

---

Vergaderjaar 2010–2011

---

**21 501-31**

**Raad voor de Werkgelegenheid, Sociaal Beleid,  
Volksgezondheid en Consumentenzaken**

**Nr. 242**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN  
SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 mei 2011

Hierbij bied ik u het verslag aan van de informele Gezondheidsraad van 4–5 april 2011 te Gödöllö (Budapest, Hongarije).

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers

## **Verslag informele Raad van EU-ministers van gezondheid van 4 en 5 april 2011**

Op 4 en 5 april 2011 vond de informele bijeenkomst van ministers van gezondheid plaats in Gödöllő (Boedapest, Hongarije). Daarbij werden de volgende onderwerpen besproken:

- Investeren in de gezondheidszorgsystemen van de toekomst
- Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
- De toekomst van het EU-actieprogramma voor gezondheid

Op mijn uitdrukkelijk verzoek is aan de agenda van de Raad het agendapunt van de beroepsuitoefening van onbevoegde arts en andere beroepsbeoefenaren uit de gezondheidszorg in de EU toegevoegd.

### *Investeren in gezondheidszorgsystemen van de toekomst*

Aanleiding voor de EU-ministers van gezondheid om dit punt te bespreken is de gedeelde constatering dat gezondheidszorgsystemen overal in Europa onder druk staan qua betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Het Hongaars voorzitterschap stelde voor om een niet-bindend, nieuwEU-breed gemeenschappelijk denkproces te lanceren om zo tot nieuwe manieren te komen om lidstaten te ondersteunen in het formuleren van hun toekomstige behoeften ten aanzien van hun gezondheidsystemen.

De gezondheidsministers van de EU bespraken de oorzaken en stand van zaken in de EU, maar ook mogelijke oplossingen. Er werd geconstateerd dat gezondheidszorg niet alleen als een kostenpost gezien moet worden maar evenzeer als een investering in de economie en in de toekomst van de lidstaten. Kostenbeheersing blijft uitermate belangrijk, maar de gezondheidszorg kan (gezien de demografische ontwikkeling) ook gezien worden als een sector waar juist veel banen kunnen ontstaan. Tevens zijn er kansen en mogelijkheden voor innovatieve toepassingen zoals bijvoorbeeld in de medische technologie.

De mening werd gedeeld dat uitwisseling van »goede voorbeelden» op EU-niveau een bijdrage kan leveren aan oplossingen op nationaal niveau. De lidstaten vinden daarbij wel dat de principes van subsidiariteit en proportionaliteit dienen te worden gerespecteerd.

Over de uiteindelijke vormgeving van het EU-brede gemeenschappelijke denkproces zal nog verder worden nagedacht. De Europese Commissie zal, met inachtnaam van hetgeen besproken is, met een voorstel komen.

### *Zorgprofessionals*

Op basis van een analyse van het European Observatory Health Systems and Policies van de huidige situatie t.a.v. arbeidsmarktsituatie in de gezondheidszorg in de EU werd een vruchtbare discussie gevoerd en informatie uitgewisseld tussen de lidstaten. Tegen de achtergrond van een toename van de zorgvraag en de afname van menskracht in de zorg dienen de daaruit voortvloeiende problemen voortvarend te worden opgelost, vooral op nationaal niveau. Gezien de toenemende mobiliteit van patiënten, artsen en overige beroepsbeoefenaren, werd wel onderschreven dat Europese samenwerking en afstemming op het terrein van de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg een duidelijke meerwaarde kan betekenen.

Het is wenselijk om gegevens over de arbeidsmarktsituatie verder in kaart te brengen, een lange termijnplanning voor de beschikbaarheid van beroepskrachten te maken, specifieke beroepsprofielen te evalueren (met

het oog op de zich wijzigende vraag als gevolg van de vergrijzing), en de werving en training van nieuw personeel ter hand te nemen.

In mijn interventie heb ik ten eerste aangegeven dat het ondersteunen van lidstaten het meest effectief kan gebeuren door het uitwisselen van goede voorbeelden op het gebied van arbeidsmarktplanning en beleid. Daarnaast heb ik gezegd dat het verzamelen van gegevens niet mag leiden tot een stijging van de administratieve lasten. Daarom vind ik het van belang dat de reeds bestaande informatie over de mobiliteit van zorgprofessionals goed wordt gedeeld met onder andere de EU data over de richtlijn beroepskwalificaties, de WHO data, en de data over de WHO gedragscode inzake de internationale werving van gezondheidspersoneel. Over de implementatie van de WHO code heb ik gezegd dat deze pas goed werkt als elke lidstaat deze implementeert. Inmiddels heb ik de sociale partners en gezondheidsinstellingen gevraagd de code te implementeren middels een specifieke code van de instellingen zelf.

Tenslotte heb ik aangegeven dat Nederland vindt dat met de vergrijzing van de bevolking er nieuwe en andere competenties en vaardigheden van de zorgprofessionals gevraagd worden. Het is daarom van belang om de kwalificaties van zorgprofessionals aan te passen en ik heb dan ook het initiatief van de Commissie gesteund om de kwalificaties van zorgprofessionals, vallend onder de richtlijn beroepskwalificaties, te evalueren.

#### *De toekomst van het EU-Gezondheidsprogramma*

Het EU-voorzitterschap heeft dit punt geagendeerd om de opvattingen te peilen over de wenselijkheid van de voortzetting van het EU-actieprogramma na 2013 in het licht van de naderende onderhandelingen over de EU meerjarenbegroting 2014–2020. De meeste lidstaten waren positief over de ervaringen met het EU-actieprogramma, en wensten dan ook voortzetting van dit actieprogramma. Wel werd een aantal kritische opmerkingen gemaakt (waaronder door Nederland) over het gebrek aan focus en de prioriteiten van het actieprogramma. De Europese Commissie nam deze kritiek ter harte en zegde toe meer focus aan te zullen brengen in het EU-actieprogramma 2014–2020. Dat zal nog niet eenvoudig zijn aangezien de lidstaten, ondanks hun oproep tot meer focus, nogal uiteenlopende prioriteiten aangeven.

In mijn interventie gaf ik aan dat Nederland succesvol heeft geparticipeerd in vele projecten die onder het huidige Gezondheidsprogramma zijn gefinancierd. Nederland waardeert het programma dan ook als zodanig, maar over het algemeen worden er te veel prioriteiten benoemd in te veel uiteenlopende gezondheidsgelateerde gebieden. Het is belangrijk om de beperkte middelen zo effectief mogelijk in te zetten. Ik heb ingebracht dat het nieuwe Gezondheidsprogramma zich zou moeten concentreren op onderwerpen waar de Europese meerwaarde evident is; bijvoorbeeld in de grensoverschrijdende aspecten van gezondheid bij onder andere infectieziekten als HIV/AIDS en Hepatitis. Daarnaast zou het programma zich moeten richten op e-Health, Health Work Force, Innovative approaches on primary care, Patient safety and quality of healthcare, en healthy ageing.

#### *Beroepsuitoefening van onbevoegde artsen en andere beroepsbeoefenaren («Zwarte Lijst»)*

Op mijn verzoek (vanwege recente ervaringen in Nederland) agendeerde het Hongaarse voorzitterschap het punt van de beroepsbeoefening van onbevoegde artsen.

In mijn interventie heb ik nadrukkelijk aandacht gevraagd voor dit onderwerp. Niet alleen in de plenaire vergadering, maar ook in de bilaterale gesprekken met collega's heb ik deze problematiek aan de orde gesteld. Het was verheugend te constateren hoeveel herkenning er bestond over disfunctionerende artsen en verpleegkundigen die in eigen land een beroepsbeperking opgelegd hebben gekregen, en in een andere EU lidstaat doorgaan met deze slechte praktijken. Een achttal landen en de Europese Commissie in de persoon van Eurocommissaris Dalli steunden mijn oproep om dit probleem in Europees verband op te pakken. Er zijn verschillende aanpakken mogelijk; hetzij op EU-niveau door middel van herziening van relevante EU richtlijnen, hetzij via bilaterale afspraken met (buur)landen in de EU. Over de concrete uitwerking wordt de komende tijd nagedacht, zodat dit onderwerp in de EU-voorzitterschapsagenda van het inkomende Trio EU-voorzitterschap (Polen, Denemarken, Cyprus) mogelijk kan worden opgenomen.