

Mei 2012

European Social Observatory
deliverable

**Economisch bestuur in
de EU en
gezondheidszorg**



Rita Baeten en Sarah Thomson

www.ose.be

rue Paul Emile Janson 13 / 1050 Bruxelles / tél.: 32 (0)2 537 19 71 / fax: 32 (0)2 539 28 08 / e-mail: info@ose.be

Deze nota is gebaseerd op: Baeten, R. and Thomson, S. (2012), Health care policies: European debate and national reforms. In Natali, D. et Vanhercke, B. (Eds.), *Social developments in the European Union 2011*, ETUI, OSE, Brussels, pp. 187-211.

Ze werd naar het Nederlands vertaald in het kader van een overeenkomst tussen het OSE en het RIZIV voor de jaren 2011-2012.

Inhoudstafel

Economisch bestuur in de EU en gezondheidszorg.....	4
1. De hervorming van de gezondheidszorgstelsels geïntegreerd in het economisch beheer van de EU.....	4
2. De nationale gezondheidsautoriteiten willen invloed uitoefenen op dit proces	8
3. Hervorming van de gezondheidszorg: een coherente benadering van de EU?	10
4. Conclusies	18

Economisch bestuur in de EU en gezondheidszorg

In 2010 en 2011 kregen de overheden van Griekenland, Ierland en Portugal financiële hulp van het IMF (Internationaal Monetair Fonds), van de Europese Commissie en van de Europese Centrale Bank (bekend onder de naam « trojka ») nadat ze zich ertoe hadden verbonden economische aanpassingsprogramma's door te voeren. In het kader van deze overeenkomsten zijn ze verplicht om een hele reeks maatregelen te nemen in de sector van de gezondheidszorg.

De interventies van de trojka liggen in de lijn van andere initiatieven waarmee de EU zich steeds meer bezighoudt met de hervorming van de gezondheidszorg (in alle lidstaten) in het kader van het macro-economisch beleid. Om het bestuur van het economisch beleid te versterken in de nasleep van de financiële crisis die losgebarsten is in 2007, hebben de economische actoren van de EU beleidsinstrumenten uitgewerkt die zich richten op het nationale gezondheidszorgbeleid vanuit het perspectief van de overheidsfinanciën en die de noodzaak benadrukken van een grotere beheersing van de overheidsuitgaven op dit vlak.

Deze evoluties zijn opmerkelijk als we er rekening mee houden dat de lidstaten de gezondheidszorg altijd uit alle macht buiten de bemoeienissen van de EU hebben trachten te houden. De dominerende economische benadering op het niveau van de EU heeft de nationale beleidsmakers op het vlak van gezondheidszorg ertoe gebracht te reageren via de Raad en de nadruk te leggen op het belang van investeringen in de gezondheidszorg en op de bijdrage van de gezondheidszorg om de EU doelen te bereiken.

We zullen analyseren op welke manier aanbevelingen voor de hervorming van de gezondheidszorg een plaats kregen binnen het macro-economisch beleid van de EU, en tevens beschrijven hoe de sociale actoren en de actoren op het vlak van gezondheidszorg op deze gewijzigde benadering hebben gereageerd. Tenslotte bekijken we in meer detail de inhoud van de beleidslijnen van de EU op het vlak van hervorming van de gezondheidszorg en kijken of het mogelijk is om er een duidelijke en coherente gedachtegang in te terug te vinden.

1. De hervorming van de gezondheidszorgstelsels geïntegreerd in het economisch beheer van de EU

De beheersing van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg vormt al geruime tijd een van de thema's van de Europese coördinatie van macro-economisch beleidsmaatregelen. De globale richtsnoeren voor het economisch beleid (BEPG) aangenomen door de ECOFIN Raad (in de context van het Stabyliteits- en groeipact van 1997) hebben de lidstaten telkens aangespoord om hun

gezondheidszorgstelsels te herzien in het licht van een verouderende bevolking. De meest recente richtsnoeren (2010-2014) sporen de lidstaten ertoe aan om de levensvatbaarheid van de overheidsuitgaven te versterken, met name door een hervorming van de uitgaven die samenhangen met leeftijd, op het vlak van pensioenen en gezondheidszorg, en er tevens over te waken dat deze uitgaven financieel draagbaar, maatschappelijk aangepast en toegankelijk zouden zijn (¹). Tot voor kort bleven dit type beleidslijnen van de EU echter algemeen en niet verplicht.

Door de financiële crisis kwamen de overheidsfinanciën van de lidstaten meer onder druk te staan, wat heeft geleid tot vernieuwde inspanningen voor het versterken van de coördinatie van het economische beleid van de lidstaten. Dit omvat een nieuwe werkmethode (het Europees semester voor coördinatie van het economisch beleid), het Euro Plus-pact, en twee wetgevingsprocessen die bekend staan onder de naam "Sixpack" en "Two Pack", evenals de gezamenlijke aanpassingsprogramma's van de EU en het IMF in Griekenland, Ierland en Portugal.

Het Europees semester voor coördinatie van het economisch beleid werd van kracht in 2011 en heeft tot doel er voor te zorgen dat acties betreffende de centrale prioriteiten van het EU beleid gecoördineerd worden. In het kader van het Semester moeten de overheden hun budgetten en andere economische beleidsmaatregelen uitwerken rekening houdend met de prioriteiten die werden overeengekomen door de EU. De EU kan toezicht houden op de nationale budgettaire inspanningen en bepalen welke aanvullende maatregelen op Europees niveau moeten worden genomen. Wanneer de nationale overheden er niet in slagen om de aanbevelingen binnen de opgelegde termijn op te volgen, kan de EU beleidswaarschuwingen sturen en, in fine, de conformiteit van het gevoerde beleid opleggen door middel van aanmoedigingen en sancties.

Het Semester omvat reeds bestaande procedures (zoals de BEPG), maar de timing en de op te volgen procedures zijn strikter. Het budgettaire en structurele beleid van de lidstaten wordt elk jaar onderzocht tijdens een cyclus van zes maanden met als doel optredende incoherenties en onevenwichten op te sporen. De cyclus begint in januari met de publicatie door de Europese Commissie van de Jaarlijkse groeianalyse (AGS) die de communautaire prioriteiten aankondigt voor het stimuleren van de groei en het creëren van werkgelegenheid tijdens het volgende jaar. Na bespreking van de AGS door de Raad en het Europees Parlement, identificeert de lentetop van de Europese Raad de voornaamste economische uitdagingen waarmee de EU wordt geconfronteerd en geeft strategische adviezen over het te voeren beleid.

1. Raad van de Europese Unie (2010), Council recommendation of 13 July 2010 on broad guidelines for the economic policies of the Member States and of the Union (2010/410/EU) en Council Decision of 21 October 2010 on guidelines for the employment policies of the Member States (2010/707/EU), which together form the Europe 2020 integrated guidelines.

In tegenstelling tot wat zou kunnen verwacht worden op basis van de economische conjunctuur en de voorgaande documenten op het vlak van economisch beleid, werd gezondheidszorg niet behandeld in de AGS 2011 ⁽²⁾. Op het einde van 2010 publiceerden de Europese Commissie en het Comité voor de economische politiek (EPC) een gezamenlijk rapport over de gezondheidszorgstelsels (zie hieronder). Dit rapport was een poging om druk uit te oefenen ten gunste van het opnemen van hervormingen in de gezondheidszorg in "Europe 2020" (de groeistrategie van de EU) en het onderwerpen van deze hervormingen aan het macro-economisch toezicht ⁽³⁾. In de conclusies van de ECOFIN-Raad over het gezamenlijk rapport werden de lidstaten en de Commissie uitgenodigd om "rekening te houden met deze resultaten in hun analyse en voorstellen in het kader van de Europa 2020-strategie". Hierdoor werd aan de Commissie het door haar gewenste mandaat gegeven om op dat vlak te kunnen handelen ⁽⁴⁾. Gezondheidszorg werd vervolgens opgenomen in de AGS 2012.

Het Europees Semester integreert eveneens de nationale hervormingsprogramma's (NRP's) en de Stabiliteits- en convergentieprogramma's (SCP's) die de lidstaten elk jaar moesten opstellen in het kader van het Stabiliteits- en groeipact. De lidstaten moeten deze twee documenten voortaan bij de Europese Commissie indienen in de maand april van elk jaar. In juni of juli formuleert de ECOFIN-Raad specifieke aanbevelingen per land over de NRP's en de SCP's. De Raad formuleert ook specifieke aanbevelingen aan de lidstaten waarvan het beleid en de budgetten de vastgestelde doelstellingen niet halen, voordat de budgetten voor het volgende jaar opgesteld zijn zijn ⁽⁵⁾.

In maart 2011 sloten de regeringsleiders van de eurozone en van zes andere lidstaten het Euro Plus-pact af ⁽⁶⁾, dat als doel heeft de economische pijler van de monetaire unie te verstevigen. Het houdt verbintenissen en maatregelen in die zowel meer ambitieus als meer concreet zijn en voorziet in een tijdschema voor de verwezenlijking ervan. De verbintenissen moeten worden opgenomen in de NRP's en de SCP's en worden aan een regelmatige controle onderworpen. Voor de opvolging werd er een belangrijke centrale rol toegewezen aan de Commissie. De regeringsleiders zullen de gemaakte vooruitgang op het vlak van de gemeenschappelijke doelstellingen opvolgen aan de hand van een reeks indicatoren. De landen die met de grootste uitdagingen worden geconfronteerd in een van de betrokken domeinen zullen worden geïdentificeerd en moeten zich ertoe verbinden om er binnen een bepaalde termijn een antwoord op te bieden. Bijzondere aandacht zal worden besteed aan het verbeteren van de

-
2. Europese Commissie (2011), Communication from the Commission 'Annual Growth Survey: Advancing the EU's comprehensive response to the crisis', COM (2011) 11 final. 12 januari 2011.
 3. Interview met de voorzitter van het EPC, 4 Augustus 2011.
 4. Raad van de Europese Unie (2010), Council Conclusions on the EPC-Commission Joint Report on Health Systems in the EU, 3054th Economic and Financial Affairs Council Meeting, Brussels, 7 December 2010.
 5. Raad van de Europese Unie (2010), *Press release*, 3030th Council meeting, Economic and Financial Affairs, PRESS 229, 13161/10, Brussel, 7 september 2010.
 6. Europese Raad (2011), Conclusions - 24/25 March 2011, 20 april 2011, EUCO 10/1/11 REV1.

levensvatbaarheid van de overheidsfinanciën, wat als het belangrijkste doel werd aangewezen. Om dit te bereiken moet in de eerste plaats het financieel evenwicht van de pensioenen, gezondheidszorg en sociale uitkeringen worden versterkt.

Op het einde van het jaar 2011 werd een nieuwe set regels van kracht voor economisch en budgettair toezicht via een versterkt Stabiliteits- en groeipact. Op basis van hetgeen men het Six Pack genoemd heeft, zullen financiële sancties worden opgelegd aan lidstaten van de eurozone die geen gepaste maatregelen nemen. De lidstaten die zich in een "procedure van buitensporige tekorten" (EDP) bevinden (dit zijn op dit ogenblik alle lidstaten met uitzondering van Estland, Finland, Luxemburg en Zweden) moeten, om dit te corrigeren, zich houden aan de landenspecifieke aanbevelingen van de Raad, die door de ministers van financiën worden aangenomen. Wanneer een lidstaat zich hieraan niet houdt, kan de Raad financiële sancties opleggen, op basis van een aanbeveling van de Commissie, behalve indien een gekwalificeerde meerderheid van de lidstaten zich hiertegen verzet - een procedure die maakt dat de toepassing van de regels strikter en meer automatisch gebeurt. Deze nieuwe controle-instrumenten worden ook toegepast in het kader van het Europees Semester.

Een andere reeks reglementen, die eind 2011 door de Commissie werden voorgelegd aan het Europees Parlement en aan de Raad, is uitsluitend bestemd voor de lidstaten van de eurozone. Krachtens dit Two Pack zal de Commissie analyseren of de budgettaire voorstellen van een lidstaat voor het volgende jaar - in te dienen vóór 15 oktober - conform zijn aan de aanbevelingen van het Europees Semester die het land in mei/juni van hetzelfde jaar ontvangen heeft, ofwel of deze moeten worden herzien. Voor de lidstaten van de eurozone met buitensporige tekorten (EDP) zal een systeem van progressief toezicht toelaten om vroegtijdig landen op te sporen waarvoor het erg onwaarschijnlijk is dat het buitensporige tekort op de vastgestelde datum zal gecorrigeerd zijn, en het zal aan de EU toelaten om dienovereenkomstig te handelen. De lidstaten die getroffen of bedreigd worden door ernstige moeilijkheden en zij die bepaalde soorten financiële steun krijgen als voorzorgsmaatregel, zullen aan een verzwaarde controle worden onderworpen.

Het meest allesomvattende soort geïntegreerde controle van de EU is het gezamenlijk aanpassingsprogramma EU-IMF dat wordt toegepast op Griekenland en Ierland sinds 2010 en op Portugal sinds 2011. Dit mechanisme heeft tot doel de stabiliteit van de eurozone te waarborgen en de lidstaten te helpen die financiële moeilijkheden hebben of die onder zware druk staan van de financiële markten, door hen geïndividualiseerde financiële steun op maat te geven. De EU zorgt voor twee derde van de financiering van het programma en het IMF voor het resterende derde deel. In ruil daarvoor hebben de drie landen zich verbonden tot het toepassen van de economische en sociale beleidsmaatregelen die werden opgenomen in een Memorandum van overeenstemming (of Memorandum of Understanding - MOU) dat driemaandelijks wordt herzien.

Elk Memorandum van overeenstemming - en vooral dat van Griekenland en Portugal - bevat gedetailleerde instructies op het vlak van hervorming van de sector van de gezondheidszorg (⁷).

Deze analyse toont aan hoe de benaderingswijze van de EU op het vlak van het macro-economisch beleid, die in eerste instantie alleen relatief algemene beleidslijnen inhield over de vraagstukken op het vlak van gezondheidszorg, in de loop van de laatste twee jaar omgevormd werd tot een systematische vorm van toezicht, die wordt geschraagd door door het vermogen om vroegtijdig waarschuwingen te geven en om sancties op te leggen. Het macro-economisch toezicht houdt impliciet aanbevelingen in van de Commissie voor de sector van de gezondheidszorg. Het EU-IMF aanpassingsprogramma gaat nog verder omdat het expliciet instructies bevat op het vlak van de hervorming van de nationale gezondheidszorgstelsels.

2. De nationale gezondheidsautoriteiten willen invloed uitoefenen op dit proces

Op het ogenblik dat de economische actoren van de EU zich richten op de sociale bescherming - waaronder ook de gezondheidszorg- in het kader van het macro-economisch beleid, worden de sociale actoren en de actoren van de gezondheidszorg er meestal toe gebracht om te reageren. De recente ontwikkelingen vormen hierop geen uitzondering.

In de loop van het laatste decennium verwierven de sociale actoren zoals de Epsco-Raad en het DG Werkgelegenheid van de Commissie het statuut van tegenpartij van de EU economische actoren. De Open coördinatiemethode (OCM) in het domein van de sociale bescherming werd opgezet in 1999 als antwoord op de economische integratie van de EU. Ze had tot doel om de budgettaire benadering van de economische actoren aan te vullen met vraagstukken die verband houden met kwaliteit en toegankelijkheid. Als soft law richt ze zich op het verspreiden van goede praktijken, en op de verwezenlijking van een grotere convergentie naar kerndoelstellingen vastgelegd op EU niveau. Sinds 2004 werd de gezondheidszorg in dit proces opgenomen.

Op gelijkaardige wijze, maar dit keer in reactie op het Europees Semester, riepen de ministers van volksgezondheid via de Raad in juni 2011 op tot een reflectieproces "met het oog op het oplijsten van doelmatige manieren om te investeren in gezondheid, om moderne en duurzame gezondheidszorgstelsels uit te werken die in staat zijn zich aan te passen aan de veranderende noden" (⁸).

-
7. Europese Commissie (2010), Greece: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 2 mei 2011. Europese Commissie (2010), Ireland: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 3 december 2010. Europese Commissie (2011b), Portugal: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 17 mei 2011.
 8. Raad van de Europese Unie (2011), Council Conclusions: towards modern, responsive and sustainable health systems, 3095th employment, social policy, health and consumer affairs, council meeting, health issues, Luxembourg, 6 juni 2011.

Omdat ze zich bewust waren van de uitdagingen waarmee de gezondheidszorg wordt geconfronteerd door de economische crisis, begrepen ze de noodzaak om vooruit te lopen op de debatten: "Als wij het niet doen, dan zal iemand anders het doen"⁽⁹⁾. Een van de belangrijkste bekommernissen van de ministers van volksgezondheid was om zich ervan te verzekeren dat de maatregelen die werden geïntroduceerd om het financiële evenwicht van gezondheidszorg te verzekeren, zich niet uitsluitend zouden richten op kostenbeheersing. De ministers benadrukten ook de bijdrage van de gezondheidszorg aan de economische groei. De Raad deed daarom een oproep om de sector van de gezondheidszorg "een gepaste rol te spelen in het uitvoeren van de Europa 2020-strategie" en legde de nadruk op "de doorslaggevende rol van de ministers van volksgezondheid bij het uitwerken en nastreven van doeltreffende benaderingen op het vlak van het gezondheidszorgbeleid, teneinde op een aangepaste manier te kunnen reageren op de uitdagingen inzake macro-economie, gezondheid en maatschappij".

Het reflectieproces werd opgezet onder de auspiciën van de Werkgroep Volksgezondheid op het niveau van de hoge ambtenaren, een organisme dat werd gecreëerd door de Raad en dat rechtstreeks onder de bevoegdheid ervan valt. Door het overlegproces toe te vertrouwen aan deze Werkgroep wilden de lidstaten de controle erover behouden, eerder dan die over te dragen aan de Commissie: "Het echte debat moet op het niveau van de lidstaten blijven gebeuren" ⁽¹⁰⁾. De Werkgroep moet een regelmatige dialoog voeren met het Comité voor economische politiek (EPC) en het Comité voor sociale bescherming (SPC) om ervoor te zorgen dat de actoren op het vlak van gezondheidszorg betrokken worden in de lopende debatten over de gezondheidszorgstelsels die op het niveau van de EU worden gevoerd door de economische en sociale actoren.

Vier subgroepen werden opgezet om volgende onderwerpen te behandelen ⁽¹¹⁾:

- de aanwezigheid van gezondheid in de Europa 2020-strategie en in het Europees Semester versterken;
- de identificatie van succesfactoren voor een doeltreffend gebruik van de structuurfondsen voor investeringen in de gezondheidszorg;

9. Interview met een health attaché van een permanente vertegenwoordiging van een lidstaat bij de EU, 1 Augustus 2011.

10. Interview met een health attaché van een permanente vertegenwoordiging van een lidstaat bij de EU, 1 Augustus 2011.

11. Europese Commissie (2011), « Modern, responsible and sustainable healthcare systems : The EU agenda », presentation by Dr. de La Mata, Isabel at the Policy Seminar « Improving Health Systems Performance in a Fragile Economic Climate », 25 november 2011, Brussel.

- adequate antwoorden op de veranderende en groeiende behoeften van de maatschappij op het vlak van gezondheidszorg verstrekken, en een doeltreffend en efficiënt ontwerp voor investeringen in de gezondheidszorgsector ontwikkelen;
- het meten en het evalueren van de doeltreffendheid van de investeringen in gezondheidszorg.

Twee punten moeten worden opgemerkt. In de eerste plaats, en dit lijkt een steeds terugkerend patroon te zijn, waren de ministers van volksgezondheid, die zich altijd terughoudend opgesteld hebben ten aanzien van een mogelijke interventie van de EU in een domein dat als nationale bevoegdheid wordt beschouwd, gedwongen om te reageren op de ontwikkelingen die werden gestart door de economische actoren. Ten tweede, ondanks de inspanningen van de lidstaten om de controle te behouden over het overlegproces door middel van de Werkgroep over de volksgezondheid op het niveau van de hoge ambtenaren, slaagde de Commissie er in om zich aan het roer te plaatsen van de belangrijkste subgroep, nl. die belast is met de plaats van gezondheid in de Europa 2020-strategie en in het Europees Semester. Bovendien, omdat de Commissie handelt als een enkele entiteit kan de stem van het DG ECOFIN tot in de debatten doorklinken.

3. Hervorming van de gezondheidszorg: een coherente benadering van de EU?

In dit deel bekijken we in meer detail de inhoud van de politieke beleidslijn van de EU op het vlak van hervorming van de gezondheidszorg om na te gaan of het mogelijk is een duidelijke en coherente gedachtegang te zien. Hierin worden de conclusies doorgenomen van de ECOFIN-Raad over het gezamenlijk rapport 2010 betreffende de gezondheidszorg, de aanbevelingen van de gezondheidszorgsector die in het NHP 2011 staan en de memoranda van overeenstemming van Griekenland, Ierland en Portugal.

Vóór 2010 werden richtsnoeren voor de hervorming van de gezondheidszorg enkel genomen door de ministers van sociale zaken in EPSCO-Raad, en deze principes werden gepresenteerd als gemeenschappelijke doelstellingen in de sociale OCM. Op basis van deze gemeenschappelijke doelstellingen moeten de lidstaten zorgen voor gezondheidszorg en langdurige zorg die toegankelijk is, van hoge kwaliteit en duurzaam (¹²). Deze doelstellingen zijn omschreven in algemene termen, en door het feit zelf dat ze doelstellingen vormen (en geen maatregelen of specifieke behulpmiddelen) zijn ze niet zo vatbaar voor kritiek, en kunnen ze dus op veel steun rekenen.

12. SPC en EPC (2006), Joint opinion of the SPC and the EPC on the Commission Communication on 'Working together, working better: Proposals for a new framework for the open co-ordination of social protection and inclusion policies' as endorsed by the EPSCO Council on 10 March 2006, 6801/06 SOC 96

Op het einde van het 2010 nam de ECOFIN-Raad conclusies aan over het gezamenlijk rapport over de gezondheidszorg opgesteld door het EPC en de Europese Commissie (DG Ecofin) ⁽¹³⁾. Dit rapport, de eerste publicatie van EPC-EC op het vlak van gezondheidszorg, analyseert de determinanten van de kosten voor gezondheidszorg in de lidstaten. Een uitgebreide bijlage identificeert de belangrijkste uitdagingen waarmee de gezondheidszorg geconfronteerd wordt in elk van de 27 landen ⁽¹⁴⁾. De conclusies (zie kader 1) zijn vermeldenswaard om drie redenen. Ten eerste vormen ze de meest gedetailleerde beleidslijn van de EU op het vlak van hervorming van de gezondheidszorg tot nu toe. Ten tweede verleggen ze de focus van algemene doelstellingen -wat tot hiertoe het geval was- naar een reeks beleidsinstrumenten, waardoor de kans dat ze controversieel zijn automatisch toeneemt. Ten derde is de opname van beleidsinstrumenten des te opvallender omdat de conclusies werden aangenomen door de ministers van financiën, eerder dan door de ministers van sociale zaken of volksgezondheid.

De voorgestelde beleidsinstrumenten lijken nochtans relatief weinig omstreden. Meerdere elementen stemmen overeen met de doelstellingen die werden overeengekomen in de sociale OCM. Bovendien wordt de nadruk niet zozeer gelegd op de controle van de overheidsuitgaven door middel van een ruwe kostenbeheersing, maar op een verbetering van de doeltreffendheid (verhouding kosten/baten) dankzij "een hoge mate van poolen van fondsen", een verbetering van de toewijzing van de middelen (bv. een betere toegang tot eerstelijnszorg en een vermindering van het onnodig gebruik van specialistische zorg) en een focus op de doeltreffendheid in termen van kosten (bijvoorbeeld, kosten-effectief gebruik van medicamenten en andere diensten, ondersteund door het systematisch gebruik van de evaluatie van gezondheidstechnologieën).

Twee aspecten van de conclusies kunnen als controversieel worden beschouwd: de opname van "kostendeling" (kosten ten laste van de gebruiker) en de aanbeveling dat de gezondheidszorg zou moeten geleverd worden, "in voorkomend geval, door het inschakelen van niet-publieke verstrekkers". Dit laatste punt, het enige deel van de conclusies dat niet uit het gezamenlijke rapport komt, wordt ook weerspiegeld in de AGS 2012, waarin er wordt op aangedrongen om in de sector van de gezondheidszorg de concurrentie te versterken door niet gerechtvaardigde belemmeringen voor ondernemingen en professionele diensten te elimineren, evenals in het Ierse memorandum van overeenstemming (zie hieronder).

13. Europese Commissie (DG ECFIN) en Comité voor economische politiek (AWG) (2010), Joint Report on Health Systems, European Economy Occasional Papers, n° 74, oktober 2010.

14. Europese Commissie en EPC (AWG) (2010), Joint Report on Health Systems: Country fiches, European Economy Occasional Papers, No.74, European Commission (DG ECFIN) and Comité voor economische politiek (AWG), oktober 2010.

Kader 1 : Conclusies van de Raad over het Gezamenlijk EPC-Commissie rapport over de gezondheidszorg

Belangrijkste politieke uitdagingen die zullen moeten worden aangepakt door de lidstaten :

- *zorgen voor een duurzame financiële basis, een hoge mate van poolen van de fondsen en een goede toewijzing van de middelen, die een billijke toegankelijkheid garandeert;*
- *een doeltreffend gebruik van zorg in termen van kosten, door gepaste stimuli, met inbegrip van kostendeling en de betalingsregelingen van hulpverleners en, in voorkomend geval, door het inschakelen van niet-publieke verstrekkers, terwijl de bescherming van de meest kwetsbare personen wordt verzekerd;*
- *de versterking van en de toegang tot eerstelijnszorg bevorderen om de algemene gezondheid te verbeteren en om onnodig gebruik van specialistische zorg en van ziekenhuiszorg te verminderen;*
- *het aanbod veroorzaakt door de vraag verminderen door rekening te houden met de interactie tussen de factoren voor vraag en aanbod, enz.;*
- *waken over een doeltreffend gebruik van geneesmiddelen in termen van kosten door een verbetering van de informatie, de tarificatie en de terugbetalingspraktijken, en door een evaluatie van de doeltreffendheid;*
- *het verbeteren van de gegevensverzameling, de informatiekkanalen en het gebruik van de beschikbare informatie om de globale prestaties van de systemen te verhogen;*
- *het in de besluitvormingsprocessen meer systematisch aanwenden van de evaluatie van de gezondheidstechnologieën, in termen van de doeltreffendheid, kosten en ruimere impact van de behandelingen;*
- *het verbeteren van gezondheidspromotie en ziektepreventie, ook buiten de sector van de gezondheidszorg.*

In beide gevallen vermindert het gebruik van voorzichtige formuleringen (bijvoorbeeld, "in voorkomend geval"), mogelijke controversen. De evocatie van remgelden als stimulans voor een "doeltreffend gebruik van zorg in termen van kosten" zou kunnen geïnterpreteerd worden als een 'op waarden gebaseerde benadering' waarbij de kosten voor diensten en behandelingen die doeltreffend zijn in termen van kosten niet ten laste worden gelegd van de gebruiker, ofwel deze remgelden selectief worden toegepast voor diensten en behandelingen die niet doeltreffend zijn in termen van kosten. Ook een dergelijke benadering kent zijn uitdagingen (¹⁵), maar is beter dan

15. Thomson, S., Foubister, T. et Mossialos, E. (2010), « Can user charges make health care more efficient?», British Medical Journal, n° 341 (3759).

een pleidooi voor remgelden om uitgaven onder controle te houden dat niet gebaseerd wetenschappelijke evidentie. Deze aanbeveling gaat trouwens ook vergezeld van een aanmaning om "de bescherming van de meest kwetsbare personen" te garanderen.

Een reeks hervormingen van de gezondheidszorg werd opgenomen in de NRP's 2011 van 13 lidstaten (Bulgarije, Republiek Tsjechië, Duitsland, Griekenland, Ierland, Italië, Letland, Polen, Portugal, Roemenië, Slowakije en Slovenië), maar in opdracht van de Commissie heeft de ECOFIN-Raad slechts specifieke aanbevelingen gedaan voor de hervorming van de gezondheidszorg in drie landen. De aanbevelingen van de Raad zijn deze keer erg algemeen: ze stellen voor dat Oostenrijk "het nationale budgettaire kader zou moeten versterken" door de verantwoordelijkheden van de verschillende overheidsniveaus op één lijn te brengen, vooral in de sector van de gezondheidszorg, dat Cyprus "de verwezenlijking van de nationale ziekteverzekering zou moeten versnellen" (een hervorming die verschillende malen werd uitgesteld sinds ze voor de eerste maal ter sprake kwam), en dat Duitsland "de efficiëntie van zijn overheidsuitgaven bestemd voor de gezondheidszorg en voor langdurige zorg" verder zou moeten verbeteren.

De Memoranda van overeenstemming van de EU-IMF getekend met Griekenland, Ierland en Portugal gaan verder dan doelstellingen, beleidslijnen of aanbevelingen en nemen de vorm aan van gedetailleerde instructies op het vlak van hervorming van de gezondheidszorg. Deze instructies worden elke drie maanden herziening en deze herzieningen kunnen leiden tot sancties in het geval van niet-conformiteit (zie kader 2). Het programma voor Griekenland is het meest uitgebreide, gevolgd door dat voor Portugal. Het Ierse programma daarentegen bevat zeer weinig specifieke instructies voor de sector van de gezondheidszorg.

Kader 2 : De hervorming van de gezondheidszorg aangekondigd in de Memoranda van overeenstemming

Griekenland

Een sleutelement van het Memorandum stipuleert dat de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg niet hoger mogen zijn dan 6% van het BBP⁽¹⁶⁾. In het kader van deze strikte beperking stelde het IMF hervormingen voor die tot doel hebben de systemen voor beheer, aankoop, boekhouding en prijs te verbeteren, gekoppeld aan het instellen van operationeel toezicht door de minister van Financiën, terwijl de Commissie zich concentreerde op het creëren van de basisvoorwaarden voor een grotere efficiëntie en transparantie.

16. Europese Commissie (2010), Greece : Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 2 mei 2011

Maatregelen op korte termijn zijn o.m. (¹⁷):

- een doeltreffend toezicht en informatiesysteem met regelmatige audits, rapporten en evaluatie van de gegevens;*
- de centralisatie van de aankoopprocedures voor voor medicamenten en medische diensten;*
- wijzigingen in de terugbetaling (prijs-volume contracten, kortingen en verminderingen) van apothekers en groothandelaars in farmaceutische producten door derdebetalers;*
- elektronische generische voorschriften en de opvolging ervan door middel van richtlijnen op het vlak voor voorschriften bestemd voor artsen;*
- verplichten en verhoging van remgelden voor ambulante zorgen in publieke ziekenhuizen en gezondheidscentra (van 3 tot 5 euro per bezoek,) evenals voor ongerechtvaardigde bezoeken aan de spoedgevallenafdeling, en wijzigingen in de remgelden van de op voorschrift afgeleverde medicatie, om een ruimer gebruik van generische geneesmiddelen aan te moedigen.*

Op middellange termijn (twee jaar) omvatten de maatregelen:

- een betere pooling van de fondsen voor het aankopen van gezondheidszorg;*
- de versterking van de eerstelijnszorg en een verschuiving van het gebruik van ziekenhuisdiensten naar de eerstelijnszorg;*
- implementering van elektronische medische dossiers;*
- de verbetering van de systemen voor de berekening van kosten en ziekenhuisbudgetten;*
- de verbetering van de systemen voor de terugbetaling van artsen en ziekenhuizen.*

De lange termijn maatregelen bevatten een rationalisering van de verdeling van de bevoegdheden tussen de verschillende actoren en een versterking van het bestuur van de gezondheidszorg.

Portugal

Het Memorandum van overeenstemming richt zich vooral op maatregelen die tot doel hebben de overheidsuitgaven op het vlak van farmaceutische producten en ziekenhuiskosten te verminderen,

17. Europese Commissie (2010), « The Economic Adjustment Programme for Greece – Second review – autumn 2010 », European Economy. Occasional Papers, n° 72 .

18. Europese Commissie (2010), Ireland : Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 3 december 2010.

met inbegrip van:

- *een verhoging van de kosten ten laste van de patiënten door de criteria van behoefte te verstrengen en door ervoor te zorgen dat de remgelden voor ambulante consultaties van specialisten hoger zijn dan voor eerstelijnsconsultaties;*
- *minder belastingverlagingen voor particuliere uitgaven voor gezondheidszorg;*
- *de rationalisering van de dekking voor de ambtenaren;*
- *wijzigingen in de terugbetaling (prijs-volume overeenkomsten, kortingen en verminderingen) voor apothekers en groothandelaars in farmaceutische producten;*
- *verplichte generische en elektronische voorschriften en de opvolging ervan door middel van richtlijnen voor artsen op het vlak van het voorschrijfgedrag;*
- *de centralisatie van de aankoopprocedures voor medicamenten en medische diensten;*
- *meer concurrentie tussen particuliere hulpverleners en een vermindering van de overheidsuitgaven voor particuliere diagnostiek;*
- *de versterking van de eerstelijnszorg, tevens via de betaling op basis van performantie van de verstrekkers, een betere spreiding van huisartsen over het land, en een verschuiving in het gebruik van de ziekenhuisdiensten naar de eerstelijnszorg;*
- *een verbetering van de systemen voor de berekening van kosten en budgetten in de ziekenhuizen, het gebruik van IT, de versterking van het beheer en de rationalisering van het ziekenhuisnetwerk;*
- *de implementering van elektronische medische dossiers.*

Ierland

Het Ierse Memorandum van overeenstemming verplicht de regering om de belemmeringen voor de handel en de concurrentie in de gezondheidszorg te verwijderen door eliminatie van de numerus clausus voor huisartsen, de beperkingen voor huisartsen die patiënten uit de publieke dienst willen behandelen en de beperkingen voor huisartsen om reclame te maken⁽¹⁸⁾.

In tegenstelling met de conclusies van de Raad over het gezamenlijk rapport en de aanbevelingen van de NRPs zijn sommige van de vereisten van het Memorandum van overeenstemming eerder controversieel, met name de verhoging van de kosten ten laste van de patiënten en de plafonnering van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in Griekenland. De verhoging van kosten ten laste van de patiënten die wordt vereist in het Portugese Memorandum van overeenstemming is gebonden aan voorwaarden van bestaansmiddelen en weerspiegelt, in zekere mate, een op waarden gebaseerde benadering. Maar deze benadering is niet aanwezig in Griekenland wanneer er sprake is van de kosten ten laste van de gebruikers voor ambulante

zorgen (waaronder de eerstelijnszorg), en minder uitgesproken voor andere diensten (ze beperkt zich tot het opleggen van hogere remgelden voor ongerechtvaardigde bezoeken aan de spoedgevallenafdeling en lagere remgelden voor minder dure generische geneesmiddelen).

De poging om de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg te beperken "tot een niveau van 6% van het BBP of minder", met andere woorden tot het huidige niveau, is echter zo mogelijk nog nadeliger. Dit niveau was al laag in vergelijking met de Europese normen, afgezien van het feit dat het vastleggen van het plafond op een percentage van het BPP op het moment dat dit BPP zeer sterk daalt (-3,5 % in 2010, -6,9 % in 2011 en -4,4 % in 2012) als gevolg heeft dat de overheidsuitgaven verminderen- en dus erg waarschijnlijk dat de financiële hinderpalen voor toegang tot de gezondheidszorg worden versterkt.

Een ander opvallend aspect van het Memorandum van overeenstemming voor Griekenland en Portugal bestaat uit de promotie van e-health (zoals elektronische voorschriften, het gebruik van interoperabele IT-systemen in de ziekenhuizen en elektronische medische dossiers) wat de invloed van de Digitale agenda van de EU kan weerspiegelen. Deze Agenda, die bedoeld is om de economische groei te stimuleren, kent een belangrijke rol toe aan e-health. Het kan ook het resultaat zijn van een meer algemene tendens binnen de gezondheidszorg om e-health te versterken, vooral door de ontwikkeling van elektronische patiëntendossiers. Het elektronisch voorschrift kan bijdragen tot verbetering van de zorgkwaliteit en de doelmatigheid ervan ⁽¹⁹⁾, maar nationale e-gezondheidszorgprogramma's zijn niet goedkoop en ook niet makkelijk uit te voeren ⁽²⁰⁾. Het is daarom twijfelachtig of op grote schaal investeren in e-health projecten een prioriteit zou moeten zijn voor gezondheidszorgstelsels die geconfronteerd worden met ernstige financiële problemen.

Uit dit korte overzicht van de beleidslijnen van de EU op het vlak van hervorming van de gezondheidszorg komen een aantal tendensen naar voren. In de eerste plaats is de aard van de richtsnoeren gewijzigd. Ze is gestart vanuit brede doelstellingen (sociale OCM), om, via aanbevelingen die specifieke beleidsinstrumenten bevatten (de conclusies over het gezamenlijk rapport); te komen tot gedetailleerde instructies (de Memoranda van overeenstemming, MOU). Ten tweede is de inhoud van beleidslijnen meer controversieel geworden. Dit mag geen verrassing zijn gezien de steeds meer bindende aard van deze beleidslijnen. Ten derde is de waaier van beweerde doelstellingen voor hervorming van de gezondheidszorgstelsels verruimd, en zijn de spanningen tussen de verschillende doelstellingen duidelijker zichtbaar geworden.

-
19. McKibbin, K. A., Lokker, C., Handler S. M. et al. (2011), « Enabling Medication Management through Health Information Technology », Report prepared by the McMaster University Evidence-based Practice Center, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.
 20. Zie bijvoorbeeld Greenhalgh, T., Russell, J., Ashcroft, R. E. et Parsons, W. (2011), « Why National eHealth Programs Need Dead Philosophers: Wittgensteinian Reflections on Policymakers' Reluctance to Learn from History », *Milbank Quarterly*, Vol.89, n° 4, pp.533-563.

Twee doelstellingen worden uitdrukkelijk aangekondigd in praktisch alle verschillende onderzochte beleidsdocumenten, met inbegrip van het Griekse Memorandum van overeenstemming: de levensvatbaarheid van de overheidsfinanciën garanderen dankzij een betere efficiëntie in termen van kosten, en de toegankelijkheid van hoogwaardige zorg garanderen. De doelstelling van het stimuleren van de werkgelegenheid via het creëren van jobs in de sector van de gezondheidszorg wordt vermeld in de beleidsteksten met een meer algemene inhoud (AGS 2012 bijvoorbeeld), maar wordt niet hernomen in de meer concrete aanbevelingen (de conclusies van het gezamenlijk rapport of de Memoranda van overeenstemming). Het argument (uit het gezamenlijk rapport 2010 inzake sociale bescherming en sociale insluiting) dat landen met zwakke gezondheidsindicatoren in de toekomst meer (en doeltreffender) zullen moeten uitgeven op het vlak van gezondheidszorg is evenmin opgenomen. De doelstelling om de concurrentie in de sector van de gezondheidszorg te versterken, verscheen wel in AGS 2012 ⁽²¹⁾, de aanbevelingen van het NRP voor Denemarken (nastreven van de liberalisering van de apotheken) ⁽²²⁾ en het Ierse Memorandum van overeenstemming ⁽²³⁾. Hoewel deze laatste specifieke aanbevelingen niet worden betwist, kunnen vragen gesteld worden bij de bedekte oproepen om de gezondheidszorg open te stellen voor concurrentie tussen openbare en particuliere verstrekkers.

Naarmate de richtlijnen van de EU explicieter werden, werden de spanningen tussen bepaalde doelstellingen duidelijker. Het is bijvoorbeeld moeilijk voor te stellen hoe sterke verminderingen in de overheidsuitgaven in Griekenland kunnen worden verzoend met de doelstelling om 'universele toegankelijkheid in stand te houden en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren', tenzij de beleidsmakers zeer snel een aanzienlijke verhoging van de efficiëntie zouden kunnen realiseren. Hun vermogen om dit te realiseren wordt echter in vraag gesteld in recente rapporten over toenemende problemen i.v.m. de toegankelijkheid en de achteruitgang van de gezondheidsstatus in Griekenland ⁽²⁴⁾. Een aanhoudende toename van de efficiëntie in de gezondheidszorg is zelden goedkoop. Dit is zeker het geval van zodra de relatief makkelijke doelstellingen werden bereikt (zoals een daling van de prijs van geneesmiddelen).

-
21. Europese Commissie (2011), Communication from the Commission: 'Annual growth survey 2012', COM (2011) 815 final, 23 november 2011.
 22. Europese Commissie (2011), Commission staff working paper, Assessment of the 2011 National Reform Programme and convergence programme for Denmark, Accompanying the document Recommendation for a Council Recommendation on the National Reform Programme 2011 of Denmark and delivering a Council Opinion on the updated convergence programme of Denmark, 2011-2015 {SEC(2011) 820 final}, SEC(2011) 713 final. 7 juni 2011.
 23. Europese Commissie (2010), Ireland : Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 3 december 2010.
 24. Kentikelenis, A., Karanikolos, M. Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. et Stuckler, D. (2011), « Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy », *The Lancet*, Vol.378, n° 9801, pp.1457-1458.

4. Conclusies

We zien recent een belangrijke verschuiving in de aandacht van het EU beleid voor de nationale gezondheidszorgstelsels. In het voorbije decennium waren de EU beleidsdebatten en initiatieven vooral gericht op de toepassing van de interne marktregels en in het bijzonder de regels in verband met het vrij verkeer van diensten op de gezondheidsverstrekking, met als voorlopige eindpunt de goedkeuring begin 2011 van de richtlijn over patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg.

Sinds kort wordt de stelsels worden nu in toenemende mate geïntegreerd onder het EU macro-economisch beleid. Deze interventies zijn erop gericht om de publieke uitgaven onder controle te houden of te verminderen. De EU interventie in dit kader is het duidelijkste voor de landen die aanpassingsprogramma's moeten doorvoeren, op basis van intentieverklaringen, onder het toezicht van de EU en het IMF. Maar ook voor andere landen, in het bijzonder die van de Euro zone, zijn instrumenten in de steigers gezet die het mogelijk maken om drastisch te interveniëren in het gezondheidszorgbeleid vanuit het EU economisch bestuur.

Eind 2010 namen de ministers van financiën conclusies van de Raad aan waarin richtlijnen werden uitgewerkt voor het gezondheidszorgbeleid. Deze conclusies vormden niet alleen de meest gedetailleerde beleidslijnen afkomstig van de EU tot dan toe, maar ze vertrouwden aan de Europese Commissie ook het mandaat toe om de hervorming van de gezondheidszorg in de context van het macro-economisch toezicht aan te pakken.

Op het eerste zicht kan het lijken dat deze koerswijziging van de EU in termen van aanpak en van beleidsinhoud een reactie is op de financiële crisis en de crisis in de eurozone. Maar volgens bepaalde actoren is dit niet het geval: de conclusies van het gezamenlijk rapport "zouden opgesteld zijn, ook zonder de crisis" ⁽²⁵⁾. De financiële crisis heeft de EU veeleer de kans geboden om een grotere legitimiteit te verwerven om invloed uit te oefenen op dit domein van nationale bevoegdheid – iets wat al geruime tijd op de politieke agenda van de Commissie stond.

De analyse toonde eveneens aan hoe de aard en de inhoud van de richtlijnen van de EU op het vlak van hervorming van de gezondheidszorg veranderd zijn, gaande van doelstellingen die veel steun kregen, over nog steeds relatief algemene beleidsinstrumenten die mogelijk controversieel konden zijn maar die geformuleerd werden in passend genuanceerde bewoordingen, tot uiteindelijk specifieke voorschriften waarvan sommige veel controversie uitlokken. Deze ontwikkelingen hebben verschillende implicaties. In de eerste plaats brengen ze de vroegere

25. Interview met de voorzitter van het EPC, 4 augustus 2011.

spanningen aan het licht tussen de verschillende doelstellingen van de EU op het vlak van hervorming van de gezondheidszorg: de levensvatbaarheid van de overheidsfinanciën door een verbeterde doeltreffendheid in termen van kosten; het garanderen van de toegankelijkheid van hoogwaardige zorg; het stimuleren van werkgelegenheid door het creëren van jobs; het dynamiseren van de economische groei; en het versterken van de concurrentie in de sector van de gezondheidszorg. Vooral het vermogen van de lidstaten om universele toegang tot hoogwaardige zorgverlening te promoten op een ogenblik waarop ze door de EU worden verplicht om hun overheidsuitgaven te verminderen, wordt in vraag gesteld. Uit het bewijsmateriaal uit Griekenland kan worden afgeleid dat deze doelstellingen niet altijd kunnen worden verzoend en dat hieruit met name een daling van de toegankelijkheid van de zorg en een minder goede gezondheidszorg voortvloeit.

Ten tweede, en dit is misschien nog belangrijker, bestaat er nu een precedent voor de rechtstreekse tussenkomst van de EU in het nationale gezondheidszorgbeleid, hetgeen in sterke mate het vermogen van de lidstaten aan banden legt om prioriteiten te bepalen in termen van doelstellingen en beleidsinstrumenten. Hoewel Griekenland, Portugal en Ierland extreme voorbeelden zijn van deze tussenkomst, kan deze evolutie zich echter doorzetten naar andere landen. De Six Pack (en de toekomstige Two Pack) versterken in hoge mate de macht van de EU op het vlak van macro-economisch toezicht door het introduceren van de mogelijkheid tot het opleggen van sancties. De lidstaten die "buitensporige tekorten" kennen (op dit moment zijn ze dat allemaal, met uitzondering van Estland, Finland, Luxemburg en Zweden), zullen voortaan verplicht zijn zich te houden aan de specifieke aanbevelingen uitgevaardigd door de ministers van financiën in de ECOFIN-Raad. Voor zover de Jaarlijkse groeianalyse 2012 gezondheidszorg behandelt, lijkt het waarschijnlijk dat de toekomstige aanbevelingen dit eveneens zullen doen.

Zoals al werd opgemerkt door andere auteurs, kan de sector van de gezondheidszorg een aantrekkelijk doel vormen in vergelijking met andere domeinen van overheidsuitgaven (zoals pensioenen en onderwijs), met name omwille van de omvang ervan, maar ook door de mogelijkheid van verhoogde productiviteit en andere winsten op het vlak van doelmatigheid ⁽²⁶⁾. Gezien de recente tendensen in de nationale hervormingsprocessen lijkt deze mening geloofwaardig: talrijke landen concentreren zich op het bekomen van een beter rendement op de in de gezondheidszorg geïnvesteerde budgetten, eerder dan op eenvoudigweg een vermindering van het aantal verstrekkingen.

26. Fahy, N. (2012), « Who is shaping the future of European health systems? », *British Medical Journal*, Vol.344 (e1712).