

Tilburg University

Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg

Sauter, W.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Europees Recht

Publication date:
2009

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Sauter, W. (2009). Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Europees Recht*, 15(1), 1-7.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg

Prof. mr. W. Sauter

Het Richtlijnvoorstel van de Commissie over patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg is niet primair een codificatie van de rechtspraak over patiëntenmobiliteit van het HvJ EG. Het voorstel maakt namelijk het hanteren van voorafgaande toestemmingsvereisten in de meeste gevallen onmogelijk en voert nieuwe rechten op transparantie en verantwoording in die niet alleen op grensoverschrijdende patiënten maar op alle patiënten van toepassing zijn. Deze veranderingen zullen de tendens naar verdere hervormingen in de zorg versterken.

Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, COM(2008) 414 definitief, Brussel 2 juli 2008.

Inleiding

Een eerdere bijdrage in dit tijdschrift is ingegaan op de mogelijkheid dat codificatie van de rechtspraak betreffende patiëntenmobiliteit, respectievelijk harmonisatie op grond van deze rechtspraak, zou plaatsvinden.¹ Inmiddels heeft de Europese Commissie in juli 2008 inderdaad een voorstel gepresenteerd voor een richtlijn over patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg (hierna: het Richtlijnvoorstel). Dit is een moedig initiatief omdat de lidstaten tot dusver hervormingen van de gezondheidszorg als een netelig politiek probleem beschouwen, waar zij de Gemeenschap liever buiten willen houden. Bovendien faalde een eerdere poging van de Commissie om de jurisprudentie van het HvJ EG over patiëntenmobiliteit te codificeren in de Dienstenrichtlijn: de Commissie moest de betreffende bepalingen terugtrekken om de Dienstenrichtlijn zelf te redden.²

Het voorstel van de Commissie is echter niet alleen moedig, maar ook noodzakelijk. In de gehele EU staan nationale gezondheidsstelsels onder druk: stijgende kosten ten gevolge van vergrijzing, medische ontwikkelingen en rijzende verwachtingen leiden vrijwel overal tot pogingen om de kosten te beheersen door verschillende vormen van rantsoenering, zoals het hanteren van wachtlijsten. Ten behoeve van zowel betaalbaarheid als doelmatigheid heeft de gezondheidszorg verandering nodig, en wel in de zin van meer marktwerking, met in ieder geval een afscheid van centraal gestuurde aanbodregulering,

de intrede van vraagsturing en nieuwe toetreding van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars.

Tegen deze achtergrond heeft het HvJ EG de afgelopen tien jaar van *Kohll tot Watts* een reeks opmerkelijke uitspraken gedaan waarin zij de vrijheid tot het verlenen van diensten van artikel 49 EG-Verdrag heeft toegepast op de zorg³ (naast Verordening nr. 1408/71,⁴ de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving gebaseerd op het vrij verkeer van werknemers in artikel 42 EG-Verdrag). In deze zaken zochten patiënten een betere (en/of eerdere) geneeskundige behandeling in andere lidstaten en deden via het vrij verkeer van diensten een beroep op het recht om deze zorg vergoed te krijgen in overeenstemming met de sociale zekerheidsregels in hun Lidstaat van her-

- ¹ H.M. Stergiou, "Kalimera" dear doctor: het arrest *Stamatelaki* en andere recente ontwikkelingen op het terrein van grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit', *NTER* 2007, p. 238.
- ² Richtlijn 2006/123/EG van het Europees Parlement en de Raad van 12 december 2006 betreffende diensten op de interne markt, *Pb.* 2006, L376/36, artikel 2 para. 2 sub f en Preambule, overweging 23. Zie eerder: Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende diensten op de interne markt, SEC(2004) 21, Brussel 13 januari 2004, vooral artikel 23.
- ³ HvJ EG zaak C-158/96 *Kohll*, *Jur.* 1998, p. I-1931; HvJ EG zaak C-120/95, *Decker*, *Jur.* 1998, p. I-1831; HvJ EG zaak C-368/98, *Vanbraekel*, *Jur.* 2001, p. I-5363; HvJ EG zaak, C-157/99 *Smits en Peerbooms*, *Jur.* 2001, p. I-5473; HvJ EG zaak C-385/99 *Müller-Fauré en van Riet*, *Jur.* 2003, p. I-4509; HvJ EG zaak C-56/01 *Inizan*, *Jur.* 2003, p. I-12403; HvJ EG zaak C-8/02 *Leichtle*, *Jur.* 2004, p. I-2641; HvJ EG zaak C-193/03 *Bosch*, *Jur.* 2004, p. I-991; HvJ EG zaak C-145/03 *Keller*, *Jur.* 2005, p. I-2529; HvJ EG zaak C-372/04 *Watts*, *Jur.* 2006, p. I-4325; HvJ EG zaak C-466/04 *Herrera*, *Jur.* 2006, p. I-5341; HvJ EG zaak C-444/05 *Stamatelaki*, *Jur.* 2007, p. I-3185. Zie de bespreking van een aantal van deze arresten in I. van de Steen, *NTER* 2001, p. 213 en *NTER* 2003, p. 272; H.M. Stergiou, *NTER* 2006, p. 219 en hierboven noot 1; S.A. de Vries, 'Patiëntenzorg in Europa na *Watts*: wiens zorg?' *SEW* 2007, p. 132.
- ⁴ Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op loontrekkende en hun gezinnen, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, *Pb.* 1971, L149/2. Zodra de betreffende uitvoeringsverordening van kracht wordt zal Verordening 1408/71 vervangen worden door Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels, *Pb.* 2004, L166/1.

komst (in deze context de lidstaat van aansluiting geheten). Het HvJ EG heeft deze patiëntenmobiliteit steeds gesteund. Het feit dat de meeste lidstaten weinig toeschietelijk waren met het uitvoeren van de verplichtingen die hieruit volgen, is herhaaldelijk door de Commissie gesignaleerd.⁵ Dit is dan ook een belangrijke achterliggende reden voor het Richtlijnvoorstel van de Commissie dat in deze bijdrage besproken wordt.

De belangrijkste vragen zijn of er inderdaad sprake is van een codificatie van de rechtspraak en in hoeverre het Richtlijnvoorstel verder gaat dan dat. Eerst wordt de rechtspraak over patiëntenmobiliteit kort samengevat.

Samenvatting van de rechtspraak

In zijn rechtspraak over patiëntenmobiliteit heeft het HvJ EG een parallel regime voor patiëntenmobiliteit op basis van artikel 49 EG-Verdrag ontwikkeld, naast het bestaande kader op basis van het vrij verkeer van werknemers waarin werd voorzien door de al genoemde Verordening nr. 1408/71. De reikwijdte van de sociale zekerheidsverplichtingen als zodanig wordt volgens vaste rechtspraak autonoom door de lidstaat van aansluiting (waar een patiënt verzekerd is) bepaald.⁶ Ook het recht van individuele patiënten om zich in een ander land te laten behandelen en daarvoor zelf te betalen, staat niet ter discussie. In plaats daarvan gaat het zowel in het kader van artikel 49 EG-Verdrag als in dat van Verordening nr. 1408/71 over de voorwaarden voor het vergoeden van de kosten voor behandeling in een andere lidstaat wanneer deze behandeling deel uitmaakt van de prestaties waarop de verzekerde in de lidstaat van aansluiting recht heeft.

- Op grond van artikel 49 EG-Verdrag vindt vergoeding (van daadwerkelijk gemaakte kosten) plaats tot op het niveau van behandeling in de lidstaat van aansluiting zelf, terwijl op grond van Verordening nr. 1408/71 de vergoeding plaatsvindt op het niveau dat geldt in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt. Indien het niveau van de vergoeding in het laatste geval lager is, kan het verschil tot op het niveau van de werkelijk gemaakte kosten worden geclaimd op basis van artikel 49 EG-Verdrag.
- De vraag óf vergoeding plaats vindt is ingewikkelder. Op grond van Verordening nr. 1408/71 is altijd voorafgaande toestemming voor een behandeling in een andere lidstaat vereist als voorwaarde voor vergoeding (behalve voor spoedeisende eerste

hulp). Op grond van artikel 49 EG-Verdrag wordt voorafgaande toestemming gezien als een belemmering van de vrijheid tot het verlenen van diensten die in beginsel niet kan worden vereist voor extramurale zorg (de niet-ziekenhuiszorg). Dergelijke toestemming mag echter bij wijze van exceptie met een beroep op de noodzaak tot planning en rationalisatie en/of de financiële stabiliteit van het sociale zekerheidsstelsel gevraagd worden voor intramurale zorg (ziekenhuiszorg). Het is duidelijk dat in dit verband de definitie van intramurale zorg cruciaal is. Een dergelijke definitie ontbreekt echter in de rechtspraak van het HvJ EG.

- Tot dusver heeft het HvJ EG nog nooit bewijsmateriaal gevraagd alvorens een beroep op deze excepties te accepteren. In plaats daarvan heeft het zich geconcentreerd op het uitwerken van de procedurele waarborgen van het toestemmingsproces. Hierbij ging het vooral om de objectiviteit en evenredigheid daarvan, waarbij het in het bijzonder inging op de vraag wanneer een 'tijdige behandeling' beschikbaar zou zijn, met oog voor de individuele omstandigheden van de patiënt.

Op deze wijze heeft het HvJ EG ten aanzien van grensoverschrijdende zorg geprobeerd een werkbaar balans te treffen tussen de rechtvaardigingsgronden op basis van het algemeen belang die door de lidstaten werden ingeroepen enerzijds, en de rechten van individuele patiënten anderzijds.

Het voorstel voor een Richtlijn over patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg

De effectbeoordeling: kwantificering van de argumenten voor codificering

Het Richtlijnvoorstel werd onder meer in samenhang met een effectbeoordeling gepresenteerd die de Commissie heeft gebruikt om te kiezen tussen verschillende beleidsvarianten.⁷ Deze wordt hier kort aangehaald voor zover relevant als achtergrond van het Richtlijnvoorstel. De effectbeoordeling stelt dat in de afgelopen 12 maanden 4 procent van de bevolking van de EU gebruik heeft gemaakt van gezondheidszorg in een andere lidstaat, dat meer dan 70 procent van de bevolking van de EU meent dat dergelijke behandelingen worden vergoed en dat iets meer dan de helft van de bevolking van de EU ervoor open staat om naar een andere lidstaat te reizen teneinde daar behandeld te worden.

De effectbeoordeling stelt verder dat grensoverschrijdende zorg slechts 1 procent van de openbare uitgaven aan de volksgezondheid in de EU belooft, te weten ongeveer 9,7 miljard euro. De totale invloed van patiëntenmobiliteit op de kosten van de gezondheidszorg mag daarmee dan ook als betrekkelijk klein worden beschouwd.

Zoals de Commissie dat in vergelijkbare gevallen vaker doet, kwantificeert de effectbeoordeling vier verschillende beleidsvarianten:

- geen optreden van de EU;
- richtsnoeren over vraagstukken betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg;
- een algemeen rechtskader voor gezondheidsdiensten in de vorm van een richtlijn die hetzij zowel intramurale als extramurale gezondheidszorg omvat, hetzij alleen extramurale zorg;
- gedetailleerde rechtsvoorschriften (niet nader omschreven) op Europees niveau.

Alleen de variant die de Commissie heeft gekozen – een richtlijn voor zowel intramurale als extramurale zorg – blijkt maatschappelijke

⁵ Werkdocument van de diensten van de Commissie over de toepassing van de regels van de interne markt op gezondheidsdiensten SEC(2003)900, Brussel 28 juni 2003. DG SANCO, Samenvatting van de reacties of de raadpleging over communautaire maatregelen op het gebied van gezondheidsdiensten (2008, geen datum), p. 14-15.

⁶ HvJ EG zaak 238/82, Duphar, *Jur.* 1984, p. 523, para. 16; HvJ EG Gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91, Poucet en Pistre, *Jur.* 1993, p. I-637, para. 6; HvJ EG zaak C-70/95, Sodemare, *Jur.* 1997, p. I-3395, para. 27 en HvJ EG zaak C-158/96 Kohll, hierboven noot 3, para. 17.

⁷ Werkdocument van de diensten van de Commissie bij het voorstel voor een richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg: Samenvatting van de effectbeoordeling SEC(2008)2164, Brussel, 2.7.2008. En het volledige document: Impact Assessment, SEC(2008)2163, Brussel, 2.7.2008.

lijke voordelen te hebben die de kosten van invoering overstijgen, en wel een positieve balans van jaarlijks 179,6 miljoen euro, waarbij in de gehele EU in totaal 780.000 extra patiënten behandeld zouden worden.⁸

De aangehaalde maatschappelijke voordelen van de geselecteerde beleidsvariant lijken nogal bescheiden als onderbouwing van het beoogde optreden door de EU. De Commissie worstelt dan ook met een dilemma: aan de ene kant wil zij beargumenteren dat er een serieus probleem bestaat dat een Europese oplossing vergt, terwijl zij aan de andere kant ook wil kunnen beweren dat de invloed van de nieuwe Europese wetgeving op de nationale sociale zekerheidsstelsels zo gering is, dat de voorafgaande toestemmingsvereisten die dit initiatief zouden kunnen frustreren niet gerechtvaardigd zijn.

Wettelijke grondslag van de Richtlijn

Het Richtlijnvoorstel is gebaseerd op de harmonisatiebepaling artikel 95 EG-Verdrag, en is dus gericht op het tot stand komen en de werking van de interne markt. Dit wordt gerechtvaardigd doordat patiënten vaak niet in staat blijken zich met succes te beroepen op de (volgens de Commissie) juridisch gezien duidelijke rechten bij grensoverschrijdende zorg waarvan het HvJ EG het bestaan heeft vastgesteld. Met andere woorden: de lidstaten zijn tot dusver tekortgeschoten in de tenuitvoerlegging van de uitspraken van het HvJ EG.

Daarom beoogt het Richtlijnvoorstel een kader te bieden dat duidelijkheid biedt over het recht op vergoeding van in andere lidstaten verleende gezondheidszorg en dat de lidstaten dwingt hun wetgeving hiermee in overeenstemming te brengen. Bovendien beoogt het Richtlijnvoorstel garanties te bieden dat dergelijke grensoverschrijdende zorg hoogwaardig, veilig en efficiënt is. Ook dit dient om het daadwerkelijk gebruik van grensoverschrijdende zorg te bevorderen.

In lijn met artikel 152 EG-Verdrag blijft het uitgangspunt echter dat de lidstaten volledig autonoom verantwoordelijk zijn voor het bepalen van de reikwijdte van hun nationale sociale zekerheidsstelsels en voor de organisatie en verstrekking van gezondheidszorg.⁹

Reikwijdte

De reikwijdte van het Richtlijnvoorstel zelf strekt zich uit tot alle vormen van zorg zonder onderscheid, dus niet alleen tot gezondheidszorg in de zin van artikel 152 lid 5 EG-Verdrag,¹⁰ maar ook tot gezondheidszorg die buiten sociale zekerheidsstelsels om wordt verstrekt, zoals private zorg. Dit wordt uitdrukkelijk bepaald in de definitie van gezondheidszorg in artikel 4 onder (a) van het Richtlijnvoorstel:

“Gezondheidszorg”: een gezondheidsdienst die in het kader van de uitoefening van zijn beroep door of onder toezicht van een gezondheidswerker wordt verleend, ongeacht de wijze van organisatie, verstrekking of financiering op nationaal niveau, en onafhankelijk van de vraag of het een publieke of private dienst betreft.’

In deze bijdrage worden alleen de drie belangrijkste aspecten van het Richtlijnvoorstel besproken, te weten:

- het verband met de sociale zekerheidsregels in Verordening 1408/71;
- de begrenzing van de mogelijkheden tot voorafgaande toestemmingsvereisten voor grensoverschrijdende zorg: de ‘oude’ patiëntenrechten;
- de gemeenschappelijke beginselen van gezondheidstelsels in de EU: de ‘nieuwe’ patiëntenrechten.

Voortzetting van de parallelle regimes op basis van artikel 49 en 42 EG-Verdrag

Het recht op (tijds)behandeling

De EU zal ook in de toekomst twee regimes kennen voor de toestemming voor, en vergoeding van, grensoverschrijdende gezondheidszorg:

- ten eerste het bestaande regime op grond van Verordening 1408/71;
- ten tweede het nieuwe regime van het voorstel voor een Richtlijn over patiëntenrechten, dat het eerdere regime vervangt dat direct op artikel 49 EG-Verdrag was gebaseerd (en dat in de meeste lidstaten feitelijk nooit was ingevoerd).

Zoals ook voorheen het geval was, is het onderscheid tamelijk willekeurig.

Het HvJ EG had de twee regimes in haar jongere rechtspraak in feite juist versmolten ten aanzien van het recht op ‘tijdsbehandeling’, eerst feitelijk in het arrest *Inizan*,¹¹ en vervolgens uitdrukkelijk in het arrest *Watts*:¹²

‘(er) zijn (...) geen gegronde redenen waarom de uitlegging in de context van artikel 22 van Verordening nr. 1408/71 zou moeten verschillen van die van artikel 49 EG, aangezien het in beide gevallen gaat om de vraag (...) of de voor de gezondheidstoestand van de patiënt noodzakelijke ziekenhuisbehandeling in zijn woonstaat binnen een aanvaardbare termijn even zinvol en even doeltreffend kan worden gegeven.’

Dit verband wordt nu doorbroken. Het Richtlijnvoorstel voorziet in een (zij het onduidelijk geformuleerde) regeling op grond waarvan gevallen waarin in de lidstaat van aansluiting geen tijdige behandeling mogelijk is (en in geval van spoedeisende hulp) Verordening 1408/71 van toepassing is, en in alle andere gevallen het regime van het voorstel zelf.¹³ In feite wordt de rechtspraak van het HvJ EG ten aanzien van ‘tijdsbehandeling’ voor wat artikel 49 EG-Verdrag betreft hiermee overboord gezet en tegelijkertijd wordt de regeling in Verordening 1408/71 beknot tot gevallen waar het recht op ‘tijdsbehandeling’ grensoverschrijdende zorg vereist. Dit terwijl van tevoren niet vaststaat of men zich met succes op het ontbreken van een tijdige behandeling in de lidstaat van aansluiting kan beroepen.

⁸ Hiervoor zijn voor alle lidstaten de te verwachten verschuivingen in kosten van behandeling, de baten van behandeling (uitgedrukt in QALYs, *quality adjusted life years*) en sociale baten (waaronder extra behandelde patiënten) meegewogen. Een beoordeling van deze uitgebreide berekening kan beter aan gezondheidseconomen worden overgelaten.

⁹ Een duidelijke verwijzing naar de autonomie van de lidstaten ten aanzien van de reikwijdte van hun respectievelijke sociale zekerheidssystemen ontbreekt in de tekst van het voorstel. Zie echter overwegingen 25 en 26 van de preambule en artikel 6 lid 1.

¹⁰ I.e.: ‘Bij het optreden van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid worden de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging volledig geëerbiedigd. (...)’

¹¹ HvJ EG zaak C-56/01 *Inizan*, hierboven noot 3, para. 46 onder verwijzing naar HvJ EG zaak C-157/99 *Smits en Peerbooms*, hierboven noot 3, para. 104 en HvJ EG zaak C-385/99 *Müller-Fauré en van Riet*, hierboven noot 3, para. 90.

¹² HvJ EG zaak C-372/04 *Watts*, hierboven noot 3, para. 60.

¹³ Artikel 3 lid 2 en artikel 9 lid 1 van het Richtlijnvoorstel.

De verhouding tussen de nieuwe Richtlijn en artikel 49 EG-Verdrag is dan ook problematisch. Op zichzelf staat het de Europese wetgever vrij om de patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg in te perken ten opzichte van de rechtspraak over artikel 49 EG-Verdrag. Daar staat tegenover dat dit ertoe zou kunnen leiden dat op dit punt ook in de toekomst een direct beroep op artikel 49 EG-Verdrag wordt gedaan. Ten slotte lijkt er tenminste op dit moment een discrepantie te bestaan tussen het Richtlijnvoorstel en Verordening 1408/71.

Het recht op vergoeding

De grondslag voor de vergoeding zal evenals voorheen tussen de twee regimes blijven verschillen:

- op grond van Verordening 1408/71 vindt deze plaats op het niveau van de lidstaat van behandeling; en
- op grond van artikel 49 EG-Verdrag, evenals nu op grond van het voorstel voor een Richtlijn over patiëntenrechten, op het niveau van de gemaakte kosten tot op het niveau van de lidstaat van aansluiting.

Terwijl de regel op grond van Verordening nr. 1408/71 is dat patiënten hun kosten niet direct hoeven te betalen (behalve eventueel het deel dat niet voor vergoeding in aanmerking komt), geldt in het geval van het Richtlijnvoorstel juist dat de patiënt altijd eerst zelf betaalt en achteraf restitutie plaatsvindt.

Zou een wijziging van de sociale zekerheidsregels hebben volstaan?

Op grond van het bovenstaande rijst de vraag of een nieuwe richtlijn in feite noodzakelijk is en of het niet verstandiger geweest zou zijn om gewoonweg Verordening 1408/71 (respectievelijk Verordening 883/04 die deze vervangt) te wijzigen. Hierin had bijvoorbeeld kunnen worden bepaald dat het vergoedingsregime dat volledige vergoeding van de gemaakte kosten het dichtste benadert moet worden toegepast, en hadden kernelementen van de rechtspraak eenvoudig kunnen worden gecodificeerd. Als codificatie werkelijk het oogmerk was geweest, dan had deze oplossing voor de hand gelegen.

Het is dan ook frappant dat juist deze oplossing niet eens is meegenomen in de effectbeoordeling. Waarom is niet duidelijk, hoewel er hier natuurlijk wel twee concurrerende directoraten-generaal van de Commissie in het spel zijn (SANCO, voor het richtlijnvoorstel, en EMPLOY, voor de Verordening 1408/71). Wij kunnen alleen maar vaststellen dat aan de keuze voor een nieuwe Richtlijn kennelijk ambities ten grondslag liggen die verder gaan dan codificatie. Eerst wordt hier echter ingegaan op de 'oude' patiëntenrechten die het voorwerp zouden moeten vormen van die codificatie.

Verplichtingen voor de lidstaat van aansluiting: de 'oude' patiëntenrechten

Vergoeding van gemaakte kosten

De kern van de codificatie van de verplichtingen van de lidstaat van aansluiting die in het Richtlijnvoorstel is vastgelegd, wordt gevormd door artikel 6. Hierin worden de verplichtingen van de lidstaat van aansluiting opgesomd ten aanzien van patiënten ('verzekerden') die in een andere lidstaat een behandeling ontvangen welke deel uitmaakt van de verzekerde prestaties in de lidstaat van aansluiting. De belangrijkste van deze verplichtingen is dat de lidstaat van aansluiting verplicht is om de feitelijke kosten voor een dergelijke behandeling te vergoeden tot op het bedrag dat voor dezelfde behandeling in de lidstaat van aansluiting zou zijn vergoed. Tot dusver is dit inderdaad een samenvatting van de rechtspraak ter zake.

Dit betekent voortaan echter ook dat de lidstaat van aansluiting dient te beschikken over een methode om deze kosten te berekenen die moet berusten op objectieve en non-discriminatoire criteria welke van tevoren bekend zijn.¹⁴ Hoewel deze verplichting voor zichzelf lijkt te spreken, kan zij toch vergaande gevolgen hebben voor nationale systemen die op vergoedingen in natura of op National Health Systems gebaseerd zijn aangezien daar veelal geen bruikbare kostengegevens beschikbaar zijn die als basis kunnen dienen voor een vergoeding in contanten: de kosten van de meeste behandelingen zijn dan gewoonweg niet bekend. Dit zal ongetwijfeld opnieuw aanleiding vormen tot rechtszaken. Het lijkt dan ook onvermijdelijk dat op enig moment toch op Europees niveau een gemeenschappelijk standpunt over de relevante kostentoekening (bijvoorbeeld de verdeling van vaste kosten over verschillende behandelingen) wordt bepaald.

Extramurale zorg: liberalisering

Patiënten hebben het recht om zonder voorafgaande toestemming extramurale zorg te genieten in een andere lidstaat. Dit voor zover deze zorg tot de verzekerde prestaties in hun lidstaat van aansluiting behoort en met een vergoeding van de gemaakte kosten alsof de betreffende zorg in de lidstaat van aansluiting genoten zou zijn.

Intramurale en gespecialiseerde zorg: het einde van de voorafgaande toestemming?

Artikel 8 van het Richtlijnvoorstel betreft de meest omstreden soorten grensoverschrijdende zorg: intramurale en gespecialiseerde zorg, waarvoor nu ook voor het eerst een Europeesrechtelijke definitie wordt voorgesteld.¹⁵ In tegenstelling tot extramurale zorg kan de lidstaat van aansluiting in dit geval onder de hier volgende voorwaarden voorafgaande toestemming vereisen:

'De lidstaat van aansluiting mag voor de vergoeding door zijn socialezekerheidsstelsel van de kosten van in een andere lidstaat verleende intramurale zorg een systeem van voorafgaande toestemming hantieren als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- a) als de gezondheidszorg op zijn grondgebied zou zijn verleend, zou zij door het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat zijn vergoed; en*
- b) het systeem is bedoeld om de uitstroom van patiënten als gevolg van de toepassing van dit artikel aan te pakken en te voorkomen dat deze leidt, of waarschijnlijk zal leiden, tot ernstige aantasting van:*
 - i) het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel van de lidstaat; en/of*
 - ii) de planning en rationalisering die in de ziekenhuissector plaatsvinden om overcapaciteit van ziekenhuizen, ongelijkheden bij de*

¹⁴ HvJ EG zaak C-385/99 *Müller-Fauré en van Riet*, hierboven noot 3, para. 107; HvJ EG zaak C-372/04 *Watts*, hierboven noot 3, para. 143.

¹⁵ Intramurale en gespecialiseerde zorg is zorg waarvoor ten minste één overnachting nodig is of die is opgenomen op een specifieke lijst die op basis van delegatie aan de Commissie en een comité van vertegenwoordigers van de lidstaten wordt vastgesteld. Het gaat om zorg die zeer gespecialiseerde en kostbare infrastructuur of apparatuur vereist of die behandelingen omvat met een bijzonder risico voor de patiënt of de bevolking.

verlening van intramurale zorg en logistieke en financiële verspreiding te voorkomen, de instandhouding van een evenwichtige en voor eenieder toegankelijke verzorging door artsen en ziekenhuizen of de instandhouding van behandelingscapaciteit of medische deskundigheid op het grondgebied van de lidstaat.'

Bovendien moet een systeem van voorafgaande toestemming tot het noodzakelijke minimum beperkt zijn en mag het geen aanleiding geven tot willekeurige discriminatie.

Zoals eerder besproken, was het HvJ EG tot nu toe bereid om een beroep op excepties te honoreren zonder hiervoor bewijs te vragen. In plaats daarvan concentreerde het HvJ EG zich op de procedures en de gestelde voorwaarden in het bijzonder, wanneer een 'tijdige behandeling' vereiste dat een dergelijke toestemming werd verstrekt.¹⁶

Het Richtlijnvoorstel daarentegen kent een heel andere opzet die in feite kritiek impliceert op bovenstaande aanpak van het HvJ EG: de lidstaten zullen voortaan namelijk bewijsmateriaal moeten produceren om aan te tonen dat de uitstroom van patiënten daadwerkelijk de planning van de ziekenhuissector of hun sociale zekerheidsstelsel ondermijnt. Bovendien is de Commissie er duidelijk van overtuigd dat dergelijk bewijsmateriaal in feite niet bestaat: zij stelt zelfs voor om deze stelling uitdrukkelijk in de richtlijn op te nemen.¹⁷

Hiermee zou de bewijslast fundamenteel in de richting van de lidstaten verschuiven en de Commissie heeft deze bewijslast bovendien verzaamd door in de effectbeoordeling al van tevoren haar eigen bewijsvoering van het tegendeel openbaar te maken (zij het in algemene zin gesteld). Waarschijnlijk beschikken op dit moment maar weinig lidstaten over de gegevens die noodzakelijk zouden zijn om een systeem van voorafgaande toestemming te onderbouwen, en als de Commissie gelijk heeft, zal dit in de toekomst niet anders zijn. De wens van lidstaten om voorafgaande toestemmingsvereisten te gebruiken, zal bovendien vragen oproepen als:

- Hoe moet in een sector waar de kosten van een individuele behandeling veelal niet eens bekend zijn, geloofwaardig worden onderbouwd dat het uitvoeren van dergelijke behandelingen in het buitenland de financiële stabiliteit van het systeem zou ondergraven?
- Hoe te bewijzen dat de financiële stabiliteit van een sociaal zekerheidsstelsel door patiëntenmobiliteit wordt bedreigd als niet eerst (of op zijn minst tegelijkertijd) fundamentele elementen van een gezonde bedrijfsvoering zoals kostenonderbouwing en het baseren van prijzen op de onderliggende kosten worden ingevoerd?

Gezien de afstand die de Commissie neemt van de aanpak van het HvJ EG tot dusver, is het opmerkelijk dat het Richtlijnvoorstel niet in een procedure voorziet om te bepalen of een lidstaat inderdaad aan de voorwaarden voor het invoeren van voorafgaande toestemming voldoet. Dit zal dan kennelijk moeten worden vastgesteld aan de hand van kostbare en tijdrovende verdragsinbreukprocedures en rechtsgeschillen gevoerd door particulieren. Daarmee wordt het paradoxaal genoeg uiteindelijk (weer) aan het HvJ EG overgelaten om de eisen waaraan het bewijsmateriaal moet voldoen nader in te vullen.

Tijdige behandeling verdwijnt in de context van artikel 49 EG-Verdrag

Ten slotte codificeert artikel 9 van het Richtlijnvoorstel de procedurele waarborgen die het HvJ EG eerder had ontwikkeld en breidt deze enigszins uit. Het gaat hier om de bekende vereisten van objec-

tiviteit, transparantie en non-discriminatoire criteria, noodzakelijkheid en evenredigheid, en toegang tot rechterlijke toetsing.

Het is opmerkelijk dat de inhoudelijke criteria die in dezelfde rechtspraak zijn ontwikkeld over 'tijdige behandeling' (de specifieke ziekte, de mate waarin de patiënt pijn lijdt, de aard van zijn handicap en de vraag of hij beroepsactiviteiten kan uitoefenen) in het Richtlijnvoorstel alleen nog worden genoemd als factoren waarmee de lidstaten rekening dienen te houden bij de vaststelling van de termijnen waarbinnen verzoeken om voorafgaande toestemming behandeld moeten worden.

Het criterium 'tijdige behandeling' zoals het HvJ EG dit ontwikkelde in zijn rechtspraak op grond van artikel 49 EG-Verdrag en Verordening 1408/71, had als doel om te bepalen wanneer een lidstaat *verplicht* was om toestemming te geven, niet om wachtlijsten te stroomlijnen. Als het de bedoeling is dat voorafgaande toestemmingsprocedures serieus worden genomen dan zullen de criteria daarvoor alsnog in de richtlijn zelf moeten worden opgenomen. Het criterium van 'tijdige behandeling' zou een goed beginpunt zijn – ook al moet de verhouding tot Verordening 1408/71 dan wellicht op een andere grondslag worden afgebakend.

Gemeenschappelijke beginselen van gezondheidszorg: de 'nieuwe' patiëntenrechten

Rechten op verantwoording en transparantie voor alle patiënten

De belangrijkste vernieuwing van het Richtlijnvoorstel is dat in artikel 5 daarvan gemeenschappelijke beginselen met betrekking tot de gezondheidszorg uiteen worden gezet die gezien kunnen worden als een catalogus van nieuwe patiëntenrechten. Deze komen overeen met de verantwoordelijkheden van de autoriteiten van de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt (zoals zij nu ook geformuleerd zijn) en vinden hun bron niet in de rechtspraak over patiëntenmobiliteit van het HvJ EG, maar in Conclusies van de Raad uit 2006.¹⁸ Deze beginselen zijn gebaseerd op (of ten minste op de ambities van) de bestaande zorgstelsels in de lidstaten. Zij zouden daarom, althans volgens de toelichting die de Commissie bij het voorstel voor een Richtlijn over patiëntenrechten geeft, geen belangrijke aanpassingen vergen.

Het is twijfelachtig of deze innovatie inderdaad zo weinig om het lijf heeft als de Commissie doet voorkomen. In de eerste plaats leiden deze beginselen als zij in een Richtlijn worden opgenomen uiteindelijk tot justitiabele verplichtingen. Dat is een groot kwalitatief verschil ten opzichte van hooggestemde vrijblijvendheden in Raadsconclusies. Bovendien zullen de plichten die hiervan worden afgeleid hun contrapunt kennen in rechten van patiënten, hetgeen zonder twijfel een geheel nieuwe dynamiek zal opleveren.

In overeenstemming met artikel 152 lid 5 EG-Verdrag begint het Richtlijnvoorstel met het formuleren van het basisprincipe dat de lidstaat van behandeling verantwoordelijk is voor de organisatie

¹⁶ Zie bijvoorbeeld HvJ EG zaak C-372/04 *Watts*, hierboven noot 3, para 110; C-157/99 *Smits en Peerbooms*, hierboven noot 3, para. 80; HvJ EG zaak C-385/99 *Müller-Fauré en van Riet*, hierboven noot 3, para. 81.

¹⁷ Overweging 31 van de preambule. Zie ook de toelichting bij het Richtlijnvoorstel, p. 15 en p. 18 (onder verwijzing naar de effectenbeoordeling).

¹⁸ Conclusies van de Raad betreffende de gemeenschappelijke waarden en beginselen van de gezondheidsstelsels van de Europese Unie, *Pb.* 2006, C146/1.

en verstrekking van de gezondheidszorg. Dit blijkt echter verplichtingen met zich mee te brengen: universaliteit, toegang tot hoogwaardige zorg, rechtvaardigheid en solidariteit, en duidelijke kwaliteits- en veiligheidsnormen zijn de leidende beginselen die worden geformuleerd voor de lidstaat van behandeling. Vervolgens dienen deze kwaliteits- en veiligheidsnormen gebaseerd te worden op de (internationale) stand der techniek en te worden onderworpen aan toezicht en handhaving. De informatie over beschikbaarheid, prijzen en resultaten die patiënten nodig hebben om hun keuzevrijheid uit te oefenen moet beschikbaar zijn, zij moeten over klachtenprocedures en adequate rechtsmiddelen beschikken, en zich kunnen beroepen op de bescherming van hun privacy, op gelijke behandeling en non-discriminatie. Ten slotte dienen de lidstaten in een adequate regeling van beroepsaansprakelijkheid te voorzien. Hoewel deze verplichtingen voor de lidstaten nog niet als 'patiëntenrechten' zijn geformuleerd, moge duidelijk zijn dat hiermee in feite aan patiënten rechten worden verleend.

Opmerkelijk genoeg is de reikwijdte van deze belangrijke bepaling niet duidelijk omschreven. Artikel 5 van het Richtlijnvoorstel heeft betrekking op de lidstaat van behandeling, en daarmee impliciet op grensoverschrijdende situaties. In die zin is hier dan ook geen sprake van wrijving met het subsidiariteitsbeginsel. Het is echter moeilijk voorstelbaar dat dergelijke fundamentele beginselen ten aanzien van verantwoording en transparantie alleen ten behoeve van patiënten uit andere lidstaten ten uitvoer gelegd zouden kunnen worden. Daarom moet worden aangenomen dat het universele rechten betreft welke van toepassing zullen zijn op alle patiënten – dus ook die uit de lidstaat van behandeling zelf. Er zal dus uiteindelijk waarschijnlijk 'spontane' harmonisatie plaatsvinden op dit vlak.

Artikel 5 lid 3 van het Richtlijnvoorstel bepaalt verder dat de Commissie, voor zover noodzakelijk ter bevordering van grensoverschrijdende zorg, samen met de lidstaten richtsnoeren zal ontwikkelen om de toepassing van de bovengenoemde beginselen te vergemakkelijken. Het belang van deze ontwikkeling verschilt wellicht enigszins per lidstaat, hoewel de nationale autoriteiten gemiddeld gezien (zo ook in Nederland) van mening zijn deze zaken al op orde te hebben. Gezien de ingrijpende aard van de genoemde beginselen en het feit dat zij waarschijnlijk uiteindelijk op alle patiënten van toepassing zullen zijn, kan deze bepaling echter ook in die lidstaten waar patiëntenrechten al relatief goed geborgd zijn zowel leiden tot verdere dynamiek als ook een aanzet vormen tot verdere ('spontane') harmonisering.

Geen excepties voor de lidstaten van behandeling

Het is opmerkelijk dat het Richtlijnvoorstel wel voorziet in een uitzondering op het vrij verkeer voor de lidstaat van aansluiting in de zin van een mogelijkheid om voorafgaande toestemming te vergen voor behandeling in een andere lidstaat (althans in theorie, zie de bovenstaande behandeling van de 'oude' patiëntenrechten), maar voor de lidstaat van behandeling geen excepties mogelijk maakt. Het Richt-

lijnvoorstel kiest hier namelijk strikte non-discriminatie als uitgangspunt: er kan geen enkele voorrang gegeven worden aan patiënten uit de eigen lidstaat, behalve op medische gronden (dus ook niet op grond van financiële overwegingen of van het plannen van zorg).¹⁹

Dit is van belang omdat het zonder tariefaanpassingen aan de onderliggende (vaste) kosten vaak zo zal zijn dat het weliswaar voor individuele zorgaanbieders financieel aantrekkelijk is om patiënten uit andere lidstaten te behandelen (bijvoorbeeld om 'lege bedden te vullen'), maar dit feitelijk verre van volledig kostendekkend is en daarom vanuit een breder maatschappelijk oogpunt van twijfelachtige opportuniteit kan zijn. Er wordt dan uit publieke bron 'bijbetaald' om de vaste kosten te dekken van de zorg aan patiënten uit andere lidstaten die tegen de lagere variabele kosten afrekenen. Tegelijkertijd willen zorgaanbieders graag extra omzet realiseren. Daarom kan er plaatselijk concurrentie ontstaan tussen zorgaanbieders om lucratieve patiënten uit andere lidstaten binnen te halen, die niettemin de houdbaarheid van nationale financieringssystemen voor de zorg – alleen al politiek – ter discussie stelt. Zo kan de publieke financiering van de zorg verder onder druk komen te staan. Anderzijds kan een instroom van grensoverschrijdende patiënten ook het handhaven van voorzieningen op een aantrekkelijk niveau en/of verdere specialisatie mogelijk maken die ook aan de bevolking van de lidstaat van behandeling ten goede komen. Dit laatste betreft zowel de kwaliteit van de beschikbare zorg als positieve werkgelegenheidseffecten.

Het is dan ook waarschijnlijk dat de voorgestelde Richtlijn de lidstaten niet alleen in hun rol als lidstaat van aansluiting, maar ook – of wellicht zelfs vooral – als lidstaat van behandeling zal beïnvloeden.

Implicaties voor Nederland

De 'oude' patiëntenrechten

De relevantie van het Richtlijnvoorstel voor Nederland is beperkt van aard voor wat de oude patiëntenrechten betreft. De Zorgverzekeringswet kent (zij het in feite impliciet) al een 'werelddekking' die in lijn is met de jurisprudentie over patiëntenmobiliteit van het HvJ EG. Nederland heeft geen systeem van voorafgaande toestemming voor toepassing van artikel 49 EG-Verdrag en iets dergelijks zal naar verwachting ook niet worden ingevoerd als het Richtlijnvoorstel van kracht wordt.

Het is wel de vraag of de naturapolis nu ter discussie komt te staan, vooral waar die is gekoppeld aan preferentiële afspraken met bepaalde zorgaanbieders (bijvoorbeeld in ruil voor volumekortingen), terwijl van patiënten bijbetalingen worden gevraagd voor het genieten van zorg buiten dit voorkeursnetwerk.²⁰ Omdat zorgverzekeraars maar bij uitzondering naturacontracten sluiten met buitenlandse aanbieders – en zeker geen volumecontracten – zijn deze aanbieders minder aantrekkelijk voor Nederlandse patiënten: die krijgen immers een lagere vergoeding om van hun diensten gebruik te maken.²¹ Het is goed mogelijk om dit te interpreteren als een belemmering van het vrij verkeer voor zowel de ontvanger als de aanbieder van de betreffende zorg. Tegelijkertijd worden dergelijke sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars door de Nederlandse overheid juist als een pijler van het nieuwe zorgstelsel gezien – met name ook om de kosten daarvan te kunnen beheersen.²²

De 'nieuwe' patiëntenrechten

Voorts zou er een spanningsveld bestaan tussen de bestaande Nederlandse praktijk ten aanzien van kwaliteit en kwaliteitsinformatie en het invoeren van een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid,

¹⁹ Artikel 5 lid 1 onder (g), en overweging 13 uit de preambule van het Richtlijnvoorstel.

²⁰ Artikel 13 Zorgverzekeringswet.

²¹ Zie bijvoorbeeld: 'Grenzen binnen Europa gaan open voor alle patiënten', NRC, 26 juli 2008.

²² Brief van de minister van VWS, *Kamerstukken I*, 2008/09, 31545 en 22 112, F.

of gemeenschappelijke kwaliteitsnormen op grond van artikel 5 van het Richtlijnvoorstel.²³ Het kost enige moeite een voorstel voor een dergelijk beleid te lezen in de tekst van artikel 5, maar het is gemakkelijk voorstelbaar dat de Nederlandse praktijk kwetsbaar is. Op dit moment is de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland immers vaak geregeld op basis van zelfregulering door de beroepsgroepen met een weinig proactieve rol van de overheid, in het bijzonder de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ). (Bovendien kan de bestaande praktijk aanleiding geven tot markt afschotting en -verdeling die vanuit marktwerkingperspectief onwenselijk is.) De overheid zal op grond van het Richtlijnvoorstel een meer prominente controlerende en regelgevende rol moeten gaan spelen, ten koste van de zelfregulerende arrangementen in de sector. Voorts lijkt in ieder geval voor de hand te liggen dat ten aanzien van kwaliteit waar mogelijk op het Richtlijnvoorstel wordt geanticipeerd in het voorstel voor een Wet cliëntenrechten zorg, dat op dit moment bij het ministerie van VWS in voorbereiding is.²⁴ Vooralsnog lijkt hier echter weinig sprake van te zijn.

Overigens is kwaliteit maar één van de aspecten van de nieuwe patiëntenrechten waarvan het de vraag is of de in Nederland geldende regels zullen blijken te volstaan. Wat te denken bijvoorbeeld van de plicht voor zorgaanbieders tot het leveren van 'alle relevante informatie' over resultaten van de verleende gezondheidszorg zodat patiënten met kennis van zaken beslissingen kunnen nemen? Dat zou pas een mooie opmaat voor kwaliteitsconcurrentie zijn. Tot nu toe verzetten zorgaanbieders zoals ziekenhuizen zich daar echter met hand en tand tegen. Het valt dan ook te verwachten dat juist deze nieuwe patiëntenrechten (als ze inderdaad tot stand komen) voor Nederland de meeste verrassingen zullen opleveren.

Stand van zaken

Er valt op het moment van schrijven inhoudelijk nog niet veel te melden over de behandeling van het Richtlijnvoorstel. De Raadswerkgroepen vinden in hoog tempo plaats en naar verluidt wordt het Richtlijnvoorstel daarbij in eerste instantie op een aantal punten afgezwakt. In het Europees Parlement is inmiddels een eerste ontwerpverslag gepresenteerd in de Commissie voor het Milieubeheer, de volksgezondheid en voedselveiligheid (ENVI).²⁵ De hierin voorgestelde amendementen bestaan onder meer in het verwijderen van de verwijzingen naar de vrijheid van vestiging; naar internationale standaarden van medische praktijken; naar de plicht om alle relevante keuze-informatie voor consumenten beschikbaar te stellen; en van de periodiek vast te stellen lijst van gespecialiseerde zorg. De teneur van het ontwerpverslag is echter duidelijk positief over het Richtlijnvoorstel: zo wordt er gesteld dat er geen twijfel over moge bestaan dat dit kansen biedt voor patiënten.

Naar verluidt, zou het Europees Parlement dan ook een eerste plenaire behandeling van het Richtlijnvoorstel willen houden vóór de Europese verkiezingen in juni 2009. De zorg is een politiek gevoelig onderwerp, en de oude en nieuwe patiëntenrechten in het Richtlijnvoorstel bieden het Europees Parlement een mogelijkheid om zich voor het oog van de kiezers te profileren. Dit doet ook vermoeden dat de wens van de Raad om het Richtlijnvoorstel af te zwakken op tegenstand van het Europees Parlement mag rekenen. Omdat een tweede plenaire behandeling vermoedelijk noodzakelijk zal zijn, is het waarschijnlijk dat het Richtlijnvoorstel niet voor eind 2009 zal worden aangenomen.

Conclusie

Het Richtlijnvoorstel is enerzijds meer en anderzijds minder dan een getrouwe codificatie van de voorafgaande rechtspraak over patiëntenmobiliteit van het HvJ EG:

- het is minder omdat het criterium van 'tijdige behandeling' van het HvJ EG wordt prijsgegeven en in plaats van verdergaande convergentie van de regimes op grond van vrijheid tot het verlenen van diensten (op basis van het Richtlijnvoorstel) en vrij verkeer van werknemers (op basis van Verordening 1408/71) een gekunstelde 'taakverdeling' tussen deze beide wordt ingevoerd;
- het is meer, ten eerste, omdat het een nieuwe categorie patiëntenrechten invoert en dus ook harmonisering betreft, en ten tweede omdat het een wijdverbreid gebruik van voorafgaande toestemmingsvereisten in de toekomst torpedeert, en daarmee de liberalisering van grensoverschrijdende zorg bevordert.

Het Richtlijnvoorstel omvat bovendien een aantal elementen waarvan verwacht mag worden dat deze verdere veranderingen in de nationale gezondheidsstelsels van de lidstaten in gang zullen zetten. Deze zijn in belangrijke mate gebaseerd op de nieuwe patiëntenrechten van verantwoording en transparantie. Het is een verstandige keuze van de Commissie geweest om patiëntenrechten centraal te stellen. Dit is zowel in lijn met de eerdere jurisprudentie, met de nieuwe sociale agenda van de EU en met de vraaggestuurde marktwerking die uiteindelijk noodzakelijk zal zijn om de gezondheidszorg betaalbaar en doelmatig te houden.

²³ Ibid., en BNC fiche 11: Richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg.

²⁴ Patiënten- en cliëntenrechten, brief van de minister van VWS van 23 mei 2008, *Kamerstukken II 2007/08, 31476*, nr. 1; VWS Beleidsagenda 2009, p. 25 (16 september 2008).

²⁵ Ontwerpverslag over het voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, ENVI_PR(2008)415355, 20 november 2008, rapporteur: John Bovis. Adviezen worden verwacht van de Commissie voor de interne markt (IMCO) en voor die voor werkgelegenheid (EMPL).