

Europa en gezondheid

De strijd tussen nationale regelgeving en het vrije verkeer van personen, goederen en diensten

J. van der Zee *

Europese regelgeving is gericht op het verbreiden van de leer van het onbelemmerde verkeer van personen, goederen en diensten in Europa. Ook sectoren die nadrukkelijk tot het beleidsterrein van de nationale overheden worden gerekend, zoals gezondheidszorg, mogen dit vrije verkeer niet nodeloos belemmeren. Wat onder 'nodeloos' wordt verstaan wordt vaak in juridische procedures bepaald, die soms over schijnbaar triviale zaken als de aankoop van een bril lijken te gaan. In deze bijdrage wordt nagegaan wat de invloed van de bril van Herr Decker en de fysiotherapeutische behandeling van Herr of Frau Kohl kunnen zijn op de gemoedsrust van de Nederlandse Frau Borst.

Trefwoorden: Europese Unie, gezondheids(zorg)beleid, regelgeving, zorgverzekeringen, concurrentie

Fervente Europeanen halen de Verenigde Staten van Amerika vaak als voorbeeld aan. Dat is pas een echte federatie: één taal, één munt, één president. Zó zou het eigenlijk moeten. Daar steken wij, Europeanen, maar armzalig bij af. Eén taal, vergeet het maar! Eén munt, slechts met grote weerzin. In plaats van één president, drie-en-twintig commissarissen.

Toch moeten in de Verenigde Staten van Amerika dokters en advocaten opnieuw examen doen als ze naar een andere staat verhuizen en is er geen groter contrast te vinden in gezondheid, leefgewoonten, regelgeving en belastingheffingen dan tussen de naast elkaar gelegen staten Utah en Nevada (noot 1). Iedereen die in een Washington's hotel wel eens een krant opslaat en naar de advertenties kijkt, moet het opvallen dat aanbiedingen van winkelketens vol staan met kleine lettertjes in de trant van 'inwoners van Maryland moet x% sales tax bij de prijs tellen; deze accijnzen gelden niet in Virginia' enzovoorts, enzovoorts.

Hiermee wil ik maar zeggen dat een groot deel van de hierna beschreven knelpunten en uitdagingen het gevolg zijn van een, vermoedelijk van de Fransen overgenomen, centralistisch bureaucratische regeer-opvatting, die vindt dat de alcohol-accijnzen in Finland en Griekenland niet dan binnen een smalle marge mogen variëren. Dat klinkt niet alleen absurd, dat is het ook, maar het is wel de Europese realiteit.

* J. van der Zee, bijzonder hoogleraar Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Maastricht; algemeen directeur Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), Utrecht

EUROPA EN GEZONDHEID: EEN PARADOX

Er is sprake van een paradox inzake gezondheid en Europa. Aan de ene kant horen - artikel 129 van het Verdrag van Maastricht ten spijt - gezondheidszorg en (sociale) ziektekostenverzekering nadrukkelijk tot het beleid van de lidstaten afzonderlijk en niet tot bevoegdheden van de Europese organen zoals de Raad van Ministers en de Europese Commissie. Anderzijds werken de 'oerbeginse-len' van de Europese Gemeenschap/Unie, zoals een vrij verkeer van personen, goederen en diensten binnen de grenzen van de Unie, ook door in de gezondheidszorg.

Dit geldt des te sterker naarmate een lidstaat meer markt-elementen in de gezondheidszorg en sociale zekerheid toelaat. Zolang, bij wijze van spreken, iedereen verplicht verzekerd is tegen ziektekosten en de territoria van de verzekeraars keurig zijn afgebakend, heeft 'Europa' geen reden om in te grijpen. Laat men echter concurrentie toe tussen verzekeraars, dan geldt het zogenaamde 'non-discriminatie'-beginsel, een belangrijk geloofsartikel in de Europese regelgeving, dat inhoudt dat men goederen en diensten uit het eigen land niet mag bevoordelen boven goederen en diensten uit andere lidstaten van de Unie. /

Maakt men, zoals recentelijk in ons land, een einde aan allerlei kartel-afspraken met de Nieuwe Wet op de Mededinging, dan is er formeel geen reden waarom in de gezondheidszorg vaste tarieven zouden gelden en waarom buitenlandse verzekeraars en zorgaanbieders niet mee zouden mogen dingen naar openbaar aan te besteden contracten. Dat gebeurt niet van de ene dag op de andere; meestal wordt in een dergelijke juridische schemertoestand een (proef)proces aangespannen om een uitspraak van het Europese Hof van Justitie uit te lokken. Is die uitspraak gedaan, dan kan dat vergaande consequenties hebben voor de nationale regelgeving (men denke aan de ingrijpende gevolgen van het Barber-arrest over de man/vrouw-discriminatie in de pensioenverzekeringen).

Op dit moment liggen twee interessante zaken voor het Europese Hof: de zaak Decker vs Assurances Maladie in Luxemburg en de zaak Kohl vs idem, ook in Luxemburg. De eerste verzekerde kocht een bril in België, maar kreeg deze van zijn Luxemburgse verzekeraar niet vergoed. De Heer Decker doet beroep op het non-discriminatiebeginsel onder het argument dat weliswaar zaken van zwaarwegend nationaal belang een uitzondering op het vrije verkeer van goederen en personen kunnen rechtvaardigen, maar dat de grondvesten van de Luxemburgse gezondheidszorg niet aangetast zouden worden als mensen brillen in België zouden aanschaffen. De zaak Kohl gaat niet over een product (een bril) maar over een dienst (de diensten van een in Duitsland gevestigde fysiothera-

peut) en ook hier worden soortgelijke argumenten gehanteerd (noot 2). Met een zekere spanning worden de uitspraken uit Luxemburg afgewacht; ze zouden er al geweest moeten zijn, maar dat is heden (eind maart 1997) nog niet het geval. Er staat nogal wat op het spel. De gezondheidszorg staat bol van de concurrentie-onvriendelijke en keuzevrijheid beperkende regels en afspraken, die bijna zonder uitzondering de nationale producten en diensten boven die uit andere lidstaten bevoordelen.

De neiging om meer 'marktwerking' en concurrentie *binnenlands* toe te laten, leidt vroeger of later tot Europese juridische uitspraken dat in dat geval *buitenlandse* concurrentie niet categorisch uitgesloten mag worden. Misschien dat geaccepteerd wordt dat de nationale overheid het recht heeft om voorzieningen die de kosten van de gezondheidszorg direct en aanmerkelijk beïnvloeden (ziekenhuizen, zware medische apparatuur) planmatig te distribueren en het gebruik er van aan bepaalde beperkingen te binden. Maar voor voorzieningen die buiten deze categorie vallen, zullen beperkingen op een gegeven moment niet meer worden geaccepteerd. Daarvoor staan de artikelen in het oorspronkelijke Verdrag van Rome die het vrije verkeer van goederen en diensten regelen, te centraal in het gezamenlijke en door alle lidstaten geaccepteerde beleid.

DE TOEKOMST?

Het grappige van Europa is dat het concrete beleid per juridische casus wordt bepaald. Pas als het Europese Hof van Justitie uitspraken heeft gedaan, is het duidelijk tot hoever de grondregels van de Europese Verdragen reiken op gebieden die in eerste aanleg tot het domein van de lidstaten zelf behoren.

Als de heren Decker en Kohl (of is het de heer Decker en mevrouw Kohl?) gelijk krijgen, dan kan men bij wijze van spreken blijven wachten op de zaak 'Schreiemacher versus zorgverzekeraar VCZ' (noot 3). Deze wordt aangespannen door een inwoner van de Maastrichtse wijk Belgiëvue die liever een Belgische huisarts heeft dan een Nederlandse, omdat de Belgische dokter bij nacht en ontij, door de week en in het weekend visites maakt, ruimhartig geneesmiddelen voorschrijft en je zijn verwijskaart niet nodig hebt om naar de specialist te gaan. De Belgische rekening wil de Maastrichtenaar wel graag van de Nederlandse zorgverzekeraar vergoed hebben. Sterker

nog: misschien wil hij, de administratieve oorlogvoering beu, zich wel laten overschrijven naar een Belgisch ziekenfonds, ook al valt hij dan onder een minder aantrekkelijk eigen-bijdrage-regime dan in Nederland. Of misschien gaan zorgverzekeraars de klantvriendelijke Belgische huisarts wel als lokkertje gebruiken in de verhevigde concurrentieslag om de gunst van de verzekerde.

Keuzevrijheid en met name de keuzemogelijkheid zonder discriminatie naar land van herkomst (als het tenminste om lidstaten van de Unie gaat) zijn dusdanig belangrijk in de Europese verdragen, dat we ons mentaal moeten gaan instellen op het toelaten ervan in de gezondheidszorg.

We zouden eens moeten bestuderen hoe men dat in Denemarken doet. Daar kan men kiezen tussen twee verzekeringssystemen: één lijkt op ons ziekenfondspakket, met keuzebeperingen maar veelomvattend en zonder eigen bijdragen, en het ander op ons klassieke particuliere systeem, met meer keuzevrijheid (rechtstreeks naar de specialist) en vrij hoge eigen bijdragen. 95% van de Denen kiest voor het eerste systeem en slechts 5% voor het tweede. Misschien toch iets voor Nederland, mits het tweede pakket niet gebruikt kan worden met leeftijdskortingen om jonge en gezonde verzekerden te lokken; dan wordt het eerste systeem volledig uitgehold.

Eerst maar eens goed studeren; Frau Borst heeft het al moeilijk genoeg.

NOTEN

- 1 Een van de mooiste boeken over gezondheid en gezondheidszorg 'Who shall live?; health, economics and social choice' van Victor Fuchs (New York: Basic Books, 1974) gaat over deze twee staten.
- 2 Deze wijsheden ontleen ik aan het werk van de Maastrichtse jurist AP van der Mei. Zie ook: J van der Zee, CC Ros: Houdt Nederland bij Eijsden op? (Medisch Contact 1997;52:10-12); CC Ros, J van der Zee: Grensoverschrijdende zorg (Utrecht: Nivel, 1996).
- 3 Elke gelijkenis met de Nederlandse werkelijkheid berust op toeval en is aan het brein van de auteur ontsproten.

CORRESPONDENTIE-ADRES

Prof.dr J. van der Zee, Nivel, Postbus 1768, 3500 BN Utrecht, tel. 030-2319946
(per 1 juni 1997: tel. 030-2729700).