

## Wat doet de Europese Unie voor onze gezondheidszorg?

Clara Noirhomme en Gauthier Vandeleene, met de medewerking van Agnès Chapelle en Naïma Regueras (departement R&D, LCM).

### Samenvatting

*Dit artikel gaat over de vraag wat de invloed van de Europese Unie is in een domein dat hoofdzakelijk de bevoegdheid van de lidstaten blijft. Om te kunnen beoordelen op welke verschillende aspecten van de gezondheidszorg de EU een impact heeft, analyseren wij vanuit twee invalshoeken hoe de EU inwerkt. Ten eerste stellen wij voor wat de EU doet in het domein van de gezondheid wanneer deze rechtstreeks haar wettelijke bevoegdheden op dit vlak inroept. Er wordt dieper ingegaan op de verschillende actiedomeinen met voorbeelden van de richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg, het Interreg-programma, het initiatief van de Commissie en de aanbeveling van de Raad inzake zeldzame ziekten. Vervolgens analyseren wij hoe de EU onrechtstreeks het gezondheidsbeleid beïnvloedt via het formuleren van beleid in andere domeinen maar met een impact op gezondheid. In dat hoofdstuk zullen wij dieper ingaan op de problematiek van de handelsakkoorden en het gezamenlijk economisch bestuur. Tot slot evalueren wij de impact van de actie van de EU inzake gezondheidszorg.*

**Sleutelwoorden:** EU, gezondheidszorg, grensoverschrijdende zorg, grensoverschrijdende samenwerking, zeldzame ziekten, Interreg, Brexit, markt, verkeer, TTIP, CETA, gemeenschappelijk economisch bestuur, crisis, handel.

### 1. Inleiding

Iets meer dan een jaar geleden deed de stemming voor de Brexit (de uittreding van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie) Europa in shockwakker worden. Ongeacht de standpunten hieromtrent, stellen we vast dat het debat hierover de Britse (en de Europese<sup>1</sup>) bevolking erg verdeeld heeft. Eén van de grootste argumenten van de verdedigers van de Brexit was dat het Verenigd Koninkrijk het geld dat het aan de EU gaf, zou kunnen terugvorderen om het te investeren in de National Health Service – NHS. Het argument van Michael Gove, conservatief en fervent verdediger van de Brexit, was het volgende: “door

de £350 miljoen die wij iedere week aan de EU geven, te recupereren, zullen wij wekelijks £100 miljoen extra aan de NHS kunnen geven”<sup>2</sup>.

Ook al is dit argument onjuist<sup>3</sup> (de pro-Brexit partijen hebben hun vergissing toegegeven<sup>4</sup>), toch roept het tussen de regels door de volgende vraag op: Belet de Europese Unie de lidstaten om zelf hun gezondheidsbeleid naar eigen goeddunken te voeren? Welke verantwoordelijkheden heeft de EU op gebied van gezondheidszorg? Wat doet de EU wel en niet? Geldt het argument ‘het is de fout van Europa’<sup>5</sup> voor het gezondheidsbeleid?

1 Zie bijvoorbeeld een pro-Brexitstandpunt vanuit een strikt continentaal oogpunt: De Grauwe, P. (2016). Why the European Union will Benefit from Brexit. *Social Europe*: <https://www.socialeurope.eu/2016/02/why-the-european-union-will-benefit-from-brexit/>

2 Asthana, A. et Mason, R. (1 juli 2016). Michael Gove launches Tory leadership bid with Brexit promise, *The Guardian*: <https://www.theguardian.com/politics/2016/jul/01/michael-gove-launches-tory-leadership-bid-with-brexit-promise> - onze vertaling uit het Engels

3 Begg, I. (2015). Lies, damned lies and statistics on the UK's EU membership. *LSE European Politics and Policy (EUROPP)* Blog. <http://blogs.lse.ac.uk/europpblog/2015/10/13/lies-damned-lies-and-statistics-why-figures-on-the-uks-eu-membership-should-be-treated-with-caution/>

4 Helm, T. (10 september 2016). Brexit camp abandons £350m-a-week NHS funding pledge, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/politics/2016/sep/10/brexit-camp-abandons-350-million-pound-nhs-pledge>

5 Hobolt, S. B., & Tilley, J. (2014). *Blaming europe?: Responsibility without accountability in the European Union*. Oxford University Press.

Deze vragen worden in dit artikel als volgt behandeld: eerst pakken wij de vraag van de rechtstreekse actiemogelijkheden van de Europese Unie inzake gezondheidszorg op juridisch vlak aan, meer bepaald de Verdragen, via enkele markante voorbeelden. Ten tweede zullen wij zien hoe gezondheid en gezondheidsbeleid onrechtstreeks beïnvloed worden door de Europese Unie, meer bepaald via de kenmerken van de interne markt. Ook zullen wij actualiteitsonderwerpen bespreken die dit facet van de Europese werking belichten: de handelsakkoorden en het fiscale bestuur. Wij besluiten met een evaluatie van de impact van de acties van de EU inzake gezondheidszorg en een voorlopig antwoord op de volgende vraag: zullen de inwoners van Groot-Brittannië een betere gezondheidszorg hebben nu zij beslist hebben om de Europese Unie te verlaten?

## 2. Over de bevoegdheid van de Europese Unie inzake gezondheidszorg: wat kan Europa doen en wat doet ze?

### 2.1. Wettelijke basis

Tot eind de jaren '70 werd het Europees gezondheidsbeleid hoofdzakelijk opgevat als een punctuele toepassing van de grote economische principes in de oprichtingsverdragen van de Europese gemeenschap. De Europese verordeningen in verband met de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels die onder meer toegang geven tot gezondheidszorg in het kader van het verkeer van de werknemers illustreren dit<sup>6</sup>.

De jaren '80 betekenen een kentering: gezondheids crisissen zoals AIDS brengen nieuwe risico's aan het licht die de lidstaten maar moeilijk alleen aankunnen.<sup>7</sup> De Europese instellingen verschijnen dan als een essentiële partner om deze nieuwe uitdagingen voor de volksgezondheid aan te pakken.

De toenemende Europese integratie, de dynamiek van de eenheidsmarkt en het principe van het vrij verkeer van personen maken van gezondheid één van actiedomeinen van de Europese Unie.<sup>8</sup>

Vanaf 1992, met het verdrag van Maastricht, wordt de Unie bevoegd voor het verbeteren van de gezondheid van de burgers via acties op het vlak van volksgezondheid<sup>9</sup>. Door in 2000 **bescherming van de gezondheid** in artikel 35 van het handvest van de grondrechten<sup>10</sup> op te nemen, maakt de Europese Unie (EU) hiervan één van haar algemene doelstellingen.

### Artikel 35

#### De bescherming van de gezondheidszorg

Eenieder heeft recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden. Bij de bepaling en de uitvoering van het beleid en het optreden van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd.

#### Handvest van de grondrechten van de Europese Unie

De juridische basis van deze bevoegdheid, artikel 168 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie inzake Gezondheid, vermeldt de domeinen waarin de EU inzake gezondheid werkzaam is:

- Verbetering van de volksgezondheid en preventie van ziekten, aandoeningen en oorzaken van gevaar voor de fysieke en mentale gezondheid.
- Strijd tegen grote plagen en ernstige grensoverschrijdende bedreigingen voor de gezondheid.
- Vermindering van het schadelijk effect van drugs op de gezondheid.

#### [a. Wat is de reële macht van de EU inzake gezondheid?](#)

Alle bevoegdheden van de Europese Unie zijn gedefinieerd in artikel 2 tot 6 van het Werkingsverdrag van de EU. Er zijn drie soorten bevoegdheden: (1) de exclusieve bevoegdheden van de EU, (2) de bevoegdheden die de EU met de lidstaten deelt en (3) de bevoegdheden waarvoor **de EU als rol heeft de actie van de lidstaten te ondersteunen, te coördineren of aan te vullen**.

De gezondheid van mensen beschermen en verbeteren behoort tot de derde categorie bevoegdheden. Dat betekent dus dat het bepalen van het gezondheidsbeleid, de organisatie en verstrekking van zorg de bevoegdheid van de lidstaten<sup>11</sup> is. De EU heeft als rol het nationale beleid aan te vullen door:

- *“De lidstaten te helpen hun gemeenschappelijke objectieven te bereiken;*
- *Schaalvoordelen te genereren door middelen samen te leggen;*
- *De EU-landen te helpen bij de aanpak van gemeenschappelijke uitdagingen (meer bepaald pandemieën, chronische ziekten*

6 Verordeningen (EEG)1408/71 en (EEG)574/72 (vandaag (EG)883/2004 en (EG)987/2009)

7 Senn, A. (2006). La politique de santé de l'Union européenne, *Question d'Europe*, n°25.

8 Garel, P. (2013). Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence, *Quaderni*, 82, pp. 17-26.

9 Hassenteufel, P. (2013). Quelle européanisation des systèmes de santé?, *Informations sociales*, 2013/1 (n°175), pp. 48-59.

10 Het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie werd goedgekeurd op 7 december 2000 en heeft sinds de ondertekening van het Verdrag van Lissabon in 2007 een afdwingbare juridische waarde.

11 Artikel 168 van het Werkingsverdrag van de EU, §7

of gevolgen van een hogere levensverwachting op de gezondheidssystemen).<sup>12</sup>

In de actiedomeinen die in artikel 168 van het Werkingsverdrag vermeld zijn, kan de Unie de actie van de lidstaten aanvullen en hiermee in theorie de kwaliteit van de zorg proberen te verbeteren en rechten toe te voegen aan de Europese rechten wanneer de lidstaten dit onvoldoende efficiënt alleen kunnen aanpakken. Dit is het subsidiariteitsbeginsel.

De actie van de Unie concentreert zich dus vooral op de materies waar de gecoördineerde actie van de lidstaten een meerwaarde biedt, dit betekent **materies met grensoverschrijdende effecten**. Zij dringt aan op samenwerking tussen lidstaten, meer bepaald om de gezondheidsdiensten in de grensstreken meer complementair te maken, zoals punt 2 van artikel 168 van het Werkingsverdrag herbevestigt.

### b. Welke concrete maatregelen kan de EU in dat kader nemen?

Het Parlement en de Raad kunnen aldus maatregelen invoeren, van toepassing in de hele EU, die de bescherming of verbetering van de gezondheid aanmoedigen, alsook maatregelen waarbij kwaliteits- en veiligheidseisen worden gesteld aan stoffen van menselijke oorsprong, dier- en natuurgeneeskunde, de geneesmiddelen en medisch materiaal<sup>13</sup>.

De Commissie kan initiatieven nemen om de coördinatie tussen lidstaten te bevorderen (bijvoorbeeld om oriënteringen te bepalen of de uitwisseling van de beste praktijken te organiseren). De Raad kan ook aanbevelingen invoeren om de doelstellingen in artikel 168 van het Werkingsverdrag te bereiken.

## 2.2. De acties van de EU op het vlak van gezondheidszorg

Een **Europees gezondheidsbeleid** ontstond als gevolg van nieuwe uitdagingen voor het gezondheidsbeleid gekoppeld aan het “europeaniserend” effect van de eenheidsmarkt en het principe van vrij verkeer van personen op de volksgezondheid<sup>14</sup>.

Europa beïnvloedt voortaan in zekere mate de lidstaten met een nieuwe ambitie om acties op lange termijn te ondernemen ter verbetering van de gezondheid van de EU-burgers<sup>15</sup>.

Concreet oefent de EU haar bevoegdheden uit om maatregelen inzake mobiliteit van patiënten en beheer van grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen te ontwikkelen, om een gezonde levenswijze te promoten (preventie van misbruik van alcohol, tabak en drugsverslaving maar ook de vroegtijdige opsporing van kanker) en om de expertise van de gezondheidswerkers hieromtrent te bundelen<sup>16</sup>.

De EU treedt geëngageerd op inzake preventie, meer bepaald bij de strijd tegen tabaksgebruik. Zo keurde zij meerdere richtlijnen hieromtrent goed waaronder die van 2001 betreffende de productie, presentatie en verkoop van tabaksproducten en die van 2003 betreffende de reclame en sponsoring voor tabaksproducten<sup>17</sup>. Ook voert zij de strijd tegen rookverslaving op via mediacampagnes om te sensibiliseren omtrent de nefaste gevolgen van tabak<sup>18</sup>.

Op een ander vlak beoordeelt de EU via haar European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) de bedreigingen voor de gezondheid en houdt ze de ziekten in Europa in het oog<sup>19</sup>. Bij epidemieën zoals Ebola publiceert dit centrum de risicobeoordeling in de verschillende landen alsook epidemiologische updates die zeer nuttig kunnen blijken<sup>20</sup>. Geneesmiddelen is een onderwerp dat sterk gekoppeld is aan de Eenheidsmarkt<sup>21</sup> en om ze op de markt te mogen brengen, is toestemming vereist. De EU financiert ook voor 7,5 miljard euro het wetenschappelijk onderzoek inzake gezondheidszorg via haar programma Horizon 2020, het grootste onderzoeks- en innovatieprogramma ooit van de EU<sup>22</sup>.

Hieronder geven wij u een voorbeeld van de verschillende manieren waarop de Europese instellingen actie ondernemen: richtlijnen van het Parlement en de Raad, initiatieven van de Commissie en aanbevelingen van de Raad. Hierbij schenken wij specifiek aandacht aan zeldzame ziekten, een domein waarin de Europese samenwerking onmiskenbaar een toegevoegde waarde biedt.

12 Europese Unie, Thema's van de Europese Unie – *Gezondheid*. De pagina werd geraadpleegd op 18 mei 2017 en is hier beschikbaar: [https://europa.eu/european-union/topics/health\\_nl](https://europa.eu/european-union/topics/health_nl)

13 Article 168 TFUE, 4.

14 Hassenteufel, P. (2013), op. cit.

15 Senn, A. (2006), op. cit.

16 Senn, A. (2006), op. cit.

17 Hassenteufel, P. (2013), op. cit.

18 Sauer, F. (2005). Les ambitions européennes en matière de santé, *Revue française d'administration publique*, 2005/1 (n°113), pp. 147-157.

19 Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding: [https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc\\_nl](https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_nl)

20 European centre for Disease Prevention and Control – Ebola and Marburg fevers: [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola\\_marburg\\_fevvers/Pages/index.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevvers/Pages/index.aspx)

21 Hassenteufel, P. (2013), op. cit.

22 Europese Commissie (2014), Horizon 2020 in het kort. *Het kaderprogramma van de EU voor onderzoek en innovatie*, hier beschikbaar: [https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/sites/horizon2020/files/H2020\\_NL\\_KI0213413NLN.pdf](https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/sites/horizon2020/files/H2020_NL_KI0213413NLN.pdf)

## a. Richtlijn van het Parlement en de Raad inzake grensoverschrijdende zorg

Gebruik makend van hun macht om maatregelen te nemen die gericht zijn op het verbeteren van de gezondheid, keurden het Parlement en de Raad de richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van de patiënten inzake grensoverschrijdende zorg goed die in werking trad op 24 april 2011. De EU-landen moesten die vóór 25 oktober 2013 in hun nationaal recht omzetten.

Deze richtlijn wil de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg in de EU en de terugbetaling ervan vergemakkelijken. Voor bepaalde types zorg vult deze de eerder vermelde coördinerende regelgeving inzake sociale zekerheid<sup>23</sup> aan. Ze bepaalt de regels om de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg te garanderen en stimuleert de EU-landen om samen te werken met inachtneming van de nationale bevoegdheden inzake zorgorganisatie en -verstrekking. De richtlijn beoogt dus de samenwerking tussen de nationale gezondheidszorgstelsels te bevorderen en de mogelijkheden inzake mobiliteit te verduidelijken. Bovendien vereist ze dat maatregelen worden genomen om patiënten te informeren over hun mogelijkheden inzake mobiliteit.

De richtlijn moedigt de oprichting van Europese referentienetwerken aan die bijdragen aan het benutten van de mogelijkheden om Europese samenwerking tot stand te brengen voor hooggespecialiseerde gezondheidszorg, aan de verzameling van kennis inzake preventie en aan een verbetering van de diagnosestelling en kwaliteitsvolle zorg, in het bijzonder bij zeldzame ziekten. Artikel 13 van de richtlijn specificeert ook dat de Commissie de lidstaten helpt samen te werken om diagnose- en behandelingsmiddelen uit te werken.

Bovendien verplicht de richtlijn 2011/24/EU in artikel 6 met als titel "Nationale contactpunten voor grensoverschrijdende gezondheidszorg" elke lidstaat om één of meerdere contactpunten aan te duiden waar patiënten geïnformeerd worden over hun rechten inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg zodat zij effectief hun rechten kunnen uitoefenen<sup>24</sup>. In België vindt men vandaag "het nationaal contactpunt grensoverschrijdende gezondheidszorg" op de website van de FOD Volksgezondheid<sup>25</sup>.

## b. Het Interreg-programma, een initiatief van de Europese commissie

Zoals wij reeds zagen, promoot de Europese commissie de coördinatie tussen de lidstaten. Het Interreg-programma is een initiatief van de Europese Commissie dat door het EFRO (Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling) gefinancierd wordt om de sociaal economische cohesie in de Europese Unie te versterken door grensoverschrijdende samenwerking (deel A van het programma), transnationale samenwerking (deel B) en interregionale samenwerking (deel C)<sup>26</sup>.

Met de jaren werd Interreg het sleutelinstrument van de Europese Unie om de samenwerking tussen de grensoverschrijdende partners te ondersteunen. Doelstelling van Interreg: de gemeenschappelijke uitdagingen aanpakken en gedeelde oplossingen vinden inzake gezondheid, onderzoek, onderwijs, vervoer of duurzame energie<sup>27</sup>. In dit kader kunnen talrijke projecten, meer bepaald over gezondheidsthema's, worden ingediend.

Dankzij de Interreg-projecten kon meer bepaald de Frans-Belgische samenwerking ontwikkeld worden waardoor patiënten uit deze grensstreek gebruik kunnen maken van het zorgaanbod langs de andere kant van de grens of van grensoverschrijdende interventievoorzieningen voor de spoeddiensten (SMUR)<sup>28</sup>.

In dit kader kon het project EMRaDi, acroniem voor "Euregio Meuse-Rhine Rare Diseases" worden uitgewerkt binnen het 5<sup>e</sup> Interreg-programma, deel A (INTERREG V-A EMR). Voor dit project wordt grensoverschrijdend samengewerkt tussen ziekenfondsen, universitaire ziekenhuizen, patiëntenverenigingen en een universiteit uit de Euregio Maas-Rijn. Dit project wil via meerdere assen de levenskwaliteit van patiënten met een zeldzame ziekte verbeteren. Gedurende drie jaar (2016-2019) bundelen acht Belgische, Nederlandse en Duitse partners die in de Euregio Maas-Rijn actief zijn, hun inspanningen om de mobiliteit van de patiënten en de geïntegreerde zorg voor patiënten met een zeldzame ziekte substantieel te verbeteren. CM leidt dit project als verzekeringsinstelling en vertegenwoordiger van de patiënten om hun belangen te behartigen<sup>29</sup>.

De zeldzame ziekten zijn een goed voorbeeld van een domein waarbinnen de Europese samenwerking onmiskenbaar een toegevoegde waarde heeft. Het is nodig de inspanningen te bundelen om de ongelijkheden te verminderen tussen patiënten

<sup>23</sup> Verordeningen (EEG)1408/71 en (EEG)574/72 (heden (EG)883/2004 en (EG)987/2009).

<sup>24</sup> RICHTLIJN 2011/24/EU VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg

<sup>25</sup> FOD Volksgezondheid - Nationaal contactpunt grensoverschrijdende gezondheidszorg. <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/nationaal-contactpunt-grensoverschrijdende>

<sup>26</sup> Interreg: European Territorial Cooperation: [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/nl/policy/cooperation/european-territorial/](http://ec.europa.eu/regional_policy/nl/policy/cooperation/european-territorial/)

<sup>27</sup> *Ibidem*.

<sup>28</sup> Voor meer informatie, zie [www.ofbs.eu](http://www.ofbs.eu).

<sup>29</sup> Voor meer informatie, zie [www.emradi.eu](http://www.emradi.eu).

met enerzijds zeldzame ziekten en anderzijds vaker voorkomende ziekten.

### c. Aanbevelingen inzake zeldzame ziekten van de Raad

De Europese Unie deed aan de lidstaten via de Raad een aanbeveling om een actie in het domein van de zeldzame ziekten<sup>30</sup> te starten (aanbeveling 2009/ c 151 /02) en vóór 2013 plannen ter bestrijding van zeldzame ziekten in werking te laten treden. De aanbeveling van de Raad kwam er omdat de Commissie een coherente globale strategie wil bepalen zodat de actie tegen de zeldzame ziekten performant zou zijn en alle zeldzame en versnipperde middelen gebundeld zouden kunnen worden binnen een gemeenschappelijke Europese inspanning<sup>31</sup>.

Ook als is een dergelijke aanbeveling niet afdwingbaar, toch zijn heel wat lidstaten op die oproep ingegaan. Zo publiceerde de Belgische minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, in december 2013 het “Belgisch plan voor zeldzame ziekten”. Het “Plan Zeldzame Ziekten” wil zorgen voor billijke en rechtvaardige toegang tot gepaste diagnose en gespecialiseerde, up-to-date en multidisciplinaire zorg, opgebouwd en georganiseerd in multilevel-netwerken, met als uiteindelijk doel de levenskwaliteit van deze patiënten op peil te brengen en de kennis, informatie en bewustwording over zeldzame ziekten te verhogen.<sup>32</sup> In maart 2017 kondigde RaDiOrg (de overkoepelende vereniging van patiënten met een zeldzame ziekte) aan dat het plan jammer genoeg vrij vaag blijft, maar dat de twintig oorspronkelijk geplande acties er wel progressief komen. RaDiOrg geeft hiermee een stand van zaken van het plan, ruim drie jaar na de publicatie, en geeft een overzicht van wat reeds uitgevoerd is<sup>33</sup>.

### 2.3. Positief of negatief?

Wij zagen al dat de bevoegdheden inzake gezondheid van de Europese Unie oorspronkelijk zeer beperkt waren maar zich de jongste twintig jaar wel ontwikkelden. Toch blijft de toestand inzake gezondheid in de verschillende EU-landen van de Unie zeer heterogeen<sup>34</sup>. De Unie wil de verschillen verminderen maar de lidstaten zijn duidelijk bevoegd om dit beleid te bepalen zoals artikel 168 van het Werkingsverdrag bepaalt.

De landen blijven in theorie wel soeverein inzake het gezondheidsbeleid maar met diverse voorbeelden op het vlak

van zeldzame ziekten zagen wij al dat Europese beslissingen en initiatieven bepaalde sectoren sterk kunnen beïnvloeden. Die invloed is bindend maar heeft heel wat positieve aspecten en verleent nieuwe rechten aan de Europese burgers.

Volgens sommigen zijn meer maatregelen de enige manier om de verschillen tussen de lidstaten weg te werken, evenals de oprichting van een Europa van de gezondheid dat in de eerste plaats ten dienste van de gezondheid van de Europese burgers staat en waarin de macht van de economische lobby's beperkt wordt. De AIM, Association Internationale de la Mutualité, geeft hiermee een antwoord op de plannen van Jean-Claude Juncker voor de toekomst van Europa en gebruikt hierbij zijn woorden:

*“Wij roepen de EU op tot een krachtiger optreden op het vlak van gezondheid dat de EU dichter bij haar burgers zal brengen door de patiënten en verbruikers te beschermen en de gezondheid van de mensen te verbeteren. Wij roepen de EU op om actie inzake gezondheid te ondernemen die de samenwerking tussen landen bevordert, de acties van de lidstaten integreert en hen helpt om de unieke uitdagingen waarmee wij geconfronteerd worden, aan te pakken. Wij roepen de EU op om actie te ondernemen inzake gezondheid die ondersteund wordt door een stevig gezondheidsprogramma van de EU en die geleid wordt door een specifieke Directie bij de Europese Commissie – vrije vertaling.”<sup>35</sup>*

## 3. Europees beleid met een onrechtstreeks invloed op gezondheid

### 3.1. Gezondheid en de andere bevoegdheden van de Unie

De impact van de Europese Unie inzake gezondheid beperkt zich niet tot de actiedomeinen die in de verdragen van de Unie vermeld zijn. Zelfs al realiseerde de EU, zoals wij al zagen, heel wat beleid via haar macht om het nationale beleid te ondersteunen, te coördineren en te verrijken, toch kan zij veel meer impact hebben wanneer het Europese beleid andere doelstellingen beoogt (die soms ver hiervan verwijderd zijn)<sup>36</sup>.

De eenheidsmarkt die het principe van vrij verkeer van personen, goederen, diensten en kapitaal bezegelt ligt ten grondslag aan wat de Europese Unie onderneemt. Deze

30 AANBEVELING VAN DE RAAD betreffende een optreden op het gebied van zeldzame ziekten 2009/C 151/02

31 Mededeling van de Commissie van het Europees Parlement, aan de Raad, het Europees Economisch en Sociaal Comité en aan het Comité van de regio's – Zeldzame ziekten: een uitdaging voor Europa (11 november 2008).

32 Belgisch plan voor zeldzame ziekten, december 2013.

33 RaDiOrg (maart 2017), *Het Belgische plan voor zeldzame ziekten*, hier beschikbaar: <http://radiorgnl.squarespace.com/beleiddelgischplan>

34 Senn, A. (2006), op. cit.

35 Turnbull, A. & Greco, M. (6 juni 2017). *EU Health Collaboration is crucial for Europe's future*, AIM mutual, hier beschikbaar: [http://aim-mutual.org/wp-content/uploads/2017/06/letter\\_value-of-health-cooperation-final-2.pdf](http://aim-mutual.org/wp-content/uploads/2017/06/letter_value-of-health-cooperation-final-2.pdf)

36 Greer, S. L., Fahy, N., Elliott, H. A., Wismar, M., Jarman, H., & Palm, W. (2014). *Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies But Were Afraid to Ask* (pp. 59-61). World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.



principes zijn van toepassing op vele sectoren, ook die van de gezondheid. De logica van de interne markt blijkt duidelijk uit het voorbeeld van de grensoverschrijdende zorg en de mogelijke mobiliteit van patiënten<sup>37</sup>.

Toch gelden onmiddellijk een reeks beperkingen voor het beginsel van vrij verkeer inzake gezondheid. Vooreerst wordt dit beginsel genuanceerd doordat de lidstaten bevoegd zijn om hun gezondheidsstelsel te organiseren alsook de prestaties die het dekt. Vervolgens wordt het vrije verkeer omkaderd door de mogelijkheid die de bevoegde lidstaat heeft om de mobiliteit te onderwerpen aan het afleveren van een toelating maar ook aan regels inzake berekening van de terugbetalingsbedragen. Ten slotte zijn de gezondheidszorgdiensten uitgesloten van de Dienstenrichtlijn<sup>38</sup> die meer bepaald op grensoverschrijdende dienstverlening betrekking heeft. De gezondheidsdiensten net zoals de diensten van algemeen niet-economisch belang en de sociale diensten zijn dus niet aan dezelfde regels onderworpen als de andere meer 'klassieke' diensten.

#### a. Vrij verkeer van goederen en gezondheid

Sinds 1965 probeert de Unie inzake vrij verkeer van goederen bijvoorbeeld de regels voor de commercialisering van farmaceutische producten in de Unie te harmoniseren<sup>39</sup>. De geneesmiddelensector is vandaag trouwens één van de meest gereguleerde sectoren van de interne markt. De Europese wetgeving maakt het mogelijk om een licentie op Europees (of nationaal) niveau te bekomen met slechts één enkele procedure die voor bepaalde types producten verplicht is<sup>40</sup>.

Met deze regels kan de kwaliteit van de geneesmiddelen wel gemakkelijker gecontroleerd worden, maar men kan zich afvragen of die aanpak verder zou zijn uitgewerkt als dit geen economische meerwaarde voor de eenheidsmarkt opleverde maar enkel een meerwaarde inzake gezondheid.

#### b. Vrij verkeer van personen en gezondheid

De recente controverse over de RIZIV-nummers in België deed de vraag rijzen inzake gezondheidswerkers die werkzaam zijn

buiten het land waar zij hun diploma behaalden. Vorig jaar hadden 388 van de 1.715 artsen die in België hun RIZIV-nummer kregen een buitenlands diploma<sup>41</sup>. Dankzij de regels van de eenheidsmarkt kunnen gezondheidswerkers zich in een ander land van de Europese Economische Ruimte vestigen<sup>42</sup>. Binnen dat kader is discriminatie inzake werk of loon verboden en de kwalificaties worden automatisch erkend via het principe van wederzijdse erkenning. Dat principe geldt voor zowel artsen als verpleegkundigen, tandartsen, vroedvrouwen en apothekers<sup>43</sup>. Sommigen zien hierin een kans om tekorten op te vangen (meer bepaald in de verplegingssector) terwijl anderen dit als een vorm van concurrentie zien<sup>44</sup>.

Algemeen wordt gezondheid gebruikt als een instrument om één van de hoofddoelstellingen van de Unie na te streven: de ongelijkheden tussen de verschillende Europese regio's verminderen. Jammer genoeg zijn die verschillen significant met bijvoorbeeld acht jaar verschil in levensverwachting tussen de best en de slechtst gerangschikte lidstaten<sup>45</sup>.

Zoals grafiek 1 toont, investeerde de Europese Unie meer dan 6 miljard euro in gezondheid tijdens de periode 2007-2013 via structurele hulpfondsen (zoals het Europees sociaal Fonds of het Cohesiefonds), programma's voor wetenschappelijk onderzoek of het 'gezondheidsprogramma' van de Unie<sup>46</sup>.

Heel wat andere actieterreinen van de EU hadden een impact op de gezondheidssector. Het sociaal beleid, het welzijnsbeleid, het beleid inzake wetenschappelijk onderzoek, concurrentie, de staatshulp of de diensten van algemeen belang zijn hiervan slechts een paar voorbeelden.

Sinds enkele jaren doet het domein van het gemeenschappelijk economisch bestuur, anders gezegd het injunctievermogen van de Europese Unie bij het beheer van de openbare financiën van de lidstaten, meer over zich spreken<sup>47</sup>. Dit domein zullen wij bespreken in het volgende gedeelte nadat wij eerst de problematiek van de handelsakkoorden en hun potentiële impact op de organisatie van de gezondheidszorg in de Europese Unie (en meer bepaald in België) in herinnering gebracht hebben.

37 Zie [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/policy\\_frn](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy_frn) en de verordeningen betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels die hierboven aangehaald werden.

38 Artikel 2, f Richtlijn 2006/123/EG van 12 december 2006 betreffende de diensten op de interne markt, JOUE 27/12/2006, bij het publiek beter bekend als de "Richtlijn Bolkestein".

39 Hauray, B. (2005). *L'Europe du médicament: politique-expertise-intérêts privés*. Presses de Sciences Po.

40 Onder meer die welke een actieve substantie bevatten die dateert van na 2004 voor de behandeling van HIV, AIDS, kanker of diabetes.

41 Votron, V. (27 juli 2016). *Numéros Inami: un quart des nouveaux médecins diplômés de l'étranger*, RTBF Info, ([https://www.rtbf.be/info/regions/detail\\_numeros-inami-un-quart-des-nouveaux-medecins-diplomes-de-l-etranger?id=9363604](https://www.rtbf.be/info/regions/detail_numeros-inami-un-quart-des-nouveaux-medecins-diplomes-de-l-etranger?id=9363604))

42 Artikel 45ff EU-Werkingsverdrag.

43 Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning voor beroepskwalificaties.

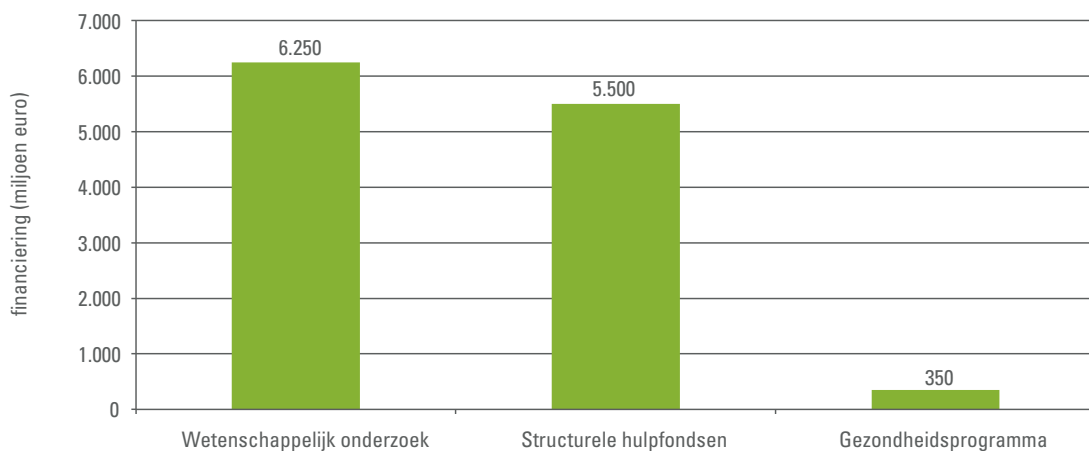
44 Votron, V. (27 juli 2016), *Numéros Inami: un quart des nouveaux médecins diplômés de l'étranger*, op. cit.

45 Zie OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

46 Zie EU-gezondheidsprogramma dat online beschikbaar is: [https://ec.europa.eu/health/programme/policy\\_nl](https://ec.europa.eu/health/programme/policy_nl).

47 Greer, S. L. (2014). The three faces of European Union health policy: Policy, markets, and austerity. *Policy and Society*, 33(1), 13-24.

Grafiek 1: Europees Fonds voor de gezondheidssector (2007-2013)



Bron: Watson J. Health and structural funds in 2007–2013: country and regional assessment. Brussels, DG Health and Consumer Protection, 2009 ([http://ec.europa.eu/health/health\\_structural\\_funds/docs/watson\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/docs/watson_report.pdf))

### 3.2. TTIP, CETA en de gevolgen ervan voor onze gezondheidszorg<sup>48</sup>

Artikel 34 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie garandeert gelijke toegang voor iedereen tot gezondheidszorg- en sociale diensten. Dit recht wordt in België geconcretiseerd door de regeling inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering die een universele toegang tot gezondheidszorg garandeert.

Om de toegang tot deze diensten te waarborgen, voorziet het Europese recht in uitzonderingen op de toepassing van de regels van de interne markt voor de openbare diensten en de zogenaamde diensten van 'algemeen belang'<sup>49</sup>. De dienst in kwestie beantwoordt immers aan de kenmerken die de jurisprudentie van het Europees Hof van justitie<sup>50</sup> bepaalde en de Commissie<sup>51</sup> overnam, maar de lidstaten kunnen beslissen om de concurrentieregels niet toe te passen<sup>52</sup>. De verplichte ziekteverzekering en de activiteiten van de ziekenfondsen zijn

in België dus vrijgesteld van de mededingingsregels voor de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering en de organisatie van de aanvullende verzekeringen<sup>53</sup>.

Bij de onderhandelingen over TTIP en CETA worden die principes echter opnieuw in vraag gesteld. De openbare diensten en de diensten van algemeen belang zijn potentieel bedreigd in meerdere opzichten. De Europese commissie kreeg van de lidstaten een onderhandelingsmandaat en maakte voorbehoud met het doel de openbare diensten en de diensten van algemeen belang te vrijwaren en te beschermen ten aanzien van de mededingingsregels<sup>54</sup>. Jammer genoeg hebben die voorzorgen grenzen: met CETA en TTIP zullen investeerders klacht kunnen indienen bij een investment court system (ICS) als de regulering van nationale diensten zou indruisen tegen hun belangen. Concreet zouden de ondernemingen door die verdragen een preventiebeleid van de nationale overheden kunnen aanvallen als zij menen dat dit hun financiële resultaten negatief beïnvloedt. Dit mechanisme zou de commerciële

<sup>48</sup> Voor een meer onderbouwde voorstelling over dit onderwerp vanuit een mutualistisch oogpunt: Chapelle, A. (2015). Waarom maken de ziekenfondsen zich zorgen over een handelsovereenkomst? *CM Informatie* 261, 58-66.

<sup>49</sup> Voor een meer gedetailleerde uitleg: *Services sociaux d'intérêt général (SSIG)*, Centre d'économie sociale de l'Université de Liège: [http://www.ces.ulg.ac.be/fr\\_FR/services/cles/dictionnaire/s---t---u/services-sociaux-d-interet-general-ssig](http://www.ces.ulg.ac.be/fr_FR/services/cles/dictionnaire/s---t---u/services-sociaux-d-interet-general-ssig) en Sauter, W. (2008). Services of general economic interest and universal service in EU law. *European Law Review*, 33(2), 167-192.

<sup>50</sup> Onder andere, Arrêt CJUE du 16 mars 2004, Affaire C-264/01 – AOK-Bundesverband

<sup>51</sup> Werkdocument van de Commissie, SWD(2013) 53, Europese Commissie, 29/04/2013

<sup>52</sup> Artikel 106 TFUE.

<sup>53</sup> Artikel 67 van de wet van 26 april 2010 bevat verschillende bepalingen over de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering

<sup>54</sup> Kunsch, C. & Vandenhemel, N. (2015). *Le CETA : petit frère du TTIP ?* [http://www.moc-site.be/images/stories/pdf/2015/CETA\\_Presentation%20MOC\\_29.09.15.pdf](http://www.moc-site.be/images/stories/pdf/2015/CETA_Presentation%20MOC_29.09.15.pdf)

privésector een hefboom kunnen bieden om het Europees gezondheidsbeleid te beïnvloeden en zo de actoren van de niet-commerciële privésector (zoals onze ziekenfondsen) aan te zetten om zich te aligneren op de regels van de commerciële privésector (die van de privé-verzekeringen).

De clausules inzake markttoegang die bepalen dat de partijen geen maatregelen mogen voorzien die beperkingen opleggen op het aantal leveranciers of het volume verrichtingen<sup>55</sup>, zouden rechtstreeks in conflict kunnen komen met de regels inzake planning van zorg in de Europese landen. Eén van de voorstellen van de farmaceutische industrie is meer bepaald om rekening te houden met het element 'innovatie' bij het bepalen van de prijs en terugbetaling. Het voorstel bevat een ruime definitie van het begrip vernieuwend product en geeft de farmaceutische industrie een doorslaggevende stem bij de procedures en het instellen van beroepsmiddelen voor de aanvrager. Bovendien bestaat via het mechanisme voor geschillenregeling tussen investeerders en Staten (net zoals voor de regulering van diensten) het risico dat de farmaceutische bedrijven een nationale overheid voor een internationale 'rechtbank' kunnen vervolgen wanneer een land beslist om een geneesmiddel niet langer terug te betalen. De Belgische ziekenfondsen pleiten reeds vele jaren voor een betere controle op de prijs van de geneesmiddelen<sup>56</sup>. Sommige elementen hieromtrent zijn terug te vinden in het Pact dat met de farmaceutische industrie werd afgesloten<sup>57</sup>. De bedrijven kunnen hun toevlucht echter zoeken in mechanismen die in deze vrijhandelsakkoorden staan en dat brengt de tot nu toe geleverde inspanningen op dit vlak in het gedrang.

De uitsluiting van de verplichte sociale zekerheid uit dit type verdrag waarborgt dus in theorie de soevereiniteit van de staten om hun gezondheidsbeleid te bepalen<sup>58</sup>. Zoals wij echter al zagen kunnen de mechanismen die in deze verdragen zijn opgenomen, zoals het mechanisme voor geschillenregeling, wel onrechtstreeks het gezondheidsbeleid van de Europese lidstaten beïnvloeden.

Extreem gesteld zouden de Europese gezondheidsstelsels gevaarlijk kunnen verglijden naar het Amerikaanse gezondheidsstelsel dat vooral in handen van privéfirma's is en waartoe de toegang niet voor iedereen gegarandeerd is<sup>59</sup>.

Sommigen zullen zeggen dat de lidstaten zelf vrijwillig mandaat aan de Commissie gaven om over een dergelijk verdrag te onderhandelen. De Commissie werd zo geacht de belangen van alle lidstaten te vertegenwoordigen. Jammer genoeg is het niet zo eenvoudig. Een groot aantal studies documenteert de invloed van de grote lidstaten op het beleid van de Europese Unie<sup>60</sup>. Uiteindelijk moeten de nationale regeringen<sup>61</sup> dit wel goedkeuren, maar een vaststelling is dat de inhoud van deze akkoorden in ruime mate wordt beïnvloed door de belangen van de grote lidstaten ten koste van de kleinere, minder machtige lidstaten op economisch en diplomatiek vlak<sup>62</sup>.

Anderzijds is de lobby van de commerciële ondernemingen uiterst machtig<sup>63</sup>. Ondanks de vele protesten van het middenveld (meer bepaald onder de vorm van grote betogingen die zowat overal in Europa werden georganiseerd) sprak het Europees parlement zich uit vóór de voortzetting van de onderhandelingen<sup>64</sup> en keurde CETA goed<sup>65</sup>.

Onder invloed van de lobby's en het feit dat de Commissie meer de belangen van bepaalde lidstaten dan andere verdedigt, lijkt de onderhandelingsprocedure complexer dan in theorie en uiteindelijk laat ze maar weinig ruimte voor de publieke opinie.

### 3.3. Gezamenlijk economisch bestuur, bezuinigingen en besparingen in de gezondheidszorg

De WGO stelt in een rapport van 2012 "*Les réponses des politiques de santé à la crise financière en Europe*" dat de crisis die in 2007 begon, "een sterk negatief effect had op de beschikbaarheid van middelen voor het gezondheidszorgstelsel

55 Zie CETA Artikel 9.6, Hoofdstuk XIX Grensoverschrijdende handel van diensten

56 België is één van de landen waarvan de inwoners het meeste geld aan geneesmiddelen besteden. Zie OECD (2016). *Health at a glance: Europe 2016*. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en)

57 zie Lebbe, C. (2016). Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie. CM-Informatie, nr. 264, 37-43.

58 Zie "Instrument interprétatif commun concernant l'accord économique et commercial global" (CETA) tussen Canada en de Europese Unie en haar lidstaten.

59 Het debat over de afschaffing van de Affordable Care Act of Obamacare deed die vaststelling opnieuw opduiken in het debat. Zie: Frean, M., Gruber, J., & Sommers, B. D. (2016). Disentangling the ACA's Coverage Effects—Lessons for Policymakers. *New England Journal of Medicine*, 375(17), 1605-1608 en Blumberg, L. J., Buettgens, M., & Holahan, J. (2016). Implications of Partial Repeal of the ACA through Reconciliation. *Washington, DC: Urban Institute*.

60 Magnette, P., & Nicolaidis, K. (2005). Coping with the Lilliput Syndrome: Large vs. Small Member States in the European Convention. *European Public Law*, 11(1), 83; Magnette, P., & Nicolaidis, K. (2003). *Large and small member states in the European Union: Reinventing the balance*. Paris: Notre Europe.

61 En de deelstaten in België

62 Tallberg, J. (2008). Bargaining power in the European Council. *JCMS: journal of common market studies*, 46(3), 685-708 en Bunse, S., Magnette, P., & Nicolaidis, K. (2005). *Is the commission the small member states' best friend?* Svenska institutet för europapolitiska studier (SIEPS). [http://kalypsonicolaidis.com/wp-content/uploads/2015/02/2005\\_IsTheCommissionBestFriend.pdf](http://kalypsonicolaidis.com/wp-content/uploads/2015/02/2005_IsTheCommissionBestFriend.pdf)

63 Vanheste, T. (2016). *Big business orders its pro-TTIP arguments from these think tanks*, The Correspondent, <https://thecorrespondent.com/3884/big-business-orders-its-pro-ttip-arguments-from-these-think-tanks/179184456-59671a10>

64 Stemming van de Belgische parlementsleden over het 3de luik van de TTIP-onderhandelingen: [http://www.no-transat.be/sites/default/files/No-Transat\\_en.pdf](http://www.no-transat.be/sites/default/files/No-Transat_en.pdf)

65 Stemming van het Europees parlement van 15/02/2017 waardoor het verdrag vanaf 1 april 2017 voorlopig van toepassing is.



of een sterk positief effect had op de vraag naar gezondheidsdiensten<sup>66</sup>.

Dit rapport merkt op dat “de besparingen in de overheidsuitgaven voor gezondheid om op de economische crisis te reageren zich voordoen op het moment wanneer voor de gezondheidsstelsels meer en niet minder middelen nodig zijn, meer bepaald om de nefaste gevolgen van werkloosheid op de gezondheid op te vangen”<sup>67</sup>.

Griekenland was één van de landen die bijzonder getroffen werden door de besparingsmaatregelen in de gezondheidszorgsector. Zoals de organisatie Dokters van de Wereld herinnert, “in theorie biedt het Grieks universeel publiek gezondheidsstelsel aan verzekerden met een zeer laag inkomen de mogelijkheid om gratis naar de huisarts te gaan en geneesmiddelen te krijgen, maar het vereiste gezondheidsboekje om niets te hoeven betalen, krijgen heel wat onder hen niet hoofdzakelijk wegens de complexe administratieve procedures in Griekenland. Sinds oktober 2010 vragen alle openbare ziekenhuizen 5 euro toegangsgeld en ook de bijkomende onderzoeken moeten betaald worden. Door die maatregel wordt een groot aantal gebruikers uitgesloten”<sup>68</sup>. Jammer genoeg is dit voorbeeld niet het enige: in de gezondheidszorg werd veel bespaard om het effect van de crisis op de overheidsfinanciën te beperken in heel wat EU-landen.

Ondanks dat vele onderzoekers binnen het domein van de gezondheidszorg duidelijk anticipeerden op de impact hiervan<sup>69</sup>, werd een besparingsbeleid gevoerd in Europa met een zeer negatieve impact op de gezondheid van de bevolking, vooral voor de meest kwetsbaren<sup>70</sup>. Meer bepaald in het kader van de Europese Semesters werden talrijke budgettaire aanbevelingen inzake gezondheidszorg geformuleerd<sup>71</sup> en op dat mechanisme gaan wij ons nu concentreren.

Het Europese Semester is een systeem om het economisch en budgettair beleid van de lidstaten te coördineren waarbij rond drie assen wordt gewerkt: (1) de structurele hervormingen voor groei en tewerkstelling (strategie Europa 2020); (2) het begrotingsbeleid (stabiliteits- en groeipact); (3) het voorkomen van overdreven macro-economische onevenwichten.

De Europese commissie publiceert in dit kader ieder jaar economische vooruitzichten op basis van het onderzoek naar de groei en neemt hierin algemene economische prioriteiten op voor de EU voor het volgende jaar<sup>72</sup>. Op basis van dit rapport stellen de lidstaten hun stabiliteits- of convergentieprogramma en hun nationaal hervormingsprogramma op. Hierin nemen zij hun begrotingsstrategie op en de beoogde economische en financiële hervormingen en hervormingen inzake leefmilieu als antwoord op de economische prioriteiten voor de EU. De Commissie formuleert vervolgens op basis van deze programma's specifieke aanbevelingen per land. De aanbevelingen van de Commissie kunnen zowel preventief als bijsturend zijn.

Tijdens de zwaarste periodes in de crisis, beslisten de leiders van de EU-landen, meer bepaald de lidstaten van de eurozone, om de controle door de Europese Unie op de zogenaamde criteria van ‘Maastricht’ inzake de overheidsfinanciën te versterken (meer bepaald de ratio schuld/BBP lager dan 60% en minder dan 3% structureel overheidstekort).<sup>73</sup>

In dat kader en om de begrotingsdiscipline te handhaven en onevenwichten te vermijden, bekrachtigden de landen van de Eurozone het pact inzake de stabiliteit, de coördinatie en de governance, vaak het Europees ‘Begrotingspact’ genoemd. De inhoud van dit verdrag valt eigenlijk niet onder het Europees recht. Dit is een intergouvernementeel akkoord dat op bepaalde instellingen van de Unie steunt. Het Verenigd Koninkrijk ondertekende dit niet mee en ondergaat dus niet de impact van de aanbevelingen van de Commissie hieromtrent.

Het stabiliteits- en groeipact werd aldus versterkt met “packs” van guidelines en andere wetgevingen (vooral de “two-pack” en “six-pack”) die een aantal verplichtingen voor de lidstaten invoeren waardoor de Commissie de overheidsuitgaven gemakkelijker maar ook strenger kan controleren.

Wanneer een land zijn engagementen inzake overheidsschuld en begrotingstekort niet nakomt, activeert de Commissie de “Procedure bij buitensporige tekorten”. Het land krijgt dan zes maanden om te reageren door plannen op te stellen om een stabiel evenwicht van de overheidsfinanciën te bereiken, zo niet zal de Commissie aanbevelingen formuleren. Het

66 WHO (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe. On line beschikbaar: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/170865/e96643.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf?ua=1)

67 *Ibidem*

68 Médecins du monde (2013). *L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie*, p.4. Online beschikbaar: <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/mdm-full-report-crisis-and-rising-xenophobia.pdf>

69 Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*, 347, f5239.

70 Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.

71 Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748-753

72 Voor een vollediger kritische analyse, zie Zeitlin, J., & Vanhercke, B. (2014). Socializing the European Semester. *Economic governance and social policy coordination in Europe, 2020, 2014-17* en Costamagna, F. (2013). The European Semester in Action: Strengthening Economic Policy Coordination While Weakening the Social Dimension? LPF-WEL Working Paper No. 5. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2367768>

73 European Commission. *Economic and financial affairs: the European Semester*. Brussels, European Commission, 2013, on line beschikbaar: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/economic\\_governance/the\\_european\\_semester/](http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/the_european_semester/)

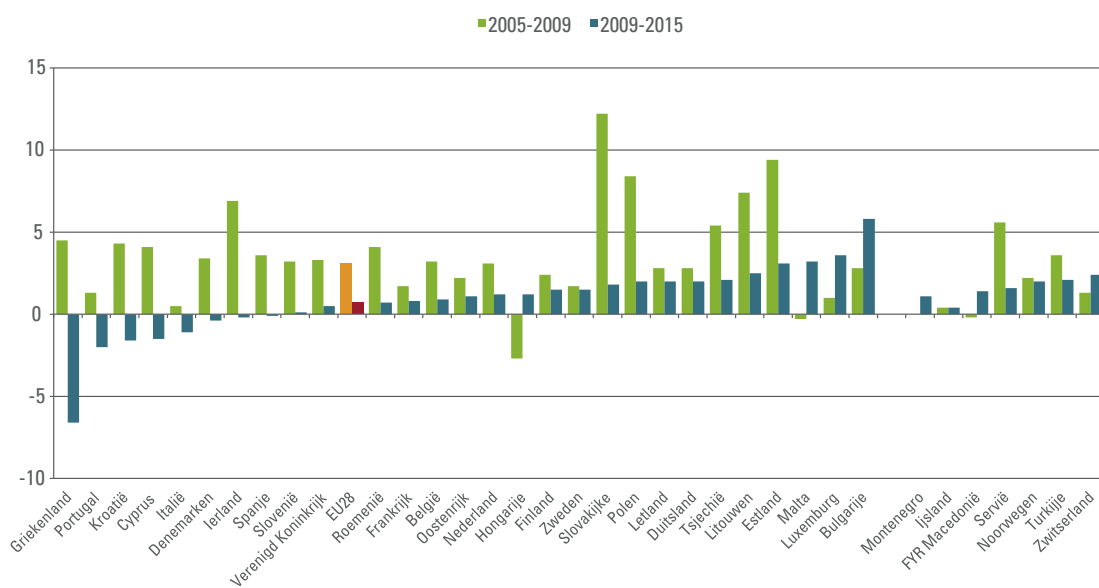
“correctieve” luik van de aanbevelingen kan bepaalde maatregelen opleggen zoals boetes, een uitnodiging van de Europese Investeringsbank (EIB) om hun ontleningsbeleid aan een land te herzien of nog een opschorting van de financiële hulp, zoals vanuit de cohesiefondsen<sup>74</sup>.

Uiteraard ontsnapt de financiering van de gezondheidszorg niet aan de aanbevelingen van de Commissie. De gezondheidszorguitgaven vertegenwoordigen gemiddeld 9% van het BBP van de EU-lidstaten<sup>75</sup> en zijn dus bij uitstek een doelwit voor besparingen. We stellen echter vast dat de aanbevelingen van de Commissie en de Raad die rechtstreeks op het gezondheidsstelsel betrekking hebben uiterst algemeen zijn<sup>76</sup>. De verbetering van de “efficiëntie – kostprijs” van de gezondheidszorg staat wel vaak in de aanbevelingen maar zelden worden dit voorstellen voor concrete, praktische maatregelen. De

Commissie beveelt niet rechtstreeks aan om te snoeien in de gezondheidszorg maar spreekt eerder van “reorganisatie van de zorg” of van “risico van begrotingstraject”. Als de overheidsuitgaven verminderd moeten worden om aan het stabiliteits- en groeipact te voldoen, komt de gezondheidszorgsector vaak in het vizier om er aanzienlijk te besparen<sup>77</sup>.

Vele landen hebben aldus als antwoord op de crisis hun budget voor gezondheidszorg verminderd. Bulgarije en Litouwen verminderden bijvoorbeeld hun budget met 20% want door de sterke stijging van de werkloosheid waren de sociale bijdragen om de zorg te financieren, fors teruggevallen. Op enkele uitzonderingen na, hebben alle Europese landen beslist om het budget of de groei van de uitgaven voor gezondheidszorg te verminderen of zij werden hiertoe verplicht (zie grafiek 2)<sup>78</sup>.

**Grafiek 2: jaarlijks groeipercentage (%) van de reële uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner, 2005 tot 2015**



Source: OECD (2016). *Health at a glance: Europe 2016*. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en)

74 Europe 2020, Semestre européen 2016, disponible en ligne : [http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_fr.htm); pour le rapport pour la Belgique en 2016, voir [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016\\_belgium\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_belgium_fr.pdf)

75 Voor een kritische analyse van deze regels die kort na de ondertekening van het Verdrag van Maastricht gemaakt werd, zie Buiter, W., Corsetti, G., & Roubini, N. (1993). Excessive deficits: sense and nonsense in the Treaty of Maastricht. *Economic Policy*, 8(16), 57-100

76 Voor een kritische analyse van de bijsturingmaatregelen, zie Geist R. Macroeconomic conditionality: another brick in the austerity wall. *Social Europe Journal Blog*, 2013, 28 October, <http://www.social-europe.eu/2013/10/macroeconomicconditionality- another-brick-in-the-austerity-wall/>

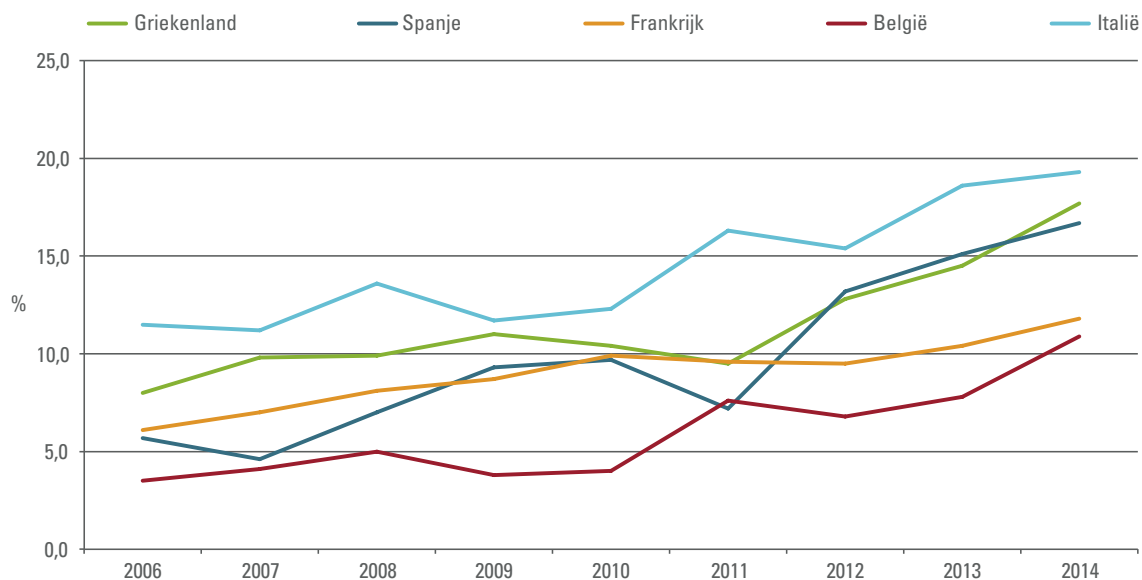
77 Azzopardi-Muscat, N., Clemens, T., Stoner, D., & Brand, H. (2015). EU Country Specific Recommendations for health systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors. *Health Policy*, 119(3), 375-383.

78 Bijvoorbeeld, Greer, S. L., Fahy, N., Elliott, H. A., Wismar, M., Jarman, H., & Palm, W. (2014). *Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies But Were Afraid to Ask* (pp. 59-61). World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, pp.124-127.

Dat beleid heeft jammer genoeg heel wat gevolgen. Zoals de auteurs van de studie *Austerity and Health in Europe* vermelden "Deze recessie leidde tot een stijging van het aantal mensen met een slechte gezondheid en een stijging van de angst- en depressiegraad bij de meest kwetsbare personen. Bovendien

zijn de incidentie van besmettelijke ziekten en de zelfmoordpercentages aanzienlijk gestegen"<sup>79</sup>. Grafiek 3 illustreert dit: Sinds 2008 is het aandeel mensen met een laag inkomen die zich niet konden laten verzorgen, sterk gestegen en dat fenomeen heeft zelfs de neiging te versnellen sinds 2012<sup>80</sup>.

**Grafiek 3: Veranderingen in de medische behoeften in de laagste inkomenscategorïeën waaraan om financiële redenen niet werd voldaan (percentages binnen deze populatie), 2006-2014**



Bron: Zie OECD (2016). *Health at a glance: Europe 2016*. Beschikbaar on line : [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en)

## 4. Conclusie

Zoals wij in het eerste deel van dit artikel zagen, ontwikkelden de bevoegdheden van de EU inzake gezondheid zich de jongste twintig jaar. Het gezondheidsbeleid uittekenen blijft bij voorrang de bevoegdheid van de lidstaten maar de Unie ontwikkelt hierbij een coördinerende en ondersteunende rol via diverse acties (richtlijn over de grensoverschrijdende zorg, initiatieven van de Commissie inzake onderzoek, aanbevelingen om de efficiëntie van de zorg te verbeteren, enz.). Wanneer de Unie op basis van haar formele bevoegdheden inzake gezondheid optreedt, gaat zij aan de burgers nieuwe rechten toekennen bovenop de rechten die zij op nationaal niveau hebben. De Unie coördineert dus het bestaande beleid in Europa om het efficiënter te maken

zonder aan de kwaliteit van de gezondheidszorgstelsels te raken.

De invloed van de Unie inzake gezondheid beperkt zich echter niet tot haar rechtstreekse bevoegdheden. De toepassing van een globaler beleid heeft rechtstreekse gevolgen voor de organisatie van de gezondheidszorg in Europa. Wij hebben twee materies verder uitgediept en zagen dat de Europese Unie de macht heeft om te raken aan de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg: de vrijhandelsakkoorden en het gemeenschappelijk economisch bestuur.

De impact van de actie van de Unie inzake gezondheid is dus een tweesnijdend zwaard: de EU kent nieuwe rechten toe aan de Europese burgers door rechtstreeks in te werken op het

<sup>79</sup> Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health policy*, 113(1), 13-19.

<sup>80</sup> Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2015). The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *European journal of public health*, 25(3), 364-365.

gezondheidsbeleid maar bedreigt hiermee de goede werking van de nationale gezondheidsstelsels via een besparingsbeleid dat vorm krijgt in de handelsverdragen en de overheidsfinanciën.

Vergeet echter niet dat de lidstaten (via de Europese Raad, de top van de staats- en regeringsleiders) aan de Commissie het mandaat gaven om te gaan onderhandelen over TTIP en CETA. Het Europees parlement zelf sprak zich meermaals gunstig uit over deze verdragen. Het Europees Semester is een procedure die sinds 2010 in de Europese verdragen is opgenomen en waarover de lidstaten en het Europees Parlement zich moesten uitspreken.

Wanneer sommige regeringen vandaag beslissen om gezondheid als een 'aanpassingsvariabele' te beschouwen, mag men niet vergeten dat dit een beleidskeuze is. Dankzij uw stem, op zowel nationaal, Europees of gewestniveau en onze mobilisering kunnen wij dus bepalen welke richting de EU met een indirecte impact op gezondheid uitgaat.

Het is ook simplistisch te denken dat de bedragen die naar Europa gaan, rechtstreeks opnieuw in het gezondheidszorgstelsel gepompt kunnen worden. Het pro-Brexit argument in verband met de financiering van gezondheid bleek verkeerd, al zeer snel nadat het uitgesproken was<sup>81</sup>. Het cijfer van 350 miljoen pond per week is immers een bruto cijfer dat geen rekening houdt met de belangrijke bedragen die naar het Verenigd Koninkrijk terugvloeien onder de vorm van landbouw- en

andere EU-subsidies, de structurele fondsen en subsidies voor onderwijs/opvoeding en onderzoek inbegrepen.<sup>82</sup> Deze simplistische redenering houdt dus geen rekening met de economische voordelen die Europa aan het Verenigd Koninkrijk geeft, meer bepaald inzake handelsbetrekkingen. De Brexit zou daarentegen de problemen om de gezondheidszorg in Groot-Brittannië te organiseren, kunnen verergeren.<sup>83</sup> Uit meerdere studies blijkt dat de Brexit trouwens niet tot meer regulering inzake tabak, samenwerking tussen wetenschappers, milieu-wetgeving of toegankelijkheid van de zorg zou moeten leiden.<sup>84</sup>

Zoals wij bovendien zagen, heeft het mechanisme van het Europees Semester geen rechtstreekse impact op het Verenigd Koninkrijk want zij ondertekenden het budgettair pact niet. Zij krijgen enkel aanbevelingen pro forma en kregen die trouwens nooit inzake gezondheid. De Engelsen kunnen voor hun vertrek uit de EU dus niet inroepen dat zij besparingen opgelegd kregen waardoor zij onvoldoende budget aan hun gezondheidszorg kunnen besteden.

Als de Engelsen of de Belgen hun gezondheidszorgstelsels meer solidair en breder toegankelijk willen maken en zorg van betere kwaliteit willen bieden, moeten de burgers eerst ervoor zorgen dat zij stemmen voor regeringen die dat eveneens willen. De standpunten van de Europese Raad weerspiegelen die van de regeringen van de lidstaten waar nu een liberale oriëntering van het gezondheidsbeleid te zien is.

81 Dhingra, S., Breinlich, H., Ottaviano, G. I., Sampson, T., & Reenen, J. V. (2016). BREXIT 2016 - Policy analysis from the Centre for Economic Performance. Centre for Economic Performance. London School of Economics and Political Science.

82 Asthana, A. & Mason, R. (1 juli 2016). Michael Gove launches Tory leadership bid with Brexit promise, *The Guardian*, on line beschikbaar: <https://www.theguardian.com/politics/2016/jul/01/michael-gove-launches-tory-leadership-bid-with-brexit-promise>

83 Wollaston, S. (2016). Brexit should come with a health warning for the NHS, public health, and research. *BMJ*, 353, i2747.

84 McKee, M., & Galsworthy, M. J. (2016). Brexit: a confused concept that threatens public health. *Journal of Public Health*, 38(1), 3-5.