

Vergaderjaar 2008–2009

31 545

Subsidiariteitstoets van het richtlijnvoorstel inzake patiëntenrechten in geval van grensoverschrijdende gezondheidszorg (COM(2008) 414)

I

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 10 februari 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin¹ heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 24 september 2008 een brief gestuurd inzake het voorstel voor een richtlijn grensoverschrijdende zorg² (COM (2008) 414) (EK 31 545 en 22 112, F herdruk).

Naar aanleiding van het antwoord van de minister heeft de commissie bij brief van 11 december 2008 aanvullende vragen en opmerkingen opgenomen.

De minister heeft op 9 februari 2009 gereageerd.

De commissie brengt hiermee verslag uit van het aldus gevoerde schriftelijke overleg.

De griffier van de commissie,
Warmolt de Boer

¹ Samenstelling:

Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), vice-voorzitter, Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP), voorzitter, Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Leijnse (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Klein Breteler (CDA), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU) en Yildirim (Fractie-Yildirim).

² Zie ook dossier E080070 op www.europapoort.nl

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 11 december 2008

Op 24 september 2008 heeft de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin u een brief gestuurd inzake het voorstel voor een richtlijn grensoverschrijdende zorg (COM (2008) 414) (EK 31 545 en 22 112, F herdruk). Naar aanleiding van uw antwoord van 3 november 2008 heeft de commissie op 9 december 2008 besloten de hieronder opgenomen aanvullende vragen en opmerkingen onder uw aandacht te brengen.

Volledigheidshalve wijst de commissie er op dat de Europese Commissie op 4 december 2008 heeft gereageerd op vragen die op 2 oktober 2008 door de beide Kamers der Staten-Generaal (Kamerstuk 1/231 545, nr. 5) over dit richtlijnvoorstel zijn gesteld.

De commissie bedankt de regering voor de antwoorden op de vragen inzake de bovengenoemde richtlijn, maar ook voor de nadere reflecties op de betekenis ervan voor de Nederlandse gezondheidszorg. Graag wil de commissie nog nadere vragen stellen en een aantal zorgen aan de regering meegeven in de verdere gesprekken over dit richtlijnvoorstel met de Europese Commissie. Tevens merkt de commissie op dat enkele van de eerder gestelde vragen nog niet (helemaal) beantwoord zijn.

Aanvullende vragen en opmerkingen

Het valt de commissie op dat de regering verschillende malen in haar brief aangeeft dat een juiste balans gevonden moet worden tussen de rechten van patiënten en de verantwoordelijkheid van een lidstaat bij de organisatie van de zorg. Kan de regering echter ook aangeven hoe zij die balans voor zich ziet. Dat lijkt de commissie van belang voor de verdere behandeling van dit richtlijnvoorstel en voor het beantwoorden van de vraag hoever de invloed van de Europese regelgeving op het Nederlandse zorgstelsel zou kunnen of moeten reiken.

De minister maakt in zijn brief duidelijk dat het richtlijnvoorstel naar het oordeel van de regering niet proportioneel is en dat er lichtere mogelijkheden bestaan om hetzelfde doel te bereiken, namelijk een steviger verankering van het recht van patiënten om ook over de grens goede en tijdige gezondheidszorg te krijgen. De commissie vraagt de regering nader in te gaan op de lichtere mogelijkheden die zij daarbij voor ogen heeft. Kan de regering daarbij ingaan op de wijze waarop zij meent dat het kader voor kwaliteit en veiligheid, dat de regering in haar antwoord tot de nationale competentie rekent, kan afzonderen van regels omtrent vergoedingen en de organisatie van zorg?

Als het gaat om kwaliteit en veiligheid wil de regering voorts dat de Europese lidstaten juridisch niet afdwingbare afspraken maken over samenwerking rand kwaliteit en veiligheid. Kan de regering aangeven wat zij daaronder verstaat en in welke vorm die afspraken moeten worden vastgelegd? Waarop baseert de regering de opvatting dat dergelijke afspraken bij de rechter niet meegewogen worden als het gaat om zaken die de grensoverschrijdende zorg betreffen?

Ten aanzien van de financiële houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel onder deze nieuwe richtlijn geeft de regering aan dat het zo'n vaart niet zal lopen dat deze schade ondervindt, omdat grensoverschrijdende zorg op dit moment nog niet door zoveel Nederlanders genoten wordt. De commissie vraagt of dit niet een erg pragmatische en korte termijn-

redenering is. Waarop baseert de regering de verwachting dat het aantal mensen dat voor zorg naar het buitenland gaat niet noemenswaardig toe zal nemen de komende jaren? Is het niet aannemelijk dat naarmate de mogelijkheid om in buitenland zorg te genieten breder bekend wordt, en bijvoorbeeld ook de rechter deze nieuwe richtlijn gaat hanteren, het gebruik maken van de mogelijkheid om over de grens zorg te genieten toeneemt? Overigens zou de commissie dat ook volkomen begrijpelijk vinden en niet afwijzen.

De regering geeft aan wel een probleem te zien in de voorafgaande toestemming die patiënten moeten vragen bij hun verzekeraar om over de grens intramurale zorg te genieten. Er wordt overlegd met de andere lidstaten hoe die toestemming vorm gegeven kan worden zonder het recht op grensoverschrijdende zorg uit te hollen. Kan de regering aangeven welke mogelijkheden of opties hierbij de revue passeren en wat de voor- en nadelen van deze opties zijn?

De Eerste Kamer heeft zorgen geuit over de balans tussen de vrijverkeerbepalingen in geval van gezondheidszorg en de financiële consequenties voor lidstaten. Met de regering deelt de commissie de wens dat hier een goede balans in gevonden wordt. De regering spreekt over het vinden van een «juiste verhouding», maar de commissie vraagt zich af wat de Nederlandse regering daaronder (bij benadering) verstaat. In haar antwoord lijkt de regering een nogal pragmatische benadering te verkiezen, die start bij het uitgangspunt dat relatief weinig Nederlanders gebruik zullen maken van grensoverschrijdende zorg. De commissie meent dat de regering dit vraagstuk meer principieel moet benaderen, omdat de groep zorggebruikers die over de grens zorg geniet in de toekomst wel eens veel omvangrijker zou kunnen worden dan de regering nu voorziet.

De minister geeft aan zich ervoor te willen inzetten dat het Nederlandse kortingenstelsel, met name de korting in de naturapolis, gehandhaafd kan blijven, ook in geval van zorg verleend in het buitenland. Kan de regering aangeven wat zij zal doen indien het richtlijnvoorstel de korting onrechtmatig maakt?

De commissie vindt het erg belangrijk dat medische beroepsbeoefenaren betrokken zijn en blijven bij het formuleren van het kader waaraan kwaliteit van zorg getoetst moet worden. Het huidige richtlijnvoorstel lijkt teveel uit te gaan van een centrale overheid die de normen voor kwaliteit eigenstandig stelt. De commissie verneemt graag van de regering op welke wijze ze dit in de richtlijn erkend wil zien, dan wel op welke onderdelen de richtlijn aanpassing behoeft.

Ten aanzien van de studie die de regering verricht naar de verplichting voor zorgaanbieders om een risicoaansprakelijkheidsverzekering af te sluiten voor medische fouten vraagt de commissie de regering over de uitkomsten van die studie geïnformeerd te worden. De commissie ziet daarbij ook graag een nadere toelichting omtrent de verhouding tussen verwijtbare en niet verwijtbare schade bij medische fouten.

De regering geeft aan de Kamer op de gebruikelijke wijze te willen informeren, maar de commissie vraagt zich af of dat voldoende is. De commissie ontvangt daarom graag een tijdschema van de regering betreffende de behandeling van dit richtlijnvoorstel alsmede de momenten waarop beïnvloeding van de besluitvorming hieromtrent, in Nederland en in Brussel, plaats moet en kan vinden.

De commissie wenst de regering veel succes bij de onderhandelingen over dit richtlijnvoorstel en verneemt graag op welke wijze de nu nader gestelde vragen daarbij meegenomen kunnen worden.

Nog niet (helemaal) beantwoorde vragen

Naar de mening van de commissie is in de brief van 3 november 2008 met name niet ingegaan op de vragen die gaan over de subsidiariteit van het richtlijnvoorstel. De commissie vraagt de regering op dit punt verduidelijking te geven.

Heeft de regering al gevolg gegeven aan het verzoek om de richtlijn met spoed te laten analyseren op consequenties voor onze gezondheidszorg? En zo ja, wat was het resultaat van de analyse, zo nee, waarom heeft de regering deze aanbeveling niet opgevolgd?

De commissie is van mening dat de regering de grootte van de patiëntenstromen die op gang kunnen komen onderschat. Gevraagd werd met name naar de situatie in Zeeland. De regering is hierop niet ingegaan. Juist voor Zeeuwen is goede zorg vlak over de grens direct beschikbaar terwijl die in ons land uitgekleeft wordt (fusie Zeeuwse ziekenhuizen). Aannee van de voorgestelde richtlijn zal deze stroom richting België versterken, zo schat de commissie in. Hoe kijkt de regering hier tegen aan?

Opname in een buitenlands ziekenhuis heeft als consequentie dat het met het oog op de problematiek van MRSA-besmetting (Meticilline Resistente Staphylococcus aureus) moeilijk is teruggeplaatst te worden naar een Nederlands ziekenhuis, met als gevolg hoge kosten voor het ziekenhuis dat de teruggeplaatste in een aantal gevallen toch zal moeten accepteren. De commissie vraagt voor wiens rekening deze kosten dienen te komen.

De commissie ziet graag toegelicht waarom het richtlijnvoorstel geen gevolgen heeft voor ons systeem van risicoverevening.

Grensoverschrijdend zal toch ook betekenen dat mogelijk meer dan voorheen buitenlandse zorgverzekeraars hier hun producten aanbieden en daarmee ook willen profiteren van verevening. Met risicoverevening wordt de eigen Nederlandse markt beschermd, het is in zekere zin een protectionistische maatregel. Hoe houdbaar is deze maatregel in het kader van het voorstel, zo vraagt de commissie.

In Nederland wordt sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet de zorgverzekeraar als regisseur zorg beschouwd, hij moet voldoende zorg van voldoende kwaliteit inkopen bij de zorgaanbieders ten behoeve van zijn verzekerden. De overheid is meer op afstand gezet, zij bewaakt de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Deze rolverdeling tussen overheid, zorgaanbieder en zorgverzekeraar is niet overal hetzelfde in Europa.

Wat is de analyse van de regering ten aanzien van de verschillen, zijn ze significant en wat betekent het richtlijnvoorstel voor de rolverdeling?

In de brief van 3 november 2008 (Kamerstuk 31 545 en 22 112, F, blz. 11 bovenaan) zegt de minister dat de Commissie er met dit richtlijnvoorstel nog onvoldoende in slaagt om de verschillende vergoedingsstelsels in een helder kader voor patiënten en lidstaten te vatten. De conclusie is dat er in het vervolg van de onderhandelingen een duidelijker kader moet worden gecreëerd in het belang van patiënten en lidstaten. Wat is hierbij de insteek bij de onderhandelingen? Is de sociale zekerheidsverordening het uitgangspunt of zijn dat de interne markt regels? Op basis van welke argumenten wordt voor welke insteek gekozen?

Ten aanzien van het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van in ons land verleende zorg wordt opgemerkt dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geen bevoegdheden heeft in andere landen. Elk land kent zijn eigen vorm van toezicht, verschillen moeten erkend worden.

Acht de regering harmonisatie op dit punt wet of niet opportuun en wet of niet haalbaar?

Hoe kan van een zorgverzekeraar verwacht worden dat hij zorg zal vergoeden aan een bij hem verzekerde zander dat hij zicht heeft op de kwaliteit en veiligheid ervan?

Als voorbeeld kunnen in dit verband de controversiële (want niet gebaseerd op een evidence based methode) anti hernia operaties in Duitse klinieken worden genoemd. Die operaties zijn werkzaam op de korte termijn, maar desastreus voor de lange termijn.

Graag ontvangt de commissie een toelichting op de opmerkingen ten aanzien van aansprakelijkheidssystemen. Hoever is de studie van de regering op dit punt gevorderd? Zijn de consequenties al in kaart gebracht voor de situatie waarbij in Nederland overgegaan zou moeten worden op een systeem waarbij de zorgaanbieder altijd aansprakelijk is voor medische fouten ongeacht de schuldvraag?

Tot slot vraagt de commissie naar de betekenis van het gestelde ten aanzien van gegevensuitwisseling en privacy. Het uitgangspunt IS dat verwerking en uitwisseling van gegevens alleen mag plaatsvinden als de betrokken patiënt hiervoor toestemming geeft.

In de brief (Kamerstuk 31 545 en 22 112, F, blz. 12 midden) wordt gerept van een Uitzondering op dit uitgangspunt, namelijk indien dit bij of krachtens wet is bepaald. Artikel 457, eerste lid, boek 7 Burgerlijk Wetboek, zou dit mogelijk maken. Graag verneemt de commissie van de regering een verduidelijking op dit punt.

De commissie ziet uw reactie op bovenstaande vragen en opmerkingen met belangstelling tegemoet en verneemt daarbij ook graag het beoogde tijdschema ten aanzien van dit richtlijnvoorstel en met name op welke momenten cruciale beslissingen genomen dienen te worden.

Ook wijst de commissie er nogmaals op dat zij er in haar brief van 24 september 2008 bij de regering op heeft aangedrongen in de tussentijd geen onomkeerbare stappen te zetten in dit dossier.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
Drs. T. M. Slagter-Roukema

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 februari 2009

Hierbij ga ik graag in op de door u gestelde vragen in uw brief met kenmerk 141877.03u.

Balans

U vraagt allereerst naar de gewenste balans tussen de rechten van patiënten op (vergoeding van) grensoverschrijdende gezondheidszorg en de rechten van lidstaten om hier in het belang van het collectief beperkingen op aan te brengen. In dit kader zou ik, om misverstanden te voorkomen, allereerst het volgende willen opmerken. Bij de discussies over de richtlijn spreken we over deze balans. Maar met de introductie van de Zorgverzekeringswet en de werelddekking die daarin is opgenomen, hebben we er in Nederland voor gekozen om patiënten al de ruimst denkbare vrije artskeuze te bieden voor geïndiceerde zorg. Hierbij maken we geen onderscheid tussen zorgaanbieders in binnen- en buitenland. Andere lidstaten kennen deze vrijheid echter niet of in veel beperktere mate. Hoewel het Europese Hof van Justitie de lidstaten enerzijds aanspreekt op hun verantwoordelijkheid om deze vrijheid voor burgers te creëren, heeft het Hof anderzijds aangegeven dat het recht van de patiënt op vrij zorgverkeer niet onbeperkt is en door lidstaten kan worden ingeperkt. Daarom wordt hier in het kader van de richtlijn over gesproken.

Alhoewel wij in Nederland dus op basis van de Zorgverzekeringswet niet voor een dergelijke beperking kiezen, ben ik van mening dat andere lidstaten die ruimte niet ontnomen mag worden. Het kan redelijk zijn om het recht van een patiënt op vergoeding van geïndiceerde zorg in een andere lidstaat te beperken, indien dat nodig is voor een lidstaat om te voldoen aan zijn verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg voor al zijn ingezetenen. Dit volgt ook uit de jurisprudentie van het Hof die de richtlijn beoogt te codificeren.

Een systeem dat in balans is geeft de individuele patiënt recht op vergoeding van grensoverschrijdende gezondheidszorg, maar nooit in ruimere mate dan waar hij in eigen land recht op heeft. Hiernaast mag dit recht worden ingeperkt indien de omvang van de door burgers gezochte zorg dusdanig wordt dat dit een bedreiging vormt voor de houdbaarheid van die zorg in eigen land. Het door de richtlijn beoogde systeem moet naar mijn mening de lidstaten ruimte bieden om hierin eigen afwegingen te maken, maar inperkingen moeten wel gemotiveerd kunnen worden. Het richtlijnvoorstel van de Commissie kiest vooral het perspectief van de individuele patiënt. Het Franse voorzitterschap van de Raad presenteerde op 16 december 2008 in de Raad van Europese ministers van gezondheid, een voortgangsverslag van de onderhandelingen binnen de Raad, waarin de rechten van patiënten en lidstaten meer in evenwicht zijn gebracht. Hoewel het Franse voorstel op veel punten een duidelijke verbetering is, vraag ik mij wat betreft het vrije zorgverkeer af of daar niet teveel afbreuk aan wordt gedaan. Ik zal mij ervoor inzetten dat het beoogde systeem rekening houdt met beide belangen.

Subsidiariteit en proportionaliteit

U vraagt naar de subsidiariteit en proportionaliteit van het richtlijnvoorstel. In het eerder opgestelde BNC-fiche heeft het kabinet aangegeven dat het voorstel van de Commissie niet proportioneel is. Een belangrijke

reden hiervoor is het feit dat lidstaten ook zelfstandig kunnen overgaan tot incorporatie van de jurisprudentie van het Europese hof in de eigen gezondheidszorgsystemen, zoals Nederland dit heeft gedaan. Dat zou, puur vanuit Nederlands perspectief bezien, een lichtere vorm van harmonisatie zijn dan harmonisatie via een richtlijnvoorstel. Hierbij is echter ook aangegeven dat het de politieke realiteit is dat de overgrote meerderheid van de lidstaten de jurisprudentie niet in het nationale recht heeft geïncorporeerd en dat de Raad de Commissie heeft gevraagd om met een richtlijnvoorstel hiervoor te komen. Het kabinet heeft de politieke realiteit geaccepteerd dat het voor veruit de meeste lidstaten efficiënter is om een richtlijn op te stellen. Ik zal mij er voor inzetten dat deze richtlijn zo min mogelijk in strijd komt met de wijze waarop de jurisprudentie in Nederland nu al in de nationale wetgeving is geïncorporeerd.

Het kabinet vindt het voorstel van de Commissie verder niet proportioneel omdat het een omvangrijk hoofdstuk over de kwaliteit en veiligheid van de zorg bevat. Naar onze mening zijn bepalingen die de Europese Commissie en of de Europese rechter mogelijk zeggenschap geven over het kwaliteits- en veiligheidsbeleid in de lidstaten, niet noodzakelijk om de hofjurisprudentie te incorporeren. Nederland vindt het niet wenselijk om bepalingen over kwaliteit en veiligheid van zorg dwingend in de richtlijn vast te leggen aangezien we kwaliteitsbeleid primair als een nationale competentie zien. Wel steunt Nederland het uitgangspunt om via (vrijwillige) samenwerking te komen een hoger kwaliteits- en veiligheidsniveau in de zorg in Europa. Dit acht ik in het belang van zowel de lidstaten als patiënten. Het ontwikkelen van indicatoren om kwaliteitsbeleid ook in internationaal verband vergelijkbaar te maken, kan hiertoe een belangrijke stap zijn.

Het kabinet acht de subsidiariteit van het voorstel positief. In het BNC-fiche dat eerder voor dit richtlijnvoorstel werd opgesteld is hierover de volgende passage opgenomen: «Gebleken is dat de jurisprudentie van het Hof niet in elke lidstaat even consequent wordt nageleefd. Als gevolg hiervan kan het voorkomen dat burgers geen gebruik kunnen maken van zorg in het buitenland. De jurisprudentie van het Hof heeft ook vragen opgeroepen. Om deze onduidelijkheden weg te nemen, en de recht van burgers op gezondheidszorg in alle lidstaten te garanderen, is verdere actie op Europees niveau noodzakelijk. De subsidiariteit van het voorstel wordt daarom positief beoordeeld.»

Financiële gevolgen richtlijnvoorstel

U vraagt waarop ik mijn aanname dat de financiële houdbaarheid van de zorg in Nederland niet in gevaar komt als gevolg van de komst van deze richtlijn en de aanname dat er maar een beperkte groei zal optreden van het aantal patiënten dat gebruik zal maken van de mogelijkheid van grensoverschrijdende zorg, baseer. U heeft twijfels hierover, mede gezien de situatie in Zeeland, zoals door u in uw brief gememoreerd. De Zorgverzekeringswet kent momenteel al een werelddekking en Nederlandse patiënten hebben nu dus ook al ruime rechten om naar het buitenland te gaan. Toch gebeurt dit maar in beperkte mate. Ik verwacht niet dat alleen het feit dat er een richtlijn komt, die de Nederlandse verzekerde in financieel opzicht geen extra rechten toekent ten opzichte van de huidige situatie, zal leiden tot grote stromen Nederlandse patiënten die naar het buitenland gaan voor zorg. Dit blijft alleen interessant voor specifieke groepen patiënten, bijvoorbeeld woonachtig in grensstreken zoals Zeeuws-Vlaanderen. Maar zoals hiervoor weergegeven hebben deze patiënten die rechten nu ook al. Ten aanzien van de overgrote meerderheid van onze patiënten ben ik echter van mening dat zij geen reden zien om naar het buitenland te gaan voor de gezondheidszorg.

Naturapolis

U vraagt naar mijn opstelling indien belangrijke sturingsinstrumenten uit ons zorgstelsel niet gehandhaafd kunnen worden met de komst van de richtlijn. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de mogelijkheid die zorgverzekeraars hebben om een korting op de vergoeding aan te brengen indien een verzekerde met een naturapolis zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ik ben van mening dat Nederland daar niet mee in zou moeten stemmen. Overigens bestaat er veel begrip voor onze problemen op dit punt en ik verwacht dan ook dat we hiervoor een goede oplossing zullen weten te vinden en dat de korting gehandhaafd kan blijven.

Rol van de beroepsbeoefenaren

U vraagt verder naar mijn mening over het feit dat in Nederland de beroepsbeoefenaren een belangrijke rol spelen bij het formuleren van het kwaliteitsbeleid voor de zorg en dat het richtlijnvoorstel hierbij uitgaat van een centrale rol voor de lidstaten. Naar mijn mening betreft het hier geen principiële verschil van inzicht. Ik verwacht dat hiervoor een afdoende oplossing gevonden zal worden.

Studie naar aansprakelijkheidssystemen

Op dit moment wordt geen studie verricht naar de gevolgen van de overgang naar een aansprakelijkheidssysteem waarbij de zorgaanbieder altijd aansprakelijk is voor medische fouten. Ik ga ervan uit dat de richtlijn ons voldoende ruimte zal laten om ons huidige regime op dit terrein te handhaven.

Tijdschema

U vraagt naar een tijdschema voor wat betreft de behandeling van de richtlijn en beslismomenten. Een dergelijk schema is niet voorhanden. De enige concrete datum betreft die van de Raad van Ministers onder Tsjechisch voorzitterschap, welke plaatsvindt op 9 juni 2009. Op dit moment is echter niet bekend of en op welke wijze het richtlijnvoorstel daar behandeld zal worden.

Analyse door externe experts

In uw brief heeft u verzocht om dit voorstel te laten analyseren door (naar ik aanneem) externe experts. Ik heb het voorstel laten analyseren door mijn eigen specialisten. Zij hebben hierbij overlegd met relevante partijen zoals bijvoorbeeld de NPCF en Zorgverzekeraars Nederland. Ik ben van mening dat ik op basis van deze analyse een goed beeld heb gekregen van de impact van dit richtlijnvoorstel.

MRSA-problematiek

U vraagt in uw brief naar de financiële gevolgen van de opname van een Nederlandse patiënt in een Nederlands ziekenhuis, na eerdere opname in een buitenlands ziekenhuis, vooral in relatie tot de MRSA problematiek. Het richtlijnvoorstel regelt deze situatie niet. De kosten van een Nederlandse patiënt in een Nederlands ziekenhuis komen voor rekening van de Nederlandse zorgverzekeraar. Overigens worden de grensoverschrijdende aspecten van de MRSA problematiek wel op andere plaatsen besproken. Zo start er dit jaar een onderzoek naar de MRSA-problematiek in relatie tot zorgverkeer tussen Nederland en Duitsland.

Gevolgen voor de risicoverevening

U vraagt waarom het richtlijnvoorstel geen consequenties heeft voor de risicoverevening, vooral vanwege de verwachting dat buitenlandse zorgverzekeraars zich op de Nederlandse markt zouden kunnen vestigen en een beroep zouden kunnen doen op het risicovereveningsfonds. De richtlijn gaat echter niet over de vestiging van verzekeraars in andere lidstaten. Het ziet op de rechten van patiënten op vergoeding van in het buitenland genoten zorg. Aan de mogelijkheden en aanspraken van buitenlandse verzekeraars die zich in Nederland willen vestigen, verandert het voorstel niets.

Gevolgen van verschillen tussen gezondheidssystemen

U geeft terecht aan dat de gezondheidssystemen en de verhouding tussen overheid, zorgaanbieders en verzekeraars, in de verschillende lidstaten verschillen. U vraagt naar mijn mening over het belang van deze verschillen in het licht van het richtlijnvoorstel. Het richtlijnvoorstel geeft aan dat de bepalingen van het voorstel gelden, ongeacht de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Naar mijn mening zal de invloed van een richtlijn op de verhouding tussen de drie genoemde actoren daarom beperkt zijn.

Een of twee vergoedingskaders

U refereert er verder nog aan dat ik heb aangegeven dat het richtlijnvoorstel er naar mijn mening nog onvoldoende in slaagt om te komen tot een eenduidig en helder vergoedingskader voor de patiënt. U vraagt naar mijn inzet bij de onderhandelingen op dit punt en met name of ik de Europese sociale zekerheidsverordening, dan wel de interne markt regels centraal wil stellen. Dit is in technisch-juridische zin een van de lastigste vraagstukken van dit dossier. De sociale zekerheidsverordening ziet op de coördinatie tussen de sociale ziektekostenverzekeringen en heeft derhalve betrekking op sociaal verzekeren. De interne markt regels zien ook op andere vormen van grensoverschrijdend zorgverkeer en hebben betrekking op iedereen. In Nederland zijn beide groepen hetzelfde, maar in sommige andere landen niet. Het in elkaar schuiven van beide systemen is vanuit Europees perspectief daarom minder eenvoudig dan het wellicht lijkt. Het is goed mogelijk dat er twee vergoedingssystemen die zien op verschillende situaties, naast elkaar zullen bestaan. In ieder geval is goede voorlichting aan patiënten van belang. Uiteindelijk zou ik graag een systeem zien dat burgers kunnen begrijpen.

Kwaliteit van de zorg en de keuze voor zorg in het buitenland

Iedere lidstaat kent zijn eigen kwaliteits- en veiligheidsbeleid en ik ben van mening dat iedere lidstaat hier primair zelf over gaat. De IGZ heeft dus inderdaad alleen zeggenschap in Nederland. Het richtlijnvoorstel wil komen tot een vorm van een Europees kwaliteitskader. Dit voorstel kan op weinig steun rekenen van de lidstaten en ook ik ben hier geen voorstander van. In de eerder genoemde voortgangsrapportage van het Franse voorzitterschap wordt aangegeven dat er van uit wordt gegaan dat zorg in ieder land wordt verleend volgens de zelf bepaalde kwaliteits- en veiligheidskaders. Die kaders gelden dan binnen die lidstaat voor zorg verstrekt aan alle patiënten, dus ook die aan patiënten die uit een andere lidstaat komen. Dit uitgangspunt kan wel op steun rekenen van de lidstaten en ook ik vind dit een beter uitgangspunt. Tevens ben ik van mening dat we gezamenlijk moeten werken aan transparantie van kwaliteit- en veiligheid in Europa zodat patiënten beter weten wat ze in het buitenland kunnen verwachten. Tegelijk ben ik ook van mening dat een

patiënt een eigen verantwoordelijkheid heeft. Patiënten in de grensstreek kunnen met vertrouwen naar de Duitse en Belgische ziekenhuizen gaan en vaak bestaan daar ook arrangementen voor. Kiest een patiënt echter voor zorg in landen verder van huis, dan heeft hij hier nog veel sterker een eigen verantwoordelijkheid voor. Hij zal dit voornemen goed met zijn huisarts moeten bespreken. De huisarts zal overigens zijn poortwachtersrol behouden en naar ik verwacht goed met zijn patiënt bespreken of zorg in het buitenland voor hem een goede optie is. Het gezonde verstand dient hierbij een belangrijke rol bij spelen.

Op dit moment wordt er nog tussen de lidstaten gesproken of zorgverzekeraars ook kwaliteitscriteria mogen gebruiken om de vergoeding van zorg in het buitenland te weigeren. Ten slotte heeft een patiënt in het buitenland alleen recht op zorg die in Nederland ook door de basisverzekering wordt gedekt.

Gegevensuitwisseling en privacy

Op grond van artikel 457 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek bestaat er een geheimhoudingsplicht voor hulpverleners met betrekking tot het medisch dossier van de patiënt. Zij mogen op grond van deze bepaling geen inlichtingen over de patiënt verstrekken aan anderen dan de patiënt zonder toestemming van de patiënt. Deze geheimhoudingsplicht is echter niet absoluut. Op grond van de tweede volzin van artikel 457, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, kan verstrekking van inlichtingen over de patiënt geschieden zonder toestemming van de patiënt indien het bij of krachtens wet bepaalde daartoe verplicht. Een voorbeeld van een wettelijke bepaling die een dergelijke verplichting bevat is artikel 87, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.

Ik vertrouw erop dat ik hiermee afdoende heb geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink