

Vergaderjaar 2008–2009

21 501-31

Raad voor de Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken

Nr. 164

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouweland (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

² Samenstelling:

Leden: Van de Camp (CDA), Atsma (CDA), Van Bommel (SP), ondervoorzitter, Van der Staaij (SGP), Waalkens (PvdA), voorzitter, Van Baalen (VVD), Ormel (CDA), Van Velzen (SP), De Nerée tot Babberich (CDA), Jan Jacob van Dijk (CDA), Blom (PvdA), Eijssink (PvdA), Van Dam (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Jonker (CDA), Irrgang (SP), De Roon (PVV), Boekestijn (VVD), Pechtold (D66), Ten Broeke (VVD), Gill'ard (PvdA), Jasper van Dijk (SP), Thieme (PvdD) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie).

Plv. leden: Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Jager (CDA), De Wit (SP), Van der Vlies (SGP), Vos (PvdA), Snijder-Hazelhoff (VVD), Haverkamp (CDA), Lempens (SP), Schermers (CDA), Knops (CDA), Jacobi (PvdA), Samsom (PvdA), Kuiken (PvdA), Teeven (VVD), Spiess (CDA), Roemer (SP), Wilders (PVV), Van der Ham (D66), Van der Burg (VVD), Boelhouwer (PvdA), Van Leeuwen (SP), Ouweland (PvdD), Voordewind (ChristenUnie) en Vendrik (GroenLinks).

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 26 januari 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ en de vaste commissie voor Europese Zaken² hebben op 10 december 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 augustus 2008 met het verslag van de 2876e zitting (deel volksgezondheid) op 10 juni 2008 te Luxemburg (21 501-31, nr. 153);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 september 2008 met het verslag van de Informele Raad op 8–9 september 2008 (21 501-31, nr. 157);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 december met de geannoteerde agenda EU-Gezondheidsraad (21 501-31, nr. 160).**

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

Voorzitter: Van der Veen

Griffier: Teunissen

Vragen en opmerkingen uit de commissies

De **voorzitter**: Welkom bij dit algemeen overleg over de EU-Gezondheidsraad.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Het is jammer dat wij de stukken wederom zeer kort van tevoren hebben gekregen. Het is moeilijk om op deze manier onze medewetgevende taken uit te voeren. Inzake de patiëntenrichtlijn is er in Europa nu een behandelingsvoorbereiding. Wij zouden graag apart uitgebreid ingaan op de inhoud van deze richtlijn en daarover met de minister spreken. Wat is de inzet van de minister en het kabinet volgende week? Graag nog een keer de toezegging van de minister dat hij geen centimeter opschuift in de richting van een akkoord.

Inhoudelijk gezien maakt de SP-fractie zich zorgen over de patiëntenrichtlijn. Dat komt met name door de ontstaansgeschiedenis. Eerst hadden wij een dienstenrichtlijn met daarin de gezondheidsdiensten. Die

zijn er nu terecht uitgehaald. Vorig jaar lag er een conceptrichtlijn gezondheidsdiensten. Nu is er de richtlijn patiëntenmobiliteit. Vandaag lees ik dat er een groenboek gezondheidswerkers aankomt. De SP is niet blind voor het feit dat mensen de grens overgaan, of dat nu is als patiënt, verpleegkundige of arts. Een en ander moet natuurlijk goed zijn geregeld, maar daarvoor hebben wij de gezondheidsrichtlijn niet nodig. Hoe staat het met de verplichte taaltoets voor Poolse verpleegkundigen, waarover wij hebben gesproken? Daarvoor hebben wij geen Europese regelgeving nodig, maar het moet bij ons goed georganiseerd zijn.

De patiëntenrichtlijn die er nu ligt, vindt zijn rechtsbasis in artikel 95. Dat is het artikel van de interne markt met daarin vrij verkeer van goederen en werknemers. De SP-fractie had liever gezien dat de rechtsbasis was gevonden in artikel 152. Daarin staat klip-en-klaar dat gezondheidszorg een nationale competentie is. Wat is de reactie van de minister hierop? Is hij bereid, dit volgende week in te brengen? De SP-fractie overweegt een motie op dit punt, zoals zij al heeft aangekondigd.

In zijn algemeenheid vraagt de SP-fractie zich af of de voorgestelde richtlijn wel echt een oplossing biedt voor de problemen die ten grondslag lagen aan de arresten van het Hof. Is het te overzien wat de invloed zal zijn van deze richtlijn? Kort een aantal punten. Als je niet meer vooraf toestemming nodig hebt, hoe voorkom je dan dat niet-gewenste zorg wordt genoten? In Duitsland worden bijvoorbeeld homeopathische zorg en kruidenbaden vergoed, terwijl wij in Nederland daarin terughoudend zijn. Er zijn verschillende opvattingen in de verschillende landen over wat medisch noodzakelijk is. Kan een land ingrijpen als het eigen gezondheidsstelsel dreigt te worden aangetast door patiënten uit een ander land? Een voorbeeld is dat er in Nederland te veel mensen op een wachtlijst staan voor een nier, die zich vervolgens in Antwerpen laten opereren. Dit gaat ten koste van Belgen die wachten op een nier. Hoe kan België zich dan, eventueel tijdelijk, onttrekken aan de werking van de richtlijn?

Dan de richtlijn orgaandonatie. Er liggen nu een richtlijn en een actieplan. De SP-fractie is positief over het actieplan. Er kan niet genoeg aandacht zijn voor het oplossen van het schrijnende tekort aan organen. De toegevoegde waarde van de richtlijn orgaandonatie ontgaat ons echter, niet alleen voor Nederland maar ook voor andere landen. Wij maken ons vooral zorgen over de kwaliteitseisen voor transplantatie die daarin worden vastgelegd. Het zal toch niet zo zijn dat non-heartbeating donatie ineens niet meer mag? Kortom, samenwerking zoals aangeduid in het actieplan is prima, maar wij hebben geen behoefte aan een richtlijn op dit punt.

Ten slotte het geneesmiddelenpakket. De SP-fractie maakt zich ernstig zorgen over de voorstellen die ons zonet, om 14.50 uur, hebben bereikt op dat vlak. Wij maken ons ernstig zorgen over de hernieuwde poging om «direct-to-consumer advertising» mogelijk te maken. Graag nogmaals de toezegging van de minister dat hij hier horizontaal voor gaat liggen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. De CDA-fractie is blij dat de minister tijdens de Raad van 10 juni in Luxemburg zo duidelijk het Nederlandse standpunt heeft verwoord dat het verbod op directe reclame aan patiënten voor geneesmiddelen moet worden gehandhaafd en dat er een definitie moet komen voor het onderscheid tussen informatie en reclame met betrekking tot geneesmiddelen. Ik wil de minister, evenals de vorige spreker, eraan binden dat hij bij dit standpunt blijft, ook omdat vandaag is gebleken dat het geneesmiddelenpakket melding maakt van een kader waarbinnen de industrie weer informatie zou kunnen gaan verschaffen. Naar de mening van mijn fractie is dat niet de weg die wij op moeten gaan.

Tijdens diezelfde Raad van 10 juni is ook besloten om op het gebied van voeding als eerste prioriteit te stellen de reductie van zout in voeding, met de doelstelling om de zoutconsumptie met 16% in vier jaar terug te

dringen. Deze doelstelling is voor Nederland niet nieuw. In 2006 werd in de toen gepubliceerde richtlijn goede voeding geadviseerd om het maximum-keukenzoutgehalte in onze voeding met een derde te reduceren, van gemiddeld 9 gram per dag naar gemiddeld 6 gram per dag. Wij hebben overigens maar 1 gram per dag nodig. Overmatig zoutgebruik kost jaarlijks 5000 mensen het leven. Er is dus een wereld te winnen. Dat kan echter niet zonder betrokkenheid van de industrie, want 70% tot 80% van het zout dat wij binnenkrijgen, is fabrieksmatig toegevoegd. Hoe wil de minister dit aanpakken? Hoe wil hij de industrie motiveren om haar verantwoordelijkheid te nemen?

De Tweede Kamer is duidelijk geweest: men vond de vorige richtlijn voor het regelen van patiëntenrechten in geval van grensoverschrijdende zorg niet proportioneel. Het Nederlandse parlement stond daarin niet alleen. De Europese Commissie heeft in een brief beargumenteerd waarom naar haar oordeel het voorstel wel voldoet aan de subsidiariteits- en proportionaliteitstoets. In de onderhandelingen over het voorstel is een aantal punten verduidelijkt, waardoor een aantal Nederlandse zorgen is weggenomen. Er bestaat nog wel onduidelijkheid over bijvoorbeeld de gegevensbescherming. Graag verneem ik van de minister hoe het nu verdergaat. Wanneer worden echte besluiten genomen? Wat is daarbij nog de rol van de nationale parlementen?

Ik heb nog een vraag over de kwaliteitsborging. Er is voor gekozen om geen gemeenschappelijk kwaliteitskader te formuleren, maar patiënten moeten wel informatie over kwaliteit en veiligheid van de zorg in een ander land kunnen krijgen. Hoe denkt de minister daarvoor te kunnen zorgen?

Een gemeenschappelijke aanpak van zeldzame ziekten, vooral op het gebied van het ontwikkelen van geneesmiddelen daarvoor, heeft de steun van mijn fractie. Hoe beoordeelt de minister het verschijnsel dat patiënten ook in geval van een ernstige ziekte een behandeling die in eigen land niet mogelijk is, waarschijnlijk niet betaald krijgen als die in het buitenland wordt ondergaan? Je krijgt immers alleen behandelingen vergoed die in het land van herkomst bestaan. Voor zeldzame ziekten geldt nu juist dat behandelingen niet overal verkrijgbaar zullen zijn.

Dan nog een aantal opmerkingen over orgaandonatie. Het staat wel niet officieel op de agenda, maar de kans is groot dat erover wordt gesproken. Wat zal de inbreng van de minister zijn in dat geval? Ook hier de vraag of een richtlijn over de kwaliteit en veiligheid van orgaandonatie wel het juiste instrument is. Wij hebben daarover onze twijfels; ik geef het de minister maar alvast mee. De minister was eerder ook van mening dat een richtlijn mogelijk een te zwaar middel is. Hoe denkt hij daar nu over?

Dan nog een enkel woord over de etikettering van voedsel. Voor de CDA-fractie is het van belang dat overeenstemming wordt bereikt over wat er op een etiket moet staan, maar ook over de vorm waarin die informatie wordt aangeboden. De klant moet het etiket kunnen lezen, en niet alleen met de ogen: het etiket moet ook begrijpelijk en uniform zijn. Waarom is er toch zo'n weerstand tegen het door de consumenten gewenste stoplichtsysteem? Wat zal de inzet van de minister op dit punt zijn?

Ten slotte de vraag hoe het staat met de beperking van het geluid van mp3-spelers. Mijn inbreng daarover in eerdere instantie is goed ontvangen, maar wat gebeurt daar verder mee? Hoe is de stand van zaken?

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Laat ik beginnen met de hoofdmoot van mijn bijdrage, namelijk dat de opstelling van de minister op diverse terreinen wat ons betreft overwegend verstandig is. Ik hoef daaraan niet heel veel toe te voegen.

Ik begin met de patiëntenrichtlijn. De lijn die de minister heeft gekozen, het codificeren van de ontstane jurisprudentie, is prima. Is een richtlijn

wel het geëigende middel daartoe? Wij delen dat voorbehoud en vinden het goed om dit onderwerp op terughoudende wijze te benaderen. Als ik kijk wat er op de agenda staat inzake zeldzame ziekten en de health security, bekruipt mij de vraag wat daar nu eigenlijk gebeurt. Wat gaan wij daar nu doen? Er wordt weer gesproken over coördinatie, inventarisatie en overleg. De VVD-fractie heeft bij dit soort onderwerpen toch een beetje de indruk dat wij weer een heel praatcircuit optuigen, waarin wij met de allerbeste bedoelingen met elkaar gaan overleggen. Wat schieten wij er nu eigenlijk mee op? Wat willen wij hiermee eigenlijk bereiken? Als dat niet helder is, moeten wij dan niet gewoon zeggen dat wij het niet moeten doen? Het kost allemaal weer ambtelijke capaciteit en uren die wij beter aan andere dingen kunnen besteden. Ik hoor het graag van de minister. De minister heeft laten weten dat hij twijfels heeft over de toegevoegde waarde van de richtlijn op het gebied van kwaliteit en veiligheid van orgaandonatie, onder meer omdat deze richtlijn praktijken van non-heartbeating donatie in de weg kan staan. Dat mag wat ons betreft niet het geval zijn. Waarom heeft de minister twijfel over de kwaliteit? Als je bijvoorbeeld Nederland en Spanje vergelijkt op het vlak van orgaandonatie, wordt in Spanje orgaandonatie veel meer toegepast, onder andere omdat daar de kwaliteitseisen aan organen niet gelijk zijn aan die in Nederland. Als wij in een situatie komen van uitwisseling van operaties en orgaandonaties, is het naar de mening van de VVD-fractie best handig als wij enige houvast hebben inzake de kwaliteit die wordt geboden. Daar moet enige uniformiteit in zitten. Wil de minister eens aangeven waar het bezwaar volgens hem op dat gebied in zit, los van het al door hem geschetste probleem rondom non-heartbeating donatie? Wat de etikettering betreft, wordt er veel druk uitgeoefend op het stoplichtensysteem. Dat systeem heeft ook voordelen. Ik wil de minister echter ook meegeven om te kijken naar de nadelen, omdat een stoplichtensysteem nooit allesomvattend kan zijn. Wij hebben een mooi voorbeeld in het flesje Coca Cola, dat op zoutgehalte – als dat een van de stoplichten zou zijn – gewoon groen zou aangeven. Dat zou suggereren dat als je bepaalde bestandsdelen neerzet, je rood kunt scoren omdat het op dat gebied heel slecht is. Op andere bestandsdelen, die er toevallig niet in zitten, scoor je dan groen. Het beeld is dan dat het best meevalt met zo'n middel, terwijl het suikergehalte bijvoorbeeld redelijk dramatisch is. De oproep van de VVD-fractie aan de minister is dus om niet te snel voor het visuele aspect te gaan, als dit soort nadelen niet goed ondervangen is. Anders houden wij onszelf voor de gek.

Voorzitter: Schermers

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. De PvdA-fractie kan zich goed vinden in het uitgangspunt van Nederland dat het van belang is dat patiënten niet meer rechten hebben wanneer zij zorg in het buitenland gebruiken dan wanneer zij diezelfde zorg in het eigen land gebruiken. Naast de punten die zijn beschreven in de geannoteerde agenda, de punten die voor Nederland van belang zijn bij de onderhandelingen over het richtlijnvoorstel van de Commissie, wil de PvdA-fractie nog enkele knelpunten benadrukken. Diverse aspecten van de richtlijn dienen volgens onze fractie nog wat beter te worden uitgewerkt. Op het punt van de kwaliteit heeft de PvdA-fractie ervan kennisgenomen dat op verzoek van de lidstaten ervoor is gekozen om geen gemeenschappelijk kwaliteitskader tot stand te brengen, maar kwaliteit slechts onderwerp te maken van samenwerking tussen de lidstaten. De PvdA-fractie benadrukt dat zij samenwerking op het gebied van top care, bijvoorbeeld in het geval van zeldzame aandoeningen, zeer nuttig vindt. Er zijn al enkele bijzondere aandachtsgebieden voor de samenwerking tussen lidstaten gedefinieerd, zoals levertransplantatie en onderzoek en ontwikkeling bij Alzheimer. Samenwerking op het gebied van kwaliteitseisen

blijkt soms echter al moeilijk op nationaal niveau. Hoe moet dat er volgens de minister dan wel niet uitzien op communautair niveau? Dan een kort punt over de tweedeling van de zorg, dat te maken heeft met de financiering. Patiënten moeten zorgkosten in het buitenland voor-schieten. Dat zou degene met een wat ruimere beurs in een voordeel-positie plaatsen ten opzichte van degene met een wat smallere beurs. Voorziet de Europese gezondheidskaart hierin? Anders zou je wellicht met een systeem van vouchers moeten werken om een eventuele tweedeling te voorkomen.

De verhouding tussen de socialezekerheidsverordening 1408/71 en de nieuwe richtlijn is niet altijd duidelijk en is ook niet verder verduidelijkt. Een slimme patiënt zou kunnen uitrekenen dat zorg in het buitenland via de verordening wat vergoeding betreft gunstiger kan uitpakken dan een vergoeding via de nieuwe richtlijn. Graag een reactie van de minister hierop. Duidelijkheid voor de patiënt dient voorop te staan. Een parallel systeem tussen de verordening en de richtlijn is volgens de PvdA-fractie onwenselijk.

Dan de specifieke positie van Nederland. Zoals in de geannoteerde agenda wordt beschreven, bestaat de Zorgverzekeringswet in Nederland uit bepaalde pijlers. De richtlijn bevat bepaalde voorstellen die gevolgen kunnen hebben voor ons nationale gezondheidszorgsysteem. Zorg-verzekeraars kunnen in Nederland bijvoorbeeld worden gezien als onder-nemingen met een publieke taak. Ook het Hof heeft in zijn uitspraken geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende stelsels van de lidstaten. Zijn de zorgverzekerders in andere lidstaten volgens de minister ook ondernemingen? Hoe voorkom je bij grensoverschrijdende samenwerking zaken zoals kartelvorming?

Dan de voedselinformatie. De minister heeft eerder laten weten dat hij graag één duidelijk voedingslogo wil. De PvdA-fractie vraagt zich af hoe en op welke termijn dit wordt geregeld. Kan de minister zeggen in welke richting hij denkt ten aanzien van de codering? Welke positie zal Neder-land innemen?

Er is eerder gezegd dat wij de stukken wel erg kort van tevoren krijgen. Vandaar de oproep aan de minister of hij ervoor kan zorgen dat de Kamer zo spoedig mogelijk wordt geïnformeerd over de resultaten van de komende Raad, met name in verband met de discussie over de orgaan-donatie, waarover de vaste commissie binnenkort een standpunt dient te formuleren. Ik hoop werkelijk dat wij de stukken de volgende keer ook op tijd hebben. Ik denk dat dit de discussie bevordert.

Voorzitter: Van der Veen

Antwoord van de minister

Minister **Klink**: Voorzitter. De heren Van der Veen en Van Gerven hebben gesproken over de stukken. Ik zal het laten nagaan, maar ik kan mij eerlijk gezegd niet voorstellen dat er om 14.50 uur van onze zijde een stuk is binnengekomen. De heer Van Gerven heeft voorgesteld om eens uitvoeriger over de patiëntenrichtlijn te spreken. De Kamer is baas over haar eigen agenda, maar het is een belangrijk thema, dus I'll be your guest if you want me, om het zo maar even te zeggen.

Ook heeft de heer Van Gerven gevraagd of de patiëntenrichtlijn niet zou moeten worden gebaseerd op artikel 152 in plaats van op artikel 95. Artikel 95 is een van de hoekstenen van het Europese recht. Op basis daarvan heeft het Hof gemeld dat het vrije verkeer van personen, dien-sten, goederen, enzovoorts ook van toepassing is op de gezondheidszorg. Dat betekent dus ook – zo zeg ik tot de heer Van der Veen – dat naar mijn stellige overtuiging zorgaanbieders in elk geval naar Europees recht gemeten ondernemingen zijn en dus ook moeten kunnen deelnemen aan het vrije verkeer, overigens met beperkingen die voortvloeien uit andere

artikelen, zoals artikel 152, waarin het nationaal stelsel en de publieke verantwoordelijkheid voor het kunnen laten functioneren van dat stelsel ook van betekenis zijn.

Voorzitter: Schermers

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat in dit opzicht ook over de positie van de zorgverzekeraars.

Minister **Klink**: Daarop moet ik het antwoord even schuldig blijven. Naar mijn inschatting zijn dat ook ondernemingen onder het Europese recht, zeker als zij aan marktverhoudingen zijn onderworpen, zoals in Nederland het geval is. Of dat ongekwalificeerd geldt, namelijk ook als je het over Krankenkassen of anderszins hebt die meer aan de publieke kant zitten, kan ik wellicht in tweede termijn zeggen. Anders stel ik de Kamer er op een andere wijze van in kennis.

Wij hebben van meet af aan gezegd dat wij, gegeven artikel 95, vinden dat een subsidiariteitstoets voldoet. Het is in feite het codificeren van datgene wat het Europees Hof aan uitspraken heeft gedaan. Dat zijn overigens uitspraken waaraan Nederland zich in die zin heeft geconformeerd dat het in nationale wetgeving is opgenomen, vandaar ook de werelddekking. Dat geldt niet voor andere lidstaten. Sterker nog, vele lidstaten hebben dat niet gedaan. Om die reden wordt het van belang geacht om een richtlijn te ontwikkelen. Van onze kant is wel voortdurend gezegd dat het niet proportioneel is. Wij hebben aangegeven dat die niet-proportionaliteit zich wat ons betreft kristalliseert rondom het preferentiebeleid, rondom het kwaliteitsbeleid, waarover verschillende leden hebben gesproken, en rondom het feit dat bij naturapolissen kortingen kunnen worden verkregen. Ook de langdurige zorg is wat ons betreft een belangrijk thema. Dat zijn – niet om er een officiële betiteling aan te geven – voorbeholden die wij hebben gemaakt en die voortvloeien uit het proportionaliteitsbeginsel. Officieel is geen sprake van een behandelingsvoorbehoud. Het estafettestokje wordt straks overgenomen door het Tsjechische voorzitterschap, zo zeg ik tot mevrouw Schermers, dat uiteindelijk met een voorstel zal komen. Dan pas gaan wij er definitief over spreken. Wat dat aangaat, is er volgende week dus geen besluitvorming hierover. Wij blijven in ieder geval consistent in de voorbeholden die wij maken.

Voorzitter: Van der Veen

De heer **Van Gerven** (SP): Waarom hecht de SP zo sterk aan artikel 152? Ik citeer een paar regels, omdat die toch de kern vormen: «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.» Dat is het cruciale punt waarom wij vinden dat het een nationale aangelegenheid moet zijn. Ook vinden wij dat het niet moet worden vermarkt en dat het vrije verkeer van goederen en diensten op dit punt ondergeschikt moet zijn aan dit artikel, omdat het een nationale bevoegdheid is waarbij je beperkingen mag opleggen aan het vrije verkeer. Wil de minister daarop ingaan?

Minister **Klink**: De interpretatie van het Europese recht hangt voor een groot deel af van het Europese Hof van Justitie, dat dwingende uitspraken doet waaraan lidstaten zijn onderworpen. Vervolgens worden de lidstaten geacht, dat in hun wetgeving te incorporeren. Als zij dat niet doen, kan er een infractieprocedure komen. Ik vertel de heer Van Gerven waarschijnlijk niets nieuws, maar ik geef maar even aan dat de status van de uitspraken van het Europese Hof dusdanig zijn dat een lidstaat zich daaraan niet kan onttrekken. Het Hof weegt natuurlijk beide artikelen mee, maar doet

uiteindelijk wel dwingende uitspraken. De Europese Commissie heeft gezegd: laten wij dat nu in een richtlijn incorporeren. Een van de zaken die de Europese Commissie beoogde, was het internationale grensoverschrijdende verkeer in die zin in te bedden en te accommoderen dat burgers ook weten dat de zorg veilig en kwalitatief hoogwaardig is. Wat mij betreft, stuit je daar op problemen. Daarover hebben wij het de vorige keer uitvoerig gehad. Op het moment dat je dat wilt, moet Europa gaan toezien op de status van de kwaliteitsnormen en het veiligheidstoezicht. In een mum van tijd bemoeit Europa zich dan met de organisatie van onze zorg en gaat bij wijze van spreken voorschrijven wat eenieder aan inspectie dient te hebben en op welke manier met kwaliteitsindicatoren moet worden gewerkt. Dat wil ik in elk geval niet. Om die reden hebben wij gezegd dat codificeren prima is, maar dat daarin geen aanknopingspunt mag worden gevonden om vele malen verder te gaan. Ten eerste is het wat ons betreft al geïncorporeerd. Ten tweede is bij ons sprake van werelddekking, in die zin dat je over de grens wel degelijk aanspraak kunt maken op vergoeding van de geboden zorg. De balans ligt dus volstrekt in de richting die de heer Van Gerven bepleit: al dan niet met een beroep op artikel 152 erop toezien dat wij zelf verantwoordelijk zijn voor ons zorgstelsel.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister refereert aan uitspraken van het Hof. Ik dacht dat de manier waarop wij het in Nederland hebben georganiseerd, eigenlijk geen probleem is. Dat kan dus geen argument voor een richtlijn zijn. Als er een richtlijn komt, waarom laat de minister artikel 152, waarin de eerbiediging van de autonomie zo krachtig staat, dan niet het uitgangspunt zijn?

Minister **Klink**: Wij lopen niet weg van de richtlijn, omdat wij die meten aan criteria die voor ons maatgevend zijn: het subsidiariteits- en proportionaliteitsbeginsel. Krachtens het subsidiariteitsbeginsel zien wij geen kwaad in de richtlijn, gegeven het feit dat andere lidstaten niet doen wat zij geacht worden om te doen, namelijk het omzetten in nationale regels. Ik ga toch niet datgene blokkeren waarin wij al voorzien hebben? De heer Van Gerven verwijst naar artikel 152. Daaruit vloeit wat mij betreft het proportionaliteitscriterium voort, namelijk dat het niet aan ons zorgstelsel komt.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik heb al eerder het vrije verkeer van mensen en goederen naar voren gebracht. Ik heb in dat kader aandacht gevraagd voor het verschijnsel dat als een hulpverlener in Nederland komt werken, wij niet weten of hij in zijn eigen land uit het ambt is gezet. Als je het toch over kwaliteit hebt, moet je weten of er een hulpverlener aan het werk is die in zijn eigen land zodanig heeft gefaald dat hij uit zijn ambt is gezet.

Minister **Klink**: In eerste aanleg ligt daar een verantwoordelijkheid voor degene die betrokkene inhuurt. Die moet zich ervan vergewissen dat deze persoon voldoet aan de kwalificaties. Wel is dit een van de kernpunten als je spreekt over veiligheid van patiënten en patiëntenrecht. Als er vrijheid van verkeer, goederen en diensten is, en dus van dienstverleners, moet men ten eerste aan de kwalificaties voldoen. Ten tweede moet daarop geen inbreuk zijn gepleegd vanwege het feit dat je onveilige zorg hebt geleverd. Ik vind dit dus een punt om mee te nemen. Ik zal onze mensen in Brussel daarover inlichten.

Voorzitter. Het groenboek inzake gezondheidswerkers staat los van de patiëntenrichtlijn. Wij komen daarover te spreken als het verder in de procedure is.

Er is gevraagd naar orgaandonatie. Hier geldt dat wij terughoudend en wellicht zelfs negatief zijn over een Europese richtlijn. De richtlijn heeft

sterk te maken met veiligheid en kwaliteit en zou ertoe kunnen leiden dat onze non-heartbeating donatie in gevaar komt en dat de organen van oudere of zieke mensen niet meer ter beschikking kunnen komen. Daarnaast vloeien er administratieve lasten uit voort. Ik ben dus geen voorstander van een richtlijn op dit punt. Het actieplan dat hieruit voortkomt, vind ik wel goed, zoals het elkaar over en weer inlichten over best practices. Zo-even werd Spanje genoemd, een land dat het buitengewoon goed doet. Het is goed om elkaar daarvan op de hoogte te stellen. Ik kan dergelijke, meer actiegerichte plannen ondersteunen, zoals het zoeken naar nieuwe alternatieven voor orgaandonatie en het samenwerken bij het matchen van organen. Bij dat laatste punt moeten wij wel oppassen dat datgene wat vanuit de Raad van Europa komt, vervolgens niet wordt gedoubleerd door Europa. De sporen van de Raad van Europa zijn in dit opzicht met Eurotransplant meer dan verdiend. Het lijkt mij dus goed om die verkaveling in de gaten te blijven houden. Ik mik dan, als het in het verlengde ligt van de activiteiten van de Raad van Europa, nog liever op dat traject dan op een traject van dubbelen in Europa.

Over «direct-to-consumer advertising» ben ik klip-en-klaar geweest tijdens de vorige bijeenkomst in juni. Ik zal die lijn blijven volgen, want ik vind dat het die kant gewoon niet op moet. Deze vorm van reclame moet geen legitimatie krijgen vanuit Europa.

Mevrouw Schermers heeft gesproken over de reductie van zout en vroeg zich af of de industrie daarbij wordt betrokken. Onlangs heb ik een convenant met de bakkerssector mede mogen ondertekenen. De bakkers hebben uit eigener beweging gekozen voor zoutreductie in het brood. Wellicht strekt dit andere sectoren tot voorbeeld. Als de Kamer er prijs op stelt, wil ik wel eens inventariseren welke acties worden ondernomen. Dit is in ieder geval een goed voorbeeld van de door mevrouw Schermers bepleite reductie. Als je ziet dat je 1 gram nodig hebt terwijl wij van 9 naar 6 gram gaan, is dat ook geen overbodige luxe. Het is echter een weerbarstige materie, want de smaak is wel ingesteld op zout. Toen het eerder deze week over cola en hamburgers ging, zei iemand dat eten ook wel gezellig en lekker moet blijven. Ik zou dat graag willen onderstrepen. Mevrouw Schermers heeft ook gevraagd naar de rol van de nationale parlementen. Onze inbreng ten behoeve van de richtlijn speelt zich nu af. Dat is ook de reden dat wij daarover met de Tweede Kamer en de Eerste Kamer debatteren. Daarna komt vanwege de codecisie het Europees Parlement in beeld.

Ook vroeg mevrouw Schermers in hoeverre je bij behandelingen onderscheid tussen mensen kunt maken aan de hand van het land van herkomst. In algemene zin wil ik daarover, wat Nederland betreft, zeggen dat de vergoedingen voortvloeien uit de polis en het dus niet gaat om de vraag in welk land men zich de zorg verschaft.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Even ter verduidelijking: het ging over zeldzame ziekten. Dat zijn ziekten met per land maar een heel beperkt aantal patiënten. Soms zijn er in het buitenland therapieën voorhanden die niet in de Nederlandse polissen zullen staan, omdat ze hier niet worden aangeboden. Stel dat je een zeldzame ziekte hebt en naar Duitsland gaat omdat daar wel therapie wordt geboden. Hoe wordt dat dan geregeld?

Minister **Klink**: Ik zal het laten nagaan, maar ik kan mij niet voorstellen dat er ernstige aandoeningen zijn waarvoor behandelingen zijn die niet zouden worden gedekt door onze polis. Als mevrouw Schermers voorbeelden weet, hoor ik die graag. Het kan wel zo zijn – zo zeg ik ook tot de heer Zijlstra – dat de expertise in landen dusdanig dun gezaaid is dat je elkaar er over en weer van op de hoogte houdt, zodat er kennisnetwerken ontstaan en soms zelfs een concentratie van kennis binnen Europa. Daaruit zou kunnen voortvloeien dat verzekeraars instellingen in het buitenland contracteren om aan de zorgplicht te voldoen als er een

concentratie zou plaatsvinden. Ik zeg dat niet om nu al te concluderen dat het die kant uit moet, maar wel om aan te geven dat het niet zo vreemd is dat dit thema in Europa op de agenda staat.

De heer Zijlstra zei dat het zo snel een praatcircuit werd. Op verschillende onderdelen binnen Europa ben ik het met hem eens dat soms de indruk bestaat dat het naar thema's zoeken is in plaats van dat de thema's zich opdringen. Hier is echter wel een grensoverschrijdend thema aan de orde. Ik zal mijzelf ervan vergewissen of er zeldzame aandoeningen zijn die een dusdanige ziektelast met zich meebrengen dat zij eigenlijk gedekt zouden moeten zijn krachtens de polis. Ik denk van wel, maar ik kan dat niet helemaal overzien. Op gezag van mevrouw Schermers neem ik aan dat dit kennelijk niet over de gehele linie zo is. Nogmaals, als er concentratie plaatsvindt over de grens heen, zou dat implicaties moeten hebben voor het contracteerbeleid, dan wel zou uit de polis moeten voortvloeien dat je er aanspraak op kunt maken en kunt declareren.

De Gezondheidsraad zal mij nog adviseren over de informatie met betrekking tot voedsel en de logo's. Er is afgelopen week ook aangedrongen op het naar elkaar laten toe groeien van de logo's die wij nu kennen. Het nadeel van de kleuren rood, groen en oranje heeft natuurlijk alles te maken met de precieze samenstelling van de producten. Daarbij komt dat het eerder gaat om de hoeveelheid suiker die je per dag consumeert dan om een behoorlijke concentratie van suiker in één product. Het gaat dus eerder om de consumptiegewoonde dan om een specifiek product. Je moet daar goed mee oppassen. Sommige producten zijn op zichzelf helemaal niet schadelijk. In de overmaat zit dan het schadelijke karakter. Je moet daarin een balans zien te vinden. Dat maakt het niet gemakkelijk om een en ander langs drie verschillende kleuren te categoriseren.

Mevrouw Schermers heeft eerder al vragen gesteld over de mp3-spelers. Ik heb haar toen toegezegd, de Kamer daarover te informeren. Ik vrees dat ik nu hetzelfde moet doen. Nu kijk ik behalve naar links ook naar rechts, waar mijn ambtenaren zitten, terwijl ik zeg dat wij het echt moeten gaan doen. Wij zullen de Kamer hierover dus zo spoedig mogelijk in kennis stellen.

De heer Zijlstra heeft gesproken over het codificeren van de patiëntenrichtlijn. Dat is inderdaad ook onze lijn. Over de zeldzame ziekten en de orgaandonatie heb ik al gesproken. Het is geen bezwaar als hieraan kwaliteitseisen worden verbonden, maar dat doen wij in Nederland al. Het is even de vraag wat de meerwaarde vanuit Europa op dat vlak is, zeker gezien het feit dat de Raad van Europa hier ook het nodige aan doet. Wat het stoplichtensysteem betreft, heb ik de argumentatie van de heer Zijlstra in feite verrijkt. In die verrijking zit tegelijkertijd een onderstreping van de woorden van de heer Zijlstra dat het niet zo gemakkelijk ligt.

De heer Van der Veen heeft ook gevraagd naar de kwaliteit en het kwaliteitskader van de orgaandonatie. Op communautair niveau ben ik er niet op tegen om gegevens uit te wisselen. Laat ik het anders zeggen. Ieder heeft zijn eigen ervaringen. België en vooral Spanje doen het buitengewoon goed. Het is goed om daarvan te leren; dat gaan wij ook optimaal doen in een werkgroep die nu aan de slag gaat met de aanbevelingen van de commissie-Terlouw. Europa – in ieder geval Spanje – zal daarbij een belangrijke rol spelen.

Zoals ik al zei, vind ik de top care van zeldzame aandoeningen een belangrijk punt om mee te nemen. Met name voor de heel complexe ziekten brengt de concentratie van kennis en behandeling vaak routine en vaardigheid met zich mee. Ik zal dat sowieso inbrengen als het ter sprake komt in de Raad.

Kartelvorming bij grensoverschrijdende zorg is een aandachtspunt. Wij kennen de NMa en de NZa die in het nationaal domein opereren. Als dit net over de grenzen heen plaatsvindt, zoals bij de fusies die je in Maastricht ziet met Aken, kan dat ook tot concentraties leiden. Wie is dan aan

zet? Dat lijkt mij wel een belangrijke vraag, die kan worden meegenomen bij het punt van de grensoverschrijdende zorg.

De heer Van der Veen heeft gevraagd naar de samenloop van de verordening en de richtlijn inzake vergoedingen. Bij de verordening hoef je geen toestemming te vragen en krijg je de kosten 100% vergoed. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat je in het buitenland bent en dan zorg nodig hebt. De richtlijn slaat meer op degenen die in Nederland zijn en in het buitenland zorg willen ontvangen. Zij krijgen niet altijd toestemming. Daarop is de richtlijn van toepassing. Zo is het nu geregeld. Beide staan op de werelddekking, maar het zijn verschillende Europese regelingen met een verschillende uitkomst, die aangrijpen op de vraag of je in het buitenland of in Nederland verblijft.

Voorzitter: Schermers

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mag ik het dan zo begrijpen dat zich geen keuzemogelijkheid voordoet? Dat was namelijk de aanleiding voor de vraag, dat men op een gegeven moment zou kunnen kiezen tussen de verordening en de richtlijn. Ik begrijp echter uit de woorden van de minister dat dit niet kan.

Minister **Klink**: Ja, gegeven het feit dat de verordening slaat op de situatie dat je in het buitenland bent. Je zou er echter voor kunnen kiezen om eerst naar het buitenland te gaan om dan in aanmerking te komen voor de verordening, dan wel vanuit het buitenland even terug te komen om dan in aanmerking te komen voor de richtlijn. Dat is een wat indirecte keuzemogelijkheid, die mobiliteit veronderstelt. Het is wat ingewikkeld gezegd, maar het klopt volgens mij wel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb mijn zorg hierover geuit, maar als het alleen heel ingewikkeld kan worden gerealiseerd, is er uiteraard geen probleem.

Minister **Klink**: Het zou natuurlijk wel een probleem kunnen zijn als je dichtbij de grens woont. Dan is het een korte verplaatsing, waarna je weet dat je niet meer om toestemming hoeft te vragen. Dat is toch een punt dat aandacht vraagt. De vraag in hoeverre daaruit willekeurig voortvloeit, kunnen wij meenemen naar Brussel.

Voorzitter: Van der Veen

Nadere gedachtewisseling

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Nog even over de «direct-to-consumer advertising». Ik lees maar even wat voor en hoor daarop graag een heldere uitspraak van de minister: «The European Commission has prepared a legal proposal on information to patients. Specifically it proposes that companies can make information on their prescription-only medicines available to the general public.» En dan: «... while maintaining the existing advertisement ban». Ik lees daaruit dat men voor middelen op recept direct naar de consument kan stappen. Dat gaat dus verder dan de symptoomreclame die wij nu al hebben. Wijst de minister dit af? Dit is namelijk de kern van het probleem.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik heb de Engelse tekst nu even niet paraat, maar de heer Van Gerven kan ervan uitgaan dat mijn standpunt volstrekt helder is. Wat mij betreft komt er gewoon geen directe reclame in de richting van patiënten of zorgconsumenten.

De heer **Van Gerven** (SP): Zoals het er staat, is het voorlichting. Het doel is echter volstrekt helder: men wil er natuurlijk voor zorgen dat zijn product op recept wordt verkocht via de band met de potentiële patiënt. Wij moeten daar dwars voor gaan liggen, zoals ik in eerste termijn al zei. Wij zien nu al de symptoomreclame oprukken. Dit is een opzet naar meer. Dat moeten wij niet willen, niet alleen vanwege de veiligheid en de kwaliteit van de zorg, maar ook in het kader van de doelmatigheid waarover wij het eerder vandaag hadden.

Minister **Klink**: Ik lees dat er sprake is van non-promotional information. Ik zal die non-promotional information vrij strak invullen, dus ook kijken in hoeverre symptoomreclame uiteindelijk toch beoogt om reclame te maken. Wij gaan daar dan maar gewoon voor liggen. Wat Nederland betreft, doen wij dit dus gewoon niet. Overigens kun je de tekst veel minder op reclame en commercie georiënteerd lezen. Ik zie dan staan dat wij hoge kwaliteit en objectieve, niet op reclame gerichte informatie geven. Dat zou voor sommige lidstaten kunnen betekenen dat de bijsluiter altijd op orde is, van hoog kwalitatief niveau is en voor iedereen begrijpelijk is. Als de tekst die strekking heeft en als die strekking zich verbreedt tot heel Europa – hij voorziet kennelijk in lacunes, want anders is hij overbodig – loop ik daar niet voor weg. Dan ben ik ervoor, maar wel met de kanttekening dat non-promotional echt non-promotional is. Het is pure informatie aan de patiënt en niet anders.

De heer **Van Gerven** (SP): Zoals ik het lees, gaat het niet over de bijsluiter. Hier gaat het erom dat een farmaceut zich richt op bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld ouderen uit verzorgingstehuis X die dement worden. Al die ouderen krijgen dan een folder van de fabrikant waarin staat dat er een cholinesteraseremmer is die misschien iets voor hen is. De minister kan zich daar vast wel iets bij voorstellen. Daar moeten wij dwars voor gaan liggen. Dat mag niet gebeuren.

Minister **Klink**: Dat ben ik met de heer Van Gerven eens. Dat gaan wij dus niet doen, wat mij betreft. Ik zie zijn woorden als een inkleuring dan wel parafrasering van mijn standpunt.

De **voorzitter**: Ik heb het gehad over de tweedeling in de zorg, met name over het voorschieten van geld en een eventueel systeem van vouchers. Ook heb ik gevraagd naar de werking van de Europese gezondheidskaart. Wat mij betreft, mogen deze vragen ook schriftelijk worden beantwoord. Daarnaast heb ik, naar ik aanneem mede namens de collega's, gevraagd om enige snelheid te betrachten bij het terugrapporteren vanuit de Raad, in verband met de discussies die in de Kamer worden gevoerd. Ik zou het plezierig vinden als dat met enige snelheid zou.

Minister **Klink**: Wij zullen kijken in hoeverre de stukkenstroom de Kamer tijdig bereikt. In het verlengde daarvan betekent dit het tijdig terugkoppelen van datgene wat is ingebracht in Europa. Verder is het wellicht goed als wij van onze zijde onze inzet nog eens op papier zetten met betrekking tot datgene wat wij van Europa verwachten, zodat wij daarover met elkaar kunnen spreken. In het verlengde daarvan kan wellicht de richtlijn worden meegenomen. De heer Van Gerven heeft gezegd dat het goed zou zijn om daar nog eens in de breedte naar te kijken, zeker als het Tsjechische voorzitterschap straks echt met voorstellen komt. Op de overige vragen zal ik schriftelijk terugkomen.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. Ik dank alle aanwezigen voor hun komst.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De voorzitter van de vaste commissie voor Europese Zaken,
Waalkens

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen