8 Een gestructureerde en gecoördineerde samenwerking op Europees niveau om ervaringen uit te wisselen, kennis te verbreiden en onderzoek te verrichten met betrekking tot de ontwikkelingen in gezondheidstechnologie kan de lidstaten een duidelijke meerwaarde bieden.

2.9 Veel van de voorgestelde initiatieven vereisen dat de lidstaten de beste praktijken in kaart brengen en normen vergelijken. Dit kan alleen indien zij toegang hebben tot betrouwbare gegevens en goede informatie. Het kader voor een Europees data- en informatiesysteem moet, zoals de Commissie ook stelt, worden ontwikkeld in samenwerking met andere actoren en worden afgestemd op de desbetreffende initiatieven en werkzaamheden van de OESO en de WHO. Het is aan de lidstaten zelf om op basis van de vergelijkbare gegevens en informatie maatregelen te treffen en nieuwe initiatieven op te zetten.

2.10 De Commissie dient meer te doen om ervoor te zorgen dat de regionale en lokale overheden die verantwoordelijk zijn voor de gezondheidszorg en de zorgsector worden betrokken bij en deelnemen aan de samenwerking op het vlak van gezondheidszorg en medische zorg en worden vertegenwoordigd in de desbetreffende Groep op hoog niveau.

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” (COM(2004) 304 def.)

3. Standpunten en aanbevelingen van het Comité

3.1 Het Comité steunt het doel van deze Commissiemedeeling om door middel van de open coördinatiemethode een gemeenschappelijk kader te ontwikkelen dat de lidstaten moet bijstaan bij hun inspanningen om de in het kader van het socialezekerheidsstelsel verleende gezondheidszorg en langdurige zorg te hervormen en te ontwikkelen.

3.2 Het Comité onderschrijft de drie algemene doelstellingen: toegankelijkheid van de zorg op basis van universaliteit, billijkheid en solidariteit; aanbod van kwaliteitszorg en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

3.3 Een overkoepelend Europees kader en de drie doelstellingen kunnen de lidstaten helpen straks het hoofd te bieden aan de vergrijzing, de aanhoudende problemen rond de ongelijke toegang tot gezondheidszorg en zorgverlening, de slechte afstemming van het aanbod aan kwaliteitsdiensten op de vraag en behoeften van de burgers, en het gebrek aan financieel evenwicht binnen bepaalde stelsels.

3.4 Bij het opstellen van indicatoren en benchmarking-criteria dient de verantwoordelijkheid van de lidstaten voor het aanbod en de organisatie van gezondheidszorg volledig gerespecteerd te worden en dienen de uiteenlopende omstandigheden in de lidstaten in aanmerking genomen te worden. Het is van het grootste belang dat bij het opstellen van deze indicatoren zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van reeds voorhanden gegevens. Als er te veel indicatoren zijn, zal dat op lokaal en regionaal niveau een te grote werkbelasting met zich mee brengen.

3.5 In veel lidstaten is (het beheer van) de gezondheidszorg en zorgverlening in handen van de regionale en lokale overheden; bovendien zijn deze vaak ook eerstverantwoordelijk voor gezondheidseducatie, ziektepreventie en thuiszorg, die nuttig zijn om opname in zorginstellingen te voorkomen of te verminderen. Daarom dienen deze belangrijke actoren overeenkomstig de beginselen van de open coördinatiemethode betrokken te worden bij het opstellen van nationale actieplannen en het vaststellen van indicatoren en benchmarking-criteria.

3.6 De beoogde indicatoren moeten mede betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg, omdat de zgn. „zachte waarden”, zoals de verzorging van bejaarden en verbetering van de levenskwaliteit, moeilijk verwerkt kunnen worden in strikt kwantitatieve indicatoren. Bij de kwaliteit van de gezondheidszorg mag dus niet alleen worden gekeken naar de verhouding tussen kosten en baten, maar ook naar de verschillende verzorgings- en verplegingssituaties.

3.7 Het Comité wijst erop dat ook de uiteenlopende uitgangssituaties van de lidstaten in aanmerking genomen moeten worden bij het opstellen van deze indicatoren en bij de

uitvoering van de benchmarking-criteria in verband met de toepassing van de open coördinatiemethode.

3.8 Het Comité roept de Commissie op haar steun te geven aan de ontwikkeling van netwerken voor de uitwisseling van ervaringen en de verspreiding van goede praktijken - een belangrijk onderdeel van de open coördinatiemethode.

3.9 Het Comité is het met de Commissie eens dat ook aandacht moet uitgaan naar de gevolgen van maatregelen op andere beleidsterreinen voor gezondheid en gezondheidszorg. Een betere coördinatie van de beleidsprocessen op andere terreinen, waaronder het werkgelegenheidsbeleid, is van belang om de algemene doelstellingen te kunnen realiseren. De Commissie gaat dan ook terecht in op de noodzaak om te investeren in de basisvorming en de nascholing van personeel in de gezondheidszorg, uitgaande van het beginsel van levenslang leren, en beleidsmaatregelen voor de gezondheid en de veiligheid op de werkplek uit te werken, om aldus de kwaliteit van de banen te verbeteren. Mogelijk kan zo op termijn meer personeel in de gezondheidszorg worden vastgehouden en hopelijk ook gemakkelijker nieuw personeel worden aange trokken; dit is van belang vanwege de vergrijzing en het stijgende personeelstekort.

3.10 Meer aandacht voor groepen aan de rand van de samenleving, zoals ouderen zonder sociaal netwerk, etnische minderheden en de laagste inkomensgroepen, is essentieel om het doel van een gelijke en universele toegang tot de gezondheidszorg te kunnen realiseren. Ter ondersteuning van de inspanningen van de lidstaten om veranderingen in het zorgstelsel door te voeren, moeten er steuninstrumenten voor deze groepen worden ingesteld, teneinde de ongelijkheid op het gebied van gezondheid terug te dringen. Daarbij moeten alle relevante actoren betrokken en gemobiliseerd worden.

Brussel, 30 september 2004

De voorzitter
van het Comité van de Regio's
Peter STRAUB