

De Europese Gezondheidsstaat

Anniek de Ruijter¹

Leenenlezing | uitgesproken te Driebergen, 3 november 2023

Beste Collega's,

Het gezondheidsrecht is aan het veranderen doordat er steeds meer druk staat op de zorg en de volksgezondheid. Een van de centrale oorzaken hiervoor is de demografische verschuiving die plaatsvindt in de samenleving. In de Europese Unie worden mensen gemiddeld 81 jaar oud. Dat is een toename van 10 jaar sinds de jaren '60. Tegelijkertijd worden er steeds minder kinderen geboren. Dit betekent dat er in de toekomst ook minder werkende mensen zullen zijn om voor de zorg te betalen, terwijl de zorgvraag toeneemt. In dit verband is voorspeld dat in 2040 één op de vier mensen in de zorg moet werken om alle zorg die nodig is te kunnen verlenen. Meer technologie moet oplossingen bieden, waarbij automatisering en robotisering beloven de zorg goedkoper te maken. Van alle AI-technologieën wordt tenminste 80% in de zorg toegepast. Tegelijkertijd is de inzet op preventie en het bestrijden van infectieziekten ook een manier om de zorgvraag te beperken. Als laatste krijgen we steeds meer te maken met klimaatverandering. Klimaatverandering zorgt voor een toename in mogelijke infectieziekte uitbraken en gezondheids crises door extreme hitte.

Kortom, het zal niet verbazen dat gezondheid aan de vooravond van de verkiezingen vol op de politieke agenda staat. En dit is niet nieuw. De zorg voor burgers is politiek kapitaal voor politici die een relatie willen smeden met de kiezer, voor volksvertegenwoordigers die de burger willen overtuigen dat ze er zullen zijn als het leven moeilijk wordt. Historisch gezien speelt de zorg voor de gezondheid van mensen in hun land een rol in de gemeenschapsvorming en de steun voor politieke en maatschappelijke instituties. De relatie tussen gemeenschapsvorming en het gezondheidsrecht vormde ook een rode draad in het werk van Leenen.

Maar, als we kijken naar de boven geschetste opgaven, dan is het niet alleen de nationale politiek maar juist ook de Europese Unie die een rol heeft om deze het hoofd te bieden. Steeds meer worden we voor onze eigen gezondheid afhankelijk van wat er in de landen om ons heen gebeurt. Toch vertaalt zich deze groeiende rol van de EU niet noodzakelijkerwijs naar een Europese gezondheidsstaat of een Europese zorgstaat. Burgers kijken voor hun gezondheid nog vooral naar hun nationale Staat: Zorg is lokaal: de huisarts en de verloskundige om de hoek, het ziekenhuis in de dichtstbijzijnde stad waar je familie je kan opzoeken, en de taal waarin er met je wordt gesproken is liefst je eigen taal.

Gezien deze puzzel is het de vraag is wat de toenemende activiteiten op het gebied van gezondheid betekenen voor de ontwikkeling van de EU als politiek systeem, en ook andersom: wat is de betekenis van de groeiende rol van de EU in het gezondheidsrecht voor de nationale staat? Vandaag wil ik het graag met u hebben over deze vragen door eerst kort in te gaan op het proces van Europese integratie en gezondheid. Vervolgens zoom ik uit door te kijken naar de

¹ Hoogleraar gezondheidsrecht en -beleid bij Recht voor Gezondheid en Leven, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit van Amsterdam.

rol van het gezondheidsrecht voor staatsvorming in de moderne tijd. Als laatste wil ik in het licht van de genoemde uitdagingen kijken naar het idee van een Europese gezondheidsstaat en tegelijkertijd naar wat dit kan betekenen voor het gezondheidsrecht als vakgebied.

Maar niet voordat ik mijn dank uitspreek voor de uitnodiging om voor u dit jaar de Leenenlezing te mogen uitspreken. De Leenen-lezing wordt elke twee jaar gehouden in een even jaar. Dit jaar is het voor het eerst in een oneven jaar. De reden hiervoor is uiteraard de wereldwijde pandemie. Nu, geheel in de lijn van Leenen zelf, die in zijn proefschrift schreef: *'Het 'zijn' is niet denkbaar zonder 'samenzijn',* " ben ik ontzettend blij dat we vandaag weer bij elkaar mogen komen.²

Europese integratie en gezondheid

De rol van de EU in zowel de gezondheidszorg als de volksgezondheid blijft een verwarrende juridische puzzel. De EU heeft nooit meer bevoegdheden dan die door de lidstaten zijn toegekend. Voor de volksgezondheid, waar het gaat om het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de gehele bevolking, is er een verbod op de harmonisering van nationale regels, zoals gesteld in het Verdrag betreffende de Werking van de EU (VWEU) in artikel 168, lid 5 VWEU. Dit is het eerste harmonisatieverbod in het verdrag over de gezondheid. Het tweede staat in lid 7 van artikel 168 VWEU, waarin staat dat de EU op geen enkele wijze de regels aangaande de organisatie van de gezondheidszorg kan harmoniseren. Kortom, twee grote 'do not enter'-borden.

Toch, als we terugkijken naar het uitgebreide overzicht dat Aart Hendriks gaf in de laatste Leenen-lezing, aan de vooravond van de corona-uitbraak, zien we dat onze deelname aan zowel de Europese Unie, als in de context van de Raad van Europa, eigenlijk bijna op elk gebied van het Nederlandse gezondheidsrecht raakt.³ Hoe kan het nou dat de EU een steeds grotere rol is gaan spelen voor gezondheidsrecht en -beleid, terwijl er een gebrek lijkt te zijn aan expliciete politieke wil van de lidstaten? Een verklaring kan worden gevonden in de neofunctionalistische theorie over Europese integratie.

De theorie van het neofunctionalisme stelt dat integratie in de EU op lange termijn plaatsvindt als het resultaat van, grof genomen, twee kernmechanismen: functionele 'spill-over' en daarbij een overdracht van loyaliteit. 'Spill-over' vindt plaats wanneer het oorspronkelijke doel van een beleid of besluit niet kan worden bereikt zonder verdere actie op een ander gebied. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een gezamenlijke markt voor landbouwproducten in de jaren '60, waarbij het voor de markt in melk nodig was dat er gezondheidsmaatregelen kwamen om de verspreiding van runder tuberculose tegen te gaan (Richtlijn 64/432/EEG van de Raad). Dit functionele proces van integratie leidt ook tot de oprichting van instellingen en politieke integratie. Zo biedt het creëren van een Europees Medicijnagentschap als institutionele eenheid een manier om aan de politieke behoefte te voldoen in alle lidstaten om ervoor te zorgen dat medicijnen veilig zijn en dat de kennis die daarvoor nodig is gecentraliseerd wordt in een agentschap voor heel Europa.

² HJJ Leenen, 'Sociale grondrechten en gezondheidszorg' (De Boer ; Brand 1966) p. 115.

³ A Hendriks, 'Europeesrechtelijke dimensies van het gezondheidsrecht' (2020) 45 Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 131.

Juridisch zien we al lange tijd dat voor gezondheidswetgeving in de EU niet per se de gezondheid specifieke bevoegdheidstoedeling in het verdrag wordt gebruikt. In plaats daarvan worden bevoegdheden op andere terreinen, zoals de landbouw of de interne markt, gebruikt voor regelgeving die dan als bijproduct van die wetgeving, ook de gezondheid van mensen betreft. Als gevolg hiervan wordt het gezondheidsrecht in Europa vaak vormgegeven door politieke vertegenwoordigers die zich niet bezighouden met het domein van de volksgezondheid of de gezondheidszorg.⁴

Een voorbeeld hiervan ligt in het verlengde van de bekende lijn van uitspraken van het Europese Hof van Justitie over de toegang tot zorg in een andere lidstaat dan de lidstaat waarin je bent verzekerd. Om uitwerking te geven aan deze lijn in de jurisprudentie werd in de beginjaren van deze eeuw door het Directoraat van de Europese Commissie voor de interne markt een voorstel gedaan voor een nieuwe dienstenrichtlijn waarin de ‘zorgmarkt’ werd meegenomen. In het voorstel voor deze ‘Bolkenstein-richtlijn’ werd een (uiteindelijk mislukte) poging gedaan om alle nationale wetten met betrekking tot het verlenen van diensten, inclusief gezondheidszorg, te harmoniseren.

Deze wetgeving had kunnen leiden tot zeer grootschalige hervormingen van alle nationale gezondheidszorgstelsels. Vanuit het nationale perspectief, gelet op de complexiteit en politieke sensitiviteit die komt kijken bij de organisatie van een zorgstelsel, was dit een verbijsterend voorstel. Maar vanuit het perspectief van de vertegenwoordigers die werkten aan de eenwording van de Europese dienstenmarkt leeg dit een logische, ‘grote stap, snel thuis.’

Juridisch laat dit voorstel zien dat, hoewel er grote ‘do not enter’-borden in het Werkingsverdrag zijn opgenomen, andere beleidsgebieden waar de EU wel bevoegdheid heeft, zozeer raken aan zowel de organisatie van de zorg als de volksgezondheid dat de EU moeilijk buiten te houden is. Wellicht verklaart dit waarom er zulke duidelijke beperkingen zijn gesteld in het gezondheid specifieke bevoegdheidsartikel in het verdrag – juist als reactie op de steeds groeiende rol van de EU ten aanzien van de gezondheid, een ontwikkeling die niet altijd overeenkomt met de positie van (ministeriële) gezondheidsvertegenwoordigers vanuit de lidstaten.

Wat hier ook steeds blijkt is dat de weerstand van de lidstaten tegen uitbreiding van EU bevoegdheden zich steeds vooral richt op aspecten van gezondheidsregulering waar het meeste belastinggeld naartoe gaat, namelijk de organisatie van de zorg. Waar EU-wetgeving zich concentreert op marktregulering, productveiligheid en coördinatie van normen en standaarden, raakt het nog niet aan de kern van de zorgstaat – waar belasting wordt geheven, risico’s worden gedeeld, zorg wordt gerantsoeneerd en middelen worden herverdeeld. De inmenging van de EU raakt dan aan een essentieel element van gemeenschapsvorming.

Behalve de gestage, sluipende verschuiving van de regulerende macht over de band van beleidsgebieden waar de EU steeds een sterkere rol heeft gekregen in de loop der jaren, hebben crises een belangrijke katalysatorfunctie vervuld. Beginnend in de jaren ‘80 met beleid tegen HIV/aids en de BSE-affaire, SARS, de varkensgriep en recent de COVID-19-pandemie, laten ook steeds meer recente uitdagingen een grotere rol van de EU zien in de regulering van

⁴ Annik de Ruijter, *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care* (Oxford University Press 2019).

gezondheid –simpelweg omdat deze uitdagingen als veiligheidsrisico's een duidelijke meerwaarde laten zien van gezamenlijk optrekken.

Wat betekent een verschuivende rol van EU voor zowel de ontwikkeling van de EU als voor de lidstaten zelf? Kunnen we, als de EU zich steeds meer bezighoudt met gezondheid, waaronder aspecten van risicodeling en herverdeling zoals we tijdens de coronauitbraak zagen, en waar Europese solidariteit voor nodig is, ook steeds meer gaan spreken van een Europese gezondheidsstaat? Om deze vraag te beantwoorden maak ik gebruik van verschillende theorieën over staatsvorming en ben ik op zoek naar de mogelijke plek van gezondheidsrecht en beleid daarin. Dit heeft niet als doel om een grotere rol voor de EU voor het gezondheidsrecht te bepleiten, maar juist om deze toenemende rol en de impact daarvan te begrijpen.

Zorg als onderdeel van staatsvorming

Met staatsvorming refereer ik niet naar de juridische terminologie waarin een Staat in het licht van internationaal recht erkenning kan krijgen. Ik heb het over het ontstaan van een bureaucratische capaciteit en instituties, maar ook de culturele en sociale praktijk waarbinnen een gemeenschap zich ontwikkelt. De Staat als moderne, geconsolideerde vorm van samenleven op een territorium, waarin collectieve belangen en middelen zijn georganiseerd langs functionele lijnen, en veelal, hoewel lang niet altijd, samenvallend met een gezamenlijk idee van nationaliteit of identiteit.

In de historische literatuur over staatsvorming in Europa heeft zorg voor de gezondheid nooit een expliciete rol gespeeld. In het beroemde werk van Charles Tilly uit 1975 over staatsvorming in de moderne tijd schrijft hij: “*War made the State and the State made war*”.⁵ Hiermee doelde hij op het idee dat het ontstaan van Staten vooral te begrijpen is door de grote en centrale administratieve druk die voortkwam uit de militaire competitie die ontstond in het Europese internationale systeem. Om oorlogen te voeren was er een territorium nodig waar belasting kon worden geheven om een leger te onderhouden, en zo ontstond een bureaucratie om effectieve controle over het grondgebied uit te kunnen oefenen. Als gevolg hiervan konden, zoals Max Weber op macroniveau heeft beschreven, instituties zich opbouwen, met de bureaucratie als kern en een rationele juridische orde zoals we nu de Staat als institutionele vorm kennen. De beschrijving van Staten in het ontstaan van functionele instituties en capaciteit is niet de enige manier om het over staatsvorming te hebben. De politieke filosoof Gramsci wees ook op het bestaan van een *civil society* waarin het sociale en gemeenschapsleven van mensen, waaronder familie, vrienden en relaties, wordt gezien als een onderdeel en voorwaarde voor het bestaan van een Staat.⁶ Het element zorg speelt juist ook in deze relaties een belangrijke rol.

Toch blijkt in geen van deze theorieën duidelijk welke rol gezondheidsrecht en -beleid speelt. Ook als we kijken naar de ontwikkeling van de naoorlogse welvaartsstaat, blijft het aspect van oorlog en markt een relevant perspectief. Zo werd het ontstaan van de Engelse NHS ingegeven door het belang van Engeland tijdens de oorlog om zowel arbeidskracht als soldaten voor de Engelse zaak te behouden. Beveridge wilde soldaten stimuleren om voor Engeland te blijven

⁵ Charles Tilly, Gabriel Ardant, and Social Science Research Council Committee on Comparative Politics, *The Formation of National States in Western Europe* (Princeton University Press 1975) p. 42.

⁶ Thomas Ertman, ‘State Formation and State Building in Europe’ in Thomas Janoski and others (eds), *The Handbook of Political Sociology* (1st edn, Cambridge University Press 2003).

vechten. Dit gaf aanleiding om ook een nader regime te ontwikkelen voor de toegang tot gezondheidszorg en verdere welvaartsvoorzieningen.

Wat hierin wel duidelijk wordt is dat gezondheidsrecht en -beleid een middel kan zijn om centralisering van publieke capaciteit, macht en middelen te legitimeren. En op die manier is de mate van capaciteit van de Staat om vorm te geven aan collectieve actie voor gezondheid wel degelijk van belang. In het werk van de Amsterdamse socioloog Abram de Swaan, die bouwt op het werk van Norbert Elias, laat hij zien welke invloed de zorg voor gezondheid heeft gehad op de ontwikkeling van de moderne Staat. Hij gebruikte een theorie vanuit de welvaartseconomie waarin wordt gesteld dat de omstandigheden die iemand ongewild treffen, zoals gezondheidsklachten en ziekte, vaak ook direct de omstandigheden van anderen raken. Dit gegeven verklaart voor een stuk de opbouw van de welvaartsstaat, zo beschrijft De Swaan, waarbij de zorg vanuit de Staat voor de gezondheid, ook steeds in het belang van de heersende elite was.⁷ Een voorbeeld hiervan is het bestrijden van de choleraepidemie, die een rol speelde in het nemen van sanitaire maatregelen, waaronder een verbetering van de leefomstandigheden van de allerarmsten in de samenleving. Door lokale structuren te centraliseren, konden westerse Staten steeds controle en capaciteit om collectieve actie te organiseren versterken. In deze ontwikkeling kunnen we ook het opbloeien van sociale rechten zien, zoals Leenen in zijn werk heeft beschreven, waarbij de toegang tot zorg een steeds grotere plaats is gaan innemen, zeker ook na de Tweede Wereldoorlog.⁸ Zorg en volksgezondheid en de daarop toepasselijke regels zijn op deze manier ook steeds meer plek gaan verwerven in de relaties tussen burgers en de Staat.

Een Europese gezondheidsstaat?

Vandaag staat op de agenda van onze najaarsvergadering het actuele onderwerp van data en gezondheid. Zoals ik in mijn inleiding al aangaf, houdt de digitalisering van de zorg ook verband met de toename van de zorgvraag als gevolg van demografische veranderingen. Maar het hangt ook samen met de bredere shift die digitalisering in de samenleving veroorzaakt. Zorgrelaties worden gedigitaliseerd: het elektronische patiëntendossier, de digitale patiëntomgeving van het ziekenhuis, het delen van genetisch traceerbaar lichaamsmateriaal in biobanken, digitaal klinisch onderzoek voor de ontwikkeling van nieuwe medicijnen, maar ook het identificeren van risicoprofielen van verzekerden voor zorg – het kan allemaal.

Het kan misschien ook wel de zorg wat verbeteren en goedkoper maken. Maar voor het gezondheidsrecht betekent het ook een enorme shift richting Europese regulering. Daar waar de zorgrelaties vooral worden vormgegeven in patiëntenrechten zoals deze in nationale regels zijn vastgesteld, is de meeste regulering rondom data en technologie EU-recht. Daarmee wordt de zorgrelatie en de bescherming die het gezondheidsrecht kan bieden aan het individu ook

⁷ A de Swaan, *In Care of the State: Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era* (Oxford University Press 1988).

⁸ Leenen (n 2); HJJ Leenen, *Gezondheidszorg en recht: een gezondheidsrechtelijke studie* (Samsom 1981).

steeds meer een zaak van de EU. Dit verlegt de zorgrelatie naar de EU, zoals ook het onderzoek van Hannah van Kolfschooten heel goed laat zien.⁹

Maar ook in aspecten van risicodeling en herverdeling – de collectieve aspecten van de organisatie van zorg en de volksgezondheid – krijgt de EU een rol in de vorming van de relatie tussen burger en overheid. Zo wordt er gedacht aan het gezamenlijk inkopen van medicijnen op veel grotere schaal met meerdere EU-landen samen. Ook wordt op het gebied van de prijs van zorg, met de regulering van *health technology assessment*, een geharmoniseerde methode geïntroduceerd voor het bepalen van de prijs van zorg.¹⁰ De beschikbaarheid van zorgpersoneel is ook steeds meer een Europese aangelegenheid, waarbij wordt gezocht naar solidaire oplossingen om het evenwicht tussen de vrije markt van zorgpersoneel en de beschikbaarheid van zorgpersoneel in o.a. Oost-Europa ten opzichte van westerse EU-landen, te bewaren.¹¹

Als laatste, als het gaat om infectieziekten, is het ook te verwachten dat de EU in pandemische paraatheid een belangrijke rol gaat spelen die ook tot harmonisering kan leiden als gevolg van EU-monitoring op de beschikbaarheid van zorg en middelen. De coronapandemie alleen al heeft voor een enorme toename van middelen gezorgd die konden worden herverdeeld binnen de EU om te zorgen voor de gezondheid van mensen die in de EU wonen. De meeste mensen hier zullen zich nog de recente geschiedenis kunnen herinneren waarin voor het eerst gezamenlijk in de EU-geld werd geleend om de sociale impact van de pandemie te kunnen verzachten.

Op de persconferentie van 18 mei 2020 werd door president Macron en bondskanselier Merkel het volgende gezegd:

“For the first time Germany and France are proposing to the 27 countries to raise a common debt together, and to use these 500 billion euros to bring financing to the sectors that are most impacted by this health crisis” (President Macron, persconferentie, 18 mei 2020)

“(…) there is only one answer, and that is that Europe must act together, the nation state alone has no future.” (Bondskanselier Merkel, persconferentie, 18 mei 2020)

Dit moment laat zien waar UvA-hoogleraar Abram de Swaan van sprak als hij het heeft over de rol van collectieve actie in de ontwikkeling van de moderne staat, waarin toenemende *chains of human interdependence* een centrale rol spelen. Ten tijde van de coronacrisis werd voor de aankoop van levensreddende medicijnen en vaccins naar de EU gekeken. Het liet zien dat we in een tijd leven waarin de onderlinge afhankelijkheden steeds meer voorbij de landsgrenzen reiken.

⁹ Hannah Van Kolfschooten, ‘EU Regulation of Artificial Intelligence: Challenges for Patients’ Rights’ (2022) 59 Common Market Law Review
<kluwerlawonline.com/journalarticle/Common+Market+Law+Review/59.1/COLA2022005> accessed 29 April 2024.

¹⁰ Olga Löblová, ‘Health Technology Assessment and Health Care Reimbursement in the European Union: Permissive Dissensus and the Limits of Harmonization through the Backdoor’ (2021) 46 Journal of Health Politics, Policy and Law 117.

¹¹ Annette Schrauwen, ‘Strengthening the European Health Union: Matching Free Movement of Persons and Equal Access to Health for All’ <feps-europe.eu/publication/strengthening-the-european-health-union/>.

¹² Sharon Baute and Anniek de Ruijter, ‘EU Health Solidarity in Times of Crisis: Explaining Public Preferences towards EU Risk Pooling for Medicines’ (2021) 0 Journal of European Public Policy 1.

Toch is de vraag naar wat het sociale gezicht van de Europese Unie precies is niet nieuw en speelt in elk geval al sinds de jaren '90, sinds het Verdrag van Maastricht en het gesprek over de ontwikkeling van de Europese integratie. Het perspectief van staatsvorming geeft echter een andere dimensie aan deze vraag, zeker ook als we kijken naar de positie van de Staat en het gezondheidsrecht. Sinds de jaren '50, het moment waarna de eerste leerstoelen gezondheidsrecht werden gevestigd, waaronder die van Professor Leenen zelf, valt samen met toenemende mogelijkheden in de geneeskunde en een groeiende rol van de Staat voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Parallel hieraan ontstond de Europese Unie met een toenemend integratieproces, maar waarin gezondheid steeds een bijproduct was en in hoofdzaak werd gereguleerd binnen nationale Staten.

Voor het Europese integratieproces, in vergelijking met staatsvormende processen zien we dat collectieve veiligheidsdimensies niet per se de enige motor van integratie in de EU zijn. De coronacrisis laat zien dat ook andere crises kunnen leiden tot centralisering en collectieve actie, waarbij sprake is van onderlinge afhankelijkheid en een beroep wordt gedaan op solidariteit.¹² Toch is het maar zeer de vraag of Europese integratie inderdaad op een vergelijkbare manier zal leiden tot een EU (gezondheids)Staat. Het verschil met toen en nu is dat de EU wordt gevormd door moderne en ver ontwikkelde Staten, waarin een behoorlijke capaciteit en complex van regelgeving een zorgstaat ondersteunt en op steeds verschillende manieren vormgeeft aan nationale solidariteit. Dit laat onverlet dat deze Staten in de EU samen op zoek zijn naar collectieve oplossingen voor collectieve problemen. In deze context kunnen juist de grote uitdagingen ten aanzien van gezondheid, gezondheidscrises, demografische verschuiving en digitalisering wel leiden tot steeds meer integratie in regulering van zorg en volksgezondheid.

In de EU wordt inmiddels gesproken van een 'European Health Union'. Hoewel niemand er zeker van is wat dit betekent, behalve een serie wetgevingsinitiatieven, zien we duidelijk dat de EU steeds meer een actieve rol probeert op te pakken en hiermee ook duidelijk probeert te maken aan de burger dat de EU er is voor de gezamenlijke gezondheid. Een complicerende factor hierin is de voortdurende beperkte bevoegdheid op het gebied van de gezondheid. Dit betekent namelijk voor het EU-wetgevings- en beleidsproces, dat in de EU vooral de vertegenwoordigers van andere beleidsgebieden een positie krijgen om beleid en recht te bepalen. Hierdoor is het vaak zo dat in de balans tussen welke collectieve middelen en actie de meeste aandacht behoeven – zoals bijvoorbeeld tussen landbouw, economie of gezondheid – de strijd die op het lidstatelijk niveau wellicht soms in het voordeel van gezondheid kan uitpakken, het vaak alsnog aflegt op EU-niveau, omdat daar de gebrekkige bevoegdheid vooral macht biedt aan vertegenwoordigers van de andere beleidsgebieden.

Wat als we in de toekomst een zorgverzekeringsstelsel krijgen dat steeds meer leunt op beschikbare zorg in het buitenland, op zorgpersoneel uit de EU, of op de vaststelling van de prijs en kwaliteit van zorg en medicijnen zoals die door de EU worden vastgesteld? Dan zouden het juist ook de vertegenwoordigers van de lidstaten met kennis en expertise van de nationale zorgstelsels en het nationale gezondheidsrecht die een rol moeten krijgen in het EU-wetgevingsproces. En als de organisatie van zorg en volksgezondheid inderdaad een belangrijke rol zijn gaan spelen in legitimatie en de relatie van burgers met de Staat, dan is het essentieel om te begrijpen hoe een toenemende rol van de EU hier een plek in gaat krijgen.

Het werk van Leenen over de ontwikkeling van sociale rechten en toegang tot zorg, ging in essentie ook over het gemeenschapsvormende aspect van deze aanspraken binnen de Staat. Voor Leenen ging het in de ontwikkeling van de sociale toegang tot zorg over een essentieel aspect van mens-zijn. Namelijk dat de gemeenschap er niet alleen is ter bevordering van de individuele gezondheid, maar juist ook dat de gemeenschap een doel op zich is. In de toekomst zal deze vraag steeds meer gaan over de manier waarop in de ontwikkelingen binnen het gezondheidsrecht, ook vormgeven aan de sociale verhouding - en de relatie van burgers met de Europese Unie.