

Vergaderjaar 2008–2009

22 112

Nieuwe Commissievoorstellen en initiatieven van de lidstaten van de Europese Unie

CQ

VERSLAG VAN EEN MONDELING OVERLEG

Vastgesteld 18 mei 2009

De commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin¹ heeft op 21 april 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **het voorstel voor een richtlijn inzake patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg².**

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
Warmolt de Boer

Voorzitter: Slagter-Roukema

Aanwezig zijn dertien leden, te weten Slagter-Roukema (voorzitter), Dupuis, Swenker, Putters, Meurs, Engels, Van den Berg, Peters, Ten Horn, Leunissen, Klein Breteler, Goyert en Van de Beeten, en de heer Klink, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur, die vergezeld is van enige ambtenaren van zijn ministerie.

Aan de orde is:

- **het voorstel voor een richtlijn inzake patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (Dossier E080070).**

De **voorzitter**: Ik open deze bijeenkomst en heet de minister en zijn gevolg hartelijk welkom. Wij zullen het in deze bijeenkomst hebben over de Richtlijn inzake patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Ik breng in herinnering dat de discussie hierover in deze commissie al een redelijk lang traject kent. Wij zijn begonnen op 24 september met een brief aan de regering, inhoudende aanvullende vragen. Op 3 november kregen wij daarop antwoord. Op 9 december hebben wij nog een brief gestuurd, omdat wij nog niet helemaal tevreden waren over de beantwoording, en vervolgens hebben wij op 9 februari

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 dossier E080070 op www.europapoort.nl

antwoord gekregen. Daarnaast is er nog correspondentie geweest met de Gemengde commissie toepassing subsidiariteit, en wij hebben zelfs een briefje van de Europese Commissie gekregen.

Vanmiddag hebben wij een korte bezinning gehad op de taken, de EU betreffend. Binnen deze commissie hebben wij geconstateerd dat er vanuit de EU nogal wat op het terrein van onze commissie wordt afgescheiden, waarmee wij het best druk hebben. In het kader van herbezinning hebben wij gememoreerd dat ons dat soms bijna boven het hoofd stijgt, waarbij wij soms de coördinatie tussen Eerste en Tweede Kamer missen. Zo viel het mij op dat deze minister vorige week al intensief met de Tweede Kamer over Europa heeft gepraat. Ik neem aan dat dat hem warm heeft gemaakt voor dit debat. Wij hebben zorgen over, maar ook interesse voor dit onderwerp. De leden van deze commissie vinden patiëntenrechten erg belangrijk. Daarnaast maken wij er ons ook wel zorgen over dat er zoveel uit Europa komt.

Wij hebben begrepen dat de minister op 8 of 9 juni in de ministerraad over dit onderwerp mag praten. Wij hopen hem wat munitie te geven om in dat debat goed beslagen ten ijs te komen. Verder zal het Europees Parlement hier ook nog een debat over voeren. Er gebeurt dus veel op dit terrein.

Rechtsgrondslag en nationale beleidsruimte, alsmede de afbakening van nationale en Europese bevoegdheden

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. Ik heb een kort door de bocht geformuleerde startvraag, voordat wij verder de diepte ingaan. Op zich is het EU-verdrag duidelijk: gezondheidszorg, met name de care, is een nationale zaak. Het Hof van Justitie heeft daar in de loop der tijden behoorlijk aan geknabbeld. Je ziet dat men in de eerstelijnszorg redelijk grensoverschrijdend aan de gang kan gaan. Wat intramurale zorg betreft zijn er beperkingen aangelegd voor een nationale regering. Wat wij in verschillende boeken zien, is dat de Europese Commissie de neiging heeft om wat zij waarschijnlijk ervaart als verworvenheden van het Hof van Justitie verder uit te breiden en EU-breed te gaan beschouwen. Onze principiële vraag is, naast de vraag wat het kabinetsbeleid hierin is, of wij vinden dat gezondheidszorg in beginsel een nationale zaak is, waarbij je het Hof van Justitie kritisch zou moeten volgen en misschien wel reparerend op moet treden. Of volgen wij het Hof en de uitbreidingsgevoelens bij de Europese Commissie, om dat vervolgens meteen vast te liggen in richtlijnen en dergelijke? Op welk uitgangspunt baseer je je? Dat heeft natuurlijk ontzettend veel consequenties als je het vervolgens hebt over patiëntenrechten en dergelijke. Dat schuift op al naar gelang je je beginselvisie inneemt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Voorzitter. De parlementen zijn de wetgevers, en niet het Hof. Voor een groot deel van deze commissie is het een heel principieel punt dat het Hof niet het laatste woord heeft, maar de wetgever. Het gaat hierbij over de subsidiariteit en de proportionaliteit. Er is bij de Commissie voortdurend sprake van een tekort aan inzicht in de grenzen van wat aan haar toekomt als het gaat om het uitvaardigen van richtlijnen. In Parijs is net een bespreking geweest met de voorzitters van de Europese parlementen en senaten, waar de algemene opinie was dat de Commissie een begin moet maken met gepast optreden, en niet de richtlijnen zo ruim en zo binnenkomend in de nationale bevoegdheden moet maken dat een en ander wordt gevolgd door protesten om dat te redresseren. De Commissie moet een bescheiden inzet hebben als het gaat over een onderwerp als volksgezondheid, een prerogatief van de lidstaten. Het gaat dus over veel meer dan alleen het onderwerp van vandaag. Wij horen graag van de minister of hij zich voldoende gemotiveerd voelt om daartegen stevig tekeer te gaan.

Minister **Klink**: Voorzitter. De twee invalshoeken die hierbij spelen, hangen samen met de twee artikelen van het Europees Verdrag, te weten artikel 95 en artikel 152. Artikel 95 stelt het vrije verkeer van personen, goederen en diensten centraal. Op basis daarvan zijn de burgers van Europa krachtens de jurisprudentie van het Europese Hof gerechtigd om hun gezondheidszorg over de grenzen heen te verwerven. Dit dient geïncorporeerd te zijn in de nationale wetgeving, iets wat Nederland heeft gedaan met de werelddekking in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast is er artikel 152, waarin wordt gesteld dat het aan de lidstaten is voorbehouden om de inrichting van het zorgstelsel te regelen. Daarin moet een goede balans worden gevonden. Van meet af aan waren wij overtuigd van het feit dat de richtlijn zoals die werd ontwikkeld, in zijn aanvankelijke vormgeving en status niet voldeed aan die balans. Wij hebben daarbij verschillende kanttekeningen gemaakt, zoals over het preferentiebeleid, het naturastelsel, de positie van de verwijzende huisarts enzovoorts. In die gevallen hebben wij de vinger opgestoken. Naar het zich nu laat aanzien, zal dat tot resultaat leiden in die zin dat je nooit méér aanspraken in het buitenland hebt op datgene wat via het nationale recht dan wel krachtens je polis is verdisconteerd dan wel gewaarborgd. Ik neem het preferentiebeleid als voorbeeld. Het kan niet zo zijn dat, als je bij Menzis bent verzekerd dat een preferent middel heeft, bijvoorbeeld cholesterolverlagers, je net over de grens krachtens de richtlijn aanspraak maakt op het duurdere alternatief en dat wel declareert. Een ander voorbeeld: ik heb geen verwijzing van mijn huisarts, wat in België niet hoeft, dus ik kan hier rechtstreeks naar de specialist, zodat er geen enkele drempel is. Naar mijn stellige overtuiging zal dit punt geparkeerd blijven. De richtlijn zal niet meer behelzen dan wat wij in onze nationale wetgeving inmiddels al uit eigener beweging hebben vastgelegd, namelijk de werelddekking.

Daar zit nog wel een principiële verhaal achter. Je kunt zeggen dat de richtlijn prachtig in het spoor loopt met dat wat wij nationaal hebben verankerd, zodat er mitsdien geen probleem is, maar dan nog blijf je zitten met de vraag of datgene wat je uit eigener beweging realiseert, vanuit Europa moet worden verdisconteerd in een richtlijn. Hiervoor geldt dat het Europese Hof zijn uitspraken heeft gedaan: mensen kunnen inderdaad over grenzen heen zorg verwerven, zij het onder een aantal condities. Het mag niet ten koste gaan van het nationale stelsel en dergelijke, allemaal dingen die ook in de richtlijn zullen worden verdisconteerd. Ik denk dat het Hof tot nu toe een redelijke balans heeft gevonden tussen artikel 95 en artikel 152. Principieel vind ik dat men daar niet op een lijn zit die afbreuk doet aan artikel 152 en dus aan het subsidiariteitsbeginsel. Enkele weken geleden heb ik een brief aan Tweede en Eerste Kamer gestuurd over hoe ik aankijk tegen Europa. De afgelopen twee jaar ben ik wel voortdurend de tendens tegengekomen om te gaan opwaarderen. Zoals Edith Schippers het terecht in de Tweede Kamer stelde: soms doet het een beetje denken aan een colporteur. Je zet een voet tussen de deur en je zegt dat je gaat benchmarken. De volgende stap is dat die leermomenten moeten worden verdisconteerd in richtlijnen of verordeningen, en dat wil ik niet. Dat is soms vrij ver gegaan, waar collega's enthousiast waren over schoolfruit dat gratis ter beschikking zou moeten worden gesteld. Dat vind ik totaal geen aangelegenheid voor Europa.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Een volgende vraag is die over het grensoverschrijdende vrije verkeer van personen, goederen en diensten. Er staat niet bij hoe dat moet worden betaald. Bij ons valt het deels onder de via de belasting geïnde collectieve verzekering, en dat wordt door de richtlijn niet geïmpliceerd. Daar zit volgens mij een uitweg om het punt van de volksgezondheid niet helemaal parallel te laten lopen met artikel 95. Daar staat immers geen verrekeningsclausule bij. Je mag de grens over, maar het gaat wel op eigen kosten. De uitspraak van het Hof is een

heel ander punt. Als onze Hoge Raad met een arrest komt waarmee de wetgever het niet eens is, komt er een nieuwe wet. Waarom kan dat niet in Europa? Het is al te gemakkelijk om ons te schikken in de uitspraak van het Hof.

Minister **Klink**: Het laatste ben ik met u eens. Ik ben ervan overtuigd dat het Hof niet te ver is gegaan. Maar in beginsel zou de uitspraak van het Hof inderdaad kunnen worden gerepareerd langs de lijnen van de richtlijn, dan hoeft je dat als politiek niet direct te accommoderen. In artikel 95 staat ook dat zorg een product is zoals vele andere diensten, maar je kunt daartegen het principiële bezwaar hebben dat dat niet zomaar een marktproduct is. De organisatie die daarmee is gemoeid, hoeft dus niet per se een bv of een nv te zijn. In het huidige Europese recht gaat het of om een gecollectiveerd systeem, of om een volledig aan marktwerking onderworpen systeem. Een derde weg daartussen is kennelijk niet mogelijk, want dat wordt binnen de kortste keren afgestraft, op grond van het merkwaardige feit dat regulering in de marktsfeer overregulering inhoudt, tenzij je het tot een sociaal systeem verheft dat collectivistisch is, en dan mag alles. Ik vind dat merkwaardig. Ik kan mij goed voorstellen dat de derde weg via regelgeving en richtlijnen kan worden bewandeld, zodat wordt gecorrigeerd wat het Europese Hof meldt.

Mevrouw **Swenker** (VVD): In beginsel heb je, zegt u, in het buitenland niet op meer dingen recht dan wat in de polis staat. Het probleem is wel dat wij een functionele omschrijving hebben, met vele behandelsoorten. Ik noem als voorbeeld de positronen: een behandelwijze voor een aandoening die in feite functioneel omschreven is. Dat krijg je daarmee nog niet weg. Bij het preferentiebeleid zie je dan ook dat de functionele beschrijving in feite wordt ingekrompen tot bepaalde soorten geneesmiddelen waarbij het dan wel makkelijker is. Maar bij de meeste zijn wij nu net van mening dat wij de zaak functioneel moeten omschrijven, zodat je nog een redelijk aantal kanten op kunt vliegen.

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. De minister begon net over de derde weg en de marktwerking. Ik denk eerlijk gezegd ook dat een deel van de bemoeienis van Europa mede is veroorzaakt door de keuzes die wij in ons zorgstelsel hebben gemaakt, namelijk om het in privaatrechtelijk kader te plaatsen en daarin marktwerking toe te laten. Voor een deel roepen wij daarmee over ons af dat die ene markt verder wordt gereguleerd, nog even daargelaten wat je daarvan destijds vond. Misschien betekent dit weer een stukje collectivisering van de gezondheidszorg, niet in de zin dat de overheid het per se moet doen, nee, dat kunnen ook de maatschappelijke ondernemingen zijn, waarbij ik denk aan een andere status voor zorginstellingen, waarover wij al eerder hebben gesproken. Duidelijk moet worden gemaakt wat de functie van dat type organisaties in ons zorgstelsel is, daarmee een andere benadering vanuit Europa naar onze gezondheidszorg mogelijk makend. Wat doet de minister om die positie van Nederland in de Europese zorgdiscussie duidelijk te maken? Wat verwacht hij van het wetsvoorstel inzake de maatschappelijke onderneming dat in ontwikkeling is? Gaat dat uitkomst bieden om Europese regels voor ons zorgstelsel iets meer op afstand te houden en het op onze eigen manier te regelen?

De heer **Leunissen** (CDA): Voorzitter. De Europese samenwerking moet uiteraard worden gestimuleerd, wat in feite al gebeurt: op wetenschappelijk gebied zijn er natuurlijk al allerlei Europese verenigingen die allerlei wetenschappelijke gegevens uitwisselen. Er is ook uitwisseling van best practices. Dus daarvoor is die richtlijn niet strikt noodzakelijk. Maar de richtlijn kan negatieve effecten hebben als deze top-down wordt opgelegd. Een van die negatieve effecten is dat er toch een verschil is in cultu-

rele opvattingen tussen de verschillende landen, wat direct effect heeft op de wijze waarop de zorg vorm wordt gegeven. Wij zijn in de grensstreek diverse malen tegen verschillen in wetgeving opgelopen, met een behoorlijke impact op de patiëntenzorg. Belangrijker nog zijn de verschillen in geneeskundige protocollen, met negatieve bijeffecten, zoals ziekenhuisinfecties. Kijk maar eens naar België: 80% MRSA-positief. Die mensen worden vaak in België geopereerd, en als daar complicaties komen, komen ze toch terug naar Nederland om daar verder te worden behandeld. Ten slotte zijn wij in transitie naar marktwerking. In het buitenland heeft men een behoorlijke capaciteit, wat een uitstroom van patiënten betekent naar België, terwijl dat land vrij protectionistisch is en helemaal niet bereid is om patiënten naar Nederland te laten komen, ondanks het feit dat wij heel goede categorale ziekenhuizen hebben, die op zeer hoog niveau zorg kunnen uitvoeren. Vroeg of laat, afhankelijk van hoe snel wij die transitiefase kunnen doorkomen, heeft dat financiële gevolgen.

De **voorzitter**: Misschien moeten wij ons eerst concentreren op de marktwerking, de derde weg en de wet op de maatschappelijke onderneming. Dan parkeren wij het punt van de protocollen nog even, omdat dat over kwaliteit gaat.

Minister **Klink**: Functioneel beschrijven betekent wel dat evidence based-gezondheidszorg moet worden geboden. Als daarover twijfels bestaan, gaat het CVZ de mate beoordelen waarin iets daadwerkelijk tot aanspraken leidt. Maar het is waar: als je via de functionele aanspraken in ons nationale stelsel beoogt om nieuwe medische ontwikkelingen uit te lokken en daarmee een gezonde mate van dynamiek, mede gebaseerd op competitie, te realiseren, is daarvan het sequeel dat men ook over de grens kan. Ik noem het CVZ niet voor niets: als het CVZ preciseert, speelt mee dat de begrenzingen die daaruit voortvloeien en waarbij doelmatigheid en effectiviteit van behandelmethoden aan de orde zijn, ook gelden voor de buitenlandse behandelingen. Dan geldt weer wel dat, naarmate precisering plaatsvindt, dan wel een uitspraak van het CVZ door mij wordt geaccordeerd, dit ook voor het buitenland geldt, en voor begrenzingen. De vraag over het privaatrechtelijk kader overstijgt een beetje de vraag over de patiëntenrichtlijn. Daarbij gaat het met name om het rechtspersonenrecht, waarbij wij de figuur kennen dat volgens de Zvw instellingen geen winst mogen uitdelen en ook geen risicodragend kapitaal mogen aantrekken. In de eerstelijnszorg mag dat wel. Binnen de AWBZ heb je nv's en bv's. Als je zegt dat dat alleen niet op winst georiënteerde of maatschappelijk ondernemingen mogen zijn, loop je tegen het Europese recht aan, ook tegen de achtergrond van de kennelijk in gang gezette marktwerking, die overigens binnen de AWBZ op een andere manier speelt dan in de Zvw. Dat is heel lastig te redresseren. Ik sluit niet uit dat wij daar toch nog eens naar moeten kijken. Ik doel niet op de vraag of je dat wilt of niet, maar op de vraag in hoeverre een lidstaat daadwerkelijk nog de mogelijkheden heeft om het te willen. Ik vind dat een reëel punt, waarop ik wellicht in het kader van de maatschappelijke ondernemingen nog eens terugkom. Als je een kleine stap naar marktwerking zet is het totaal of niets, en dat vind ik erg raar.

De heer **Putters** (PvdA): Inderdaad gaat dat deze richtlijn te boven, maar wij hebben een iets bredere discussie gehad over wat er vanuit Europa in de zorg op ons afkomt. Als dat geen plek heeft in dat toetsingskader, zal de hoeveelheid regelgeving vanuit het Europese, ook ten aanzien van onze zorginstellingen, toenemen. Tenzij je de derde weg weet te codificeren, wat tot op heden volgens mij niet is gelukt.

Minister **Klink**: Stappen in de richting van marktwerking mogen wel, stappen terug zijn in de regel verdacht.

De heer **Putters** (PvdA): Is het nu een reële weg, of houden wij elkaar een beetje voor de gek? Dan kun je beter helder zijn.

Minister **Klink**: Ik heb zelf meegewerkt aan een publicatie die «Zorg tussen lidstaat en interne markt» heette. De jurisprudentie laat gaandeweg wel meer ruimte voor de tussenweg, maar je kunt er op een gegeven moment ook toe overgaan om die weg te claimen en in richtlijn of verordening vast te leggen. Ik neem dat punt mee bij de behandeling van de wet op de maatschappelijke onderneming, om te zien in hoeverre daar ruimte kan worden gecreëerd. Dan krijg je wellicht de figuur dat je wel terugkunt op onderdelen. Dan ontstaat niet de vrees dat je, als je een stap zet, nooit meer terug kunt, wat een enorme lading geeft aan iedere stap die je zet.

Soms werkt Europa disciplinerend, ook naar onszelf. Ik noem het preferentiebeleid, waarover in de Tweede Kamer een motie is ingediend. Preferentiebeleid voerende verzekeraars hebben op dit moment daarvan soms niet echt een voordeel op grond van het feit dat zij dat via een openbare prijslijst moeten doen. Dat leidt ertoe dat sommige verzekeraars die geen preferentiebeleid kennen, domweg alleen maar medicijnen vergoeden binnen de bandbreedte van een 5%-afwijking van de laagste prijs. Degene die zijn nek uitsteekt is daardoor in feite wel prijsdempend bezig, maar het economisch nut ervan valt allen toe. In de Tweede Kamer is volstrekt begrijpelijk een motie aangenomen om andere wegen ter compensatie van preferentiebeleid te zoeken. Dat zou kunnen via het risicovereveningssysteem, of via een subsidie vanuit de begroting. Daar staat Europa in die zin aan de weg dat je dan in feite bezig bent met staatssteun voor een verzekeraar die een bepaald type beleid voert. Eerlijk gezegd vind ik dat wel disciplinerend, en ook wel gezond, hoezeer ik ook wel het probleem zie dat ermee is gemoeid. Hierbij ben je aan de ene kant gevangene van de openbaarheid, en aan de andere kant heeft degene die prijzen dumpst, wat voor ons allen belangrijk is, daar geen baat bij. Daar geeft het Europese recht kaders aan.

De heer **Peters** (SP): Wat ik wil zeggen, sluit een beetje aan bij uw brief van 7 april aan de Tweede Kamer. Daarin introduceert u een nieuw begrip, namelijk opportuniteit. Ten opzichte van de sequentie van rechtsbasis, subsidiariteit en proportionaliteit komt dan opportuniteit. Dit is afwijkend van wat andere landen doen, wat ik mij best kan voorstellen. Maar u geeft aan dat VWS daar heel apart tegenaan kijkt.

In het Verdrag van Lissabon staat een toevoeging, waarin de medische producten eigenlijk ook worden opgenomen, in tegenstelling tot in artikel 152. Ik vind dat interessant, omdat dit element eigenlijk een doublure is van artikel 95. Wat vindt u ervan dat medische producten, geneesmiddelen en hulpmiddelen, nu nog worden beschouwd als een soort kauwgum? Je zou je kunnen voorstellen dat deze gegeven de bijzondere aandacht voor deze producten ondergebracht zouden moeten worden bij het DG SANCO. Bent u eventueel bereid dit punt bij uw collega's in de Raad aan de orde te stellen?

Minister **Klink**: Het is klassiek om naar Europa te kijken in termen van subsidiariteit en proportionaliteit. Maar natuurlijk speelt daar een eigen politieke afweging in mee, wat ik met die opportuniteit heb willen aangeven. Misschien is de derde weg wel een aardig voorbeeld. Je kunt krachtens de huidige kaders de vraag stellen hoe je zoiets moet duiden. Daarbij geef je in feite een maatschappelijke onderneming een kans, wellicht ook in de sfeer van de AWBZ, waardoor je de nv's en de bv's wilt terugbrengen, in die zin dat er minder vrijheidsgraden zijn in termen van marktwerking, naar de maatschappelijke onderneming. Krachtens de huidige beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit kom je daar niet zo heel snel toe, tenzij je daarop een politieke opvatting loslaat. Dan kan ik

wel zeggen dat het eigenlijk niet subsidiair is, gelet op artikel 152, maar dat wordt ingegeven door een bepaalde politieke wens en inkleuring. Dat heb ik willen aangeven met opportuniteit.

Tegen de heer Leunissen: je kunt zeggen dat Europa helemaal buiten veiligheid en kwaliteit moet blijven. Maar ik vind het toch ook wenselijk – vandaar de werelddekking in de Zvw – dat in het geval dat mensen in het buitenland zorg nodig hebben, er vanuit Europa in ieder geval een impuls is om de kwaliteit daarvan inzichtelijk en transparant te maken. Dat vloeit niet dwingend voort uit de Europese regelgeving c.q. het verdrag. Als Europa daaraan begint vind ik niet dat, als het niet dwingend wordt opgelegd, wij daaraan onze steun moeten onthouden. Dat is inderdaad een politieke afweging, waarbij ik het risico van een colporteurschap ook wel zie.

Wat de heer Peters zegt over medische producten klinkt plausibel. Ik zie de kwalitatieve verschillen tussen kauwgum en andere exotische producten aan de ene kant en geneesmiddelen aan de andere kant ook wel in. Ik zal hierop schriftelijk terugkomen. Hierbij speelt mee dat geneesmiddelen of medische hulpmiddelen een kwalitatief andere kleur hebben dan dingen die je bij de Lidl of de AH bij de kassa kunt krijgen.

De heer **Putters** (PvdA): In de brief van 7 april aan de Tweede Kamer heeft de minister volgens mij een aantal uitgangspunten neergelegd als het gaat om de benadering van Europa, waarbij ook het begrip «opportuniteit» terugkomt. Ik zou verwachten dat het afwegingskader van de minister daarin staat. Hij geeft dat namelijk niet aan. Daar zit het pijnpunt: wij moeten een goed perspectief hebben waarmee wij de Europese richtlijnen kunnen benaderen. Ik zou bijna een pleidooi willen houden om dat dan ook in deze brief te zetten. Dan kunnen mevrouw Swenker, mevrouw Dupuis en ik het ook met elkaar oneens zijn. Tot nu toe zijn wij het namelijk met elkaar eens, maar ik denk dat wij verschillen in opvatting over hoever dat gaat. Over de brief van de minister zijn wij het heel snel eens.

Minister **Klink**: Waar het om producten gaat die grensoverschrijdend verkeer met zich meebrengen – oftewel handel – en waarbij gezondheidszorg een rol speelt – ik noem het maar marktgerelateerde onderwerpen – is een rol weggelegd voor Europa. Dan moet je op een dusdanige manier verevenen dat daaruit geen protectionisme kan voortvloeien. Dat is meer dan een beschrijving, daar zit ook de overtuiging achter dat dat inherent is aan marktgerelateerde regelgeving die nu eenmaal, als ze nationaal tot stand komt, belemmerend is voor het vrije verkeer van goederen en vaak ook diensten. Dat is meer dan een beschrijving, het is een zekere inkleuring van waar ik sta. Ik heb gesproken over schoolfruit en bestrijding van soa's, waarvan ik mij afvraag waarom Europa zich daarmee bemoeit. Het is ook breder: als Frankrijk de bestrijding van dementie tot hoofdthema uitroept, of als Tsjechië hetzelfde doet met kanker, heb ik altijd een heel vervreemdend gevoel: wat is de meerwaarde van Europa daarin? Ik kan mij nog iets voorstellen bij onderzoek. Bij een zeldzame ziekte kan ik mij nog wel iets voorstellen, want daarbij heb je soms schaalvoordelen. De principiële vraag hoe je aankijkt tegen de ordening van je stelsel en in hoeverre Europa daarbij in de weg zit, had een belangrijk onderdeel van de brief kunnen zijn. Dat vergt misschien nog een verdere uitdieping.

De **voorzitter**: U noemde in een bijzin de AWBZ en maatschappelijk ondernemen. Ik denk dat dat juist een van de dingen is waarover veel vragen zijn. In een brief van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland daarover staat dat deze richtlijn heel erg onduidelijk is over het recht op AWBZ-zorg. Kunt u daar nog iets over zeggen?

Minister **Klink**: Bijna geen enkel land kent het onderscheid tussen care en cure. Als je daarover in de VS begint, kijken ze je vreemd aan. Wij kennen

het onderscheid tussen langdurige en curatieve zorg wel, waarvoor een heel stelsel is ontworpen. In het kader van deze patiëntenrichtlijn zal dat onderscheid niet kunnen worden gemaakt. Het recht op eventuele intramurale zorg over de grens heen en de bekostiging die daarmee is gemoeid, zal sowieso nooit langer duren dan een jaar. Na een jaar vervallen immers de aanspraken op het Nederlandse gezondheidsstelsel. Heel veel effecten op ons stelsel zie ik daar niet direct van, maar het hangt wel samen met de vraag in hoeverre je grensoverschrijdend verkeer krijgt, en in hoeverre er overbelasting van ons zorgstelsel plaatsvindt. Daarbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat, als meerdere mensen naar Nederland komen op grond van de kwaliteit van onze zorg, dit natuurlijk wel betaald dient te worden. Je krijgt geen free ticket. Er komt dan geld mee in de richting van de ziekenhuizen. Maar dat kan zo volatiel zijn dat je daarop geen langetermijnbeslissing kunt bouwen, en dan krijg je weer wel een probleem.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Ik kom nog even terug op het punt van de AWBZ, en het grensoverschrijdende karakter daarvan. In de meeste andere landen bestaat geen AWBZ, maar het type zorg natuurlijk wel. Wij hebben eerder de mogelijkheden voor psychogeriatrische patiënten om in Zuid-Europese landen te verblijven besproken. Zou deze richtlijn wel gelijk te schakelen zijn wat de zorg over de grens betreft, of zijn dat zaken die absoluut onvergelijkbaar kunnen blijven?

Minister **Klink**: Als je in het buitenland woont, geldt het woonlandbeginsel en dien je je te verzekeren in het land waar je op dat moment woont. Hier gaat het om mensen die vanuit Nederland, zonder dat men woonachtig is in een ander land, in feite zorg willen verkrijgen. Voor de AWBZ geldt dat dat er krachtens deze richtlijn hoogstens toe kan leiden dat dit voor een periode van een jaar van toepassing is. Daarna ben je immers woonachtig in dat andere land en dien je je daar te verzekeren tegen de zorgkosten.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Uit het veld zijn vragen gesteld over wachtlijsten in de verpleeghuiszorg, waarbij mensen willen uit willen wijken naar de Zuid-Europese landen. Je zou dan een uitstroom krijgen zolang de wachtlijsten bestaan.

Minister **Klink**: Zoals gezegd kan het gedurende een jaar.

De heer **De Lange** (ambtenaar VWS): Als iemand op de wachtlijst staat voor een verpleeginrichting en hij wil die wachttijd bijvoorbeeld in Spanje volbrengen, dan komt het neer op intramurale zorg, waarvoor wij een toestemmingsvereiste kunnen stellen. Wij kunnen dan tegen hem zeggen: u moet een aanvraag indienen die geweigerd kan worden, tenzij het gaat om iemand die in zodanige medische staat is dat je dat gewoon niet meer kunt weigeren.

Minister **Klink**: Op basis van wachtlijsten en aanspraken die mensen wilden verzilveren is gezegd: dan moet je die zorg over de grens heen kunnen ontvangen.

De heer **Leunissen** (CDA): De preventieve zorg moet gezamenlijk in Europees verband worden opgepakt. In Duitsland en België neemt het aantal kleine kliniekjes voor check-ups en zelfs total body-mri's hand over hand toe. Mensen wordt dan verteld zich te vervoegen in hun land van herkomst om nadere analyse van de gegevens te laten plaatsvinden. Dat zijn zaken die geweldig uit de hand kunnen lopen, en waarop wij niet zitten te wachten. Kunt u daar iets over zeggen?

Minister **Klink**: Dat kan ook in Nederland. Sommige werkgevers bieden dat aan, waaruit vervolgens een zorgvraag voortvloeit. Moet je mensen de schrik in de benen jagen? Ik vind dit een reëel vraagstuk. Wat de daaruit voortvloeiende zorgvraag betreft, kun je moeilijk tegen mensen zeggen dat wij iets hier niet gaan behandelen omdat mensen in Duitsland of in België zijn gediagnosticeerd.

De **voorzitter**: Ook dit heeft weer te maken met de kwaliteit en de veiligheid van zorg.

Kwaliteit en veiligheid van de zorg

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Voorzitter. Dit onderwerp hebben wij voor een deel al besproken. Er is een dilemma aanwezig. Aan de ene kant willen wij een vrij verkeer van personen en diensten en dat de kwaliteit van de zorg, waar je ook bent, is gegarandeerd. Aan de andere kant willen wij geen gemeenschappelijk afdwingbaar referentiekader voor veiligheid en kwaliteit. Je ziet de voet tussen de deur: het lijkt bij iedere richtlijn alsof van alles wordt gedaan om dat gemeenschappelijke kader af te dwingen. Het is al bijzonder moeilijk om op nationaal niveau overeenstemming te krijgen over wat wij kwaliteit vinden, er is al heel veel discussie over protocollen en wij hebben in Nederland de gewoonte deze door de beroepsbeoefenaren te laten opstellen, terwijl in andere landen de overheden dat doen. Er zijn dus allerlei verschillen. Hoe met dat dilemma om te gaan? Er zijn ettelijke voorbeelden te noemen. Eerlijk gezegd gaat dat iets verder dan wel of niet evidence based. Was alles maar evidence based, dat was wel zo makkelijk geweest, maar wij weten dat dat maar een heel beperkt deel is van de totale gezondheidszorg.

Minister **Klink**: Ik zie het punt van het gemak waarmee je zorg aan patiënten geeft als er inzicht is in veiligheid en kwaliteit van de zorg. Toen ik hier de allereerste keer over sprak in ik meen Aken, zei een SPD-dame van het Europees Parlement: ik weet wel waar ik heen moet voor een open hartoperatie. Maar de gemiddelde Duitser heeft geen idee waar hij of zij naar toe moet, terwijl wij allemaal wel weten dat soms inferieure zorg wordt geleverd. Ik vind dat iedereen dat zou moeten weten. Maar laten wij daar eerst op nationaal niveau maar eens mee beginnen en het aanmoedigen, en wat er dan op Europees niveau ooit kan gebeuren, zien wij dan wel weer. Dit hangt wel erg samen met de wijze waarop richtlijnen worden opgesteld, want daarvan worden veiligheids- en kwaliteitsnormen afgeleid. Waar wij dat via de beroepsbeoefenaren en wetenschappelijke verenigingen doen en een ander land dat dropt, moet ik er niet aan denken dat dat vanuit Europa wordt geregeld. Dit moet echt lidstatelijk blijven. Het grijpt namelijk echt behoorlijk in in je zorgstelsel als van bovenaf wordt bepaald wat goede veiligheid en goede kwaliteit zijn. Je krijgt dan een heel circus, want je moet gaan controleren. Wie valideert de informatie? Moet de inspectie dan weer gaan rapporteren aan zo'n controle instantie en moet zij validatietechnieken gaan hanteren? Zo krijg je echt van het een het ander. Hoeveel geld mag je ervoor over hebben, voordat je aan de kwaliteit toekomt, en hoeveel volume moet er zijn? Voordat je het weet definieert Europa wat het minimum aan volume-aantallen bij de behandeling van bijvoorbeeld borstkanker is. Nogmaals, wie controleert dat? Dat is een circus waar je niet aan moet denken!

De heer **Putters** (PvdA): Hoe ligt dit in de Raad? In antwoord op vragen hierover schrijft u dat u verwacht dat op dit punt een afdoende oplossing zal worden gevonden in het Europese. Hoe ligt dat nu? Is dit in juni onderwerp van gesprek, hoe kijken de andere lidstaten hiertegen aan?

De heer **De Lange**: Iedereen vindt wat dat betreft hetzelfde.

De heer **Leunissen** (CDA): Maar de werkelijkheid is toch iets anders. Voor familietransplantatie gaan mensen naar Antwerpen toe, waarvoor reclame wordt gemaakt. Men wordt daar meteen geholpen en komt na twee weken met complicaties terug, waarna ze bij ons worden opgenomen. Daar liggen ze dan anderhalve maand. Er gaan wel een paar jaartjes overheen voordat de niveaus gelijk zijn. Ondertussen hebben wij wel het probleem dat ik net schetste.

De **voorzitter**: Maar is dat niet meer een probleem van de grensstreek dan dat je dat Europabreed moet aanpakken? Ik begrijp namelijk van de minister dat hij bilaterale afspraken toejuicht, zonder een dwingend kader vanuit Europa.

De heer **Leunissen** (CDA): Voor het door mij genoemde probleem komen mensen vanuit de Randstad. In Antwerpen heeft men namelijk voldoende capaciteit, zodat je daar direct aan de beurt bent. Ik zou dat zo nodig misschien ook doen.

De **voorzitter**: Gaat het dan om niertransplantaties sec?

De heer **Leunissen** (CDA): Ja, ze zijn volledig klaar, ze hoeven alleen nog maar geopereerd te worden, wat daar gebeurt, en de complicaties kunnen wij opvangen.

Minister **Klink**: Er loopt op dit moment een discussie in Europa of er een richtlijn moet komen voor orgaandonatie. Eerlijk gezegd zijn wij daarin buitengewoon terughoudend, want voordat je het weet mag non-hartbeating niet, terwijl wij vinden dat dat wel zou mogen. De Raad van Europa bewaakt via Eurotransplant de kwaliteit al heel goed, dus ik ben er heel terughoudend in om dat voor alle lidstaten op dezelfde manier te reguleren. Maar inderdaad, grensoverschrijdend zal het naar elkaar toegroeien. Inderdaad, als je met complicaties terugkomt naar Nederland kan ons stelsel voor de gevolgen opdraaien. Dat is de onoverkomelijke keerzijde van het feit dat je het niet helemaal wilt dichtregelen. De kapitaallasten kun je integreren in de tarieven, waarmee Nederland relatief duurder wordt, wat kan betekenen dat het voor verzekeraars en patiënten aantrekkelijker wordt om over de grens heen te gaan. In feite vindt dan vanuit België een indirecte subsidie over de kosten plaats, wat arbeidsplaatsen kan kosten en wellicht inferieure zorg oplevert. Ook al zijn die barrières er, ik zie niet heel veel in het door Europa laten regelen van het bekostigingsstelsel. Dat kan niet de bedoeling zijn. Daar strijden artikel 97 en 152 in feite ook met elkaar.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Het voorbeeld van de heer Leunissen zou eigenlijk een heel groot pleidooi zijn om tussen beroepsbeoefenaren een aantal afspraken te maken. Je slaat dan twee vliegen in een klap: je kunt laten zien dat het werkt en je kunt laten zien dat je daarmee niet voor alle lidstaten tot een eensluidend kwaliteitskader hoeft te komen.

De heer **Leunissen** (CDA): Dat ben ik helemaal met u eens. De insteek van mijn eerste opmerking was ook: de richtlijn is top-down, terwijl het zich in feite van onderop moet ontwikkelen. Die culturele verschillen tussen de lidstaten bepalen het verschil in diagnostiek en therapie. In België en Duitsland moet je vooral veel foto's maken en veel medicamenten voorschrijven, wat in Nederland heel anders is. De diverse landen moeten toch enigszins naar elkaar toegroeien qua uitgangspunten, wil je volop aan de slag kunnen gaan met de marktwerking. Ik ben bang dat wij nog niet zo ver zijn en een verwrongen situatie creëren.

De **voorzitter**: Maar mevrouw Meurs zegt juist dat dat aan de beroepsgroepen is. U bent een beroepsbeoefenaar. Wat doen jullie daaraan? Het lijkt alsof je nu weer aan de minister vraagt om op te leggen dat je het moet doen.

De heer **Leunissen** (CDA): Dat zou misschien een heel goede zaak zijn. De beroepsbeoefenaren proberen wel nader tot elkaar te komen, en er zijn goede voorbeelden van Europese richtlijnen. Iedere maand komt er een richtlijn bij, maar dat zou iets meer gestimuleerd moeten worden. Misschien ligt daar een taak voor de EU.

De **voorzitter**: U zei net dat daar heel grote cultuurverschillen zitten.

De heer **Leunissen** (CDA): Die kunnen worden overbrugd, naarmate er meer tijd en energie kan worden gestoken in de ontwikkeling van een richtlijn. Het kost heel veel tijd om alle literatuur op te zoeken op A-, B-, C- en D-niveau en daarvan een betrouwbaar protocol te maken dat Europees wordt gedragen. Maar er zijn voorbeelden, het gebeurt gewoon. Ik vind dat Europa dat veel meer moet stimuleren dan ongebreidelde marktwerking.

Minister **Klink**: Ik ben blij met het begrip «ongebreidelde marktwerking», want meestal wordt met marktwerking al ongebreidelde verondersteld. Op dit moment loopt bij ons het traject Zichtbare Zorg, waarbij de kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld. Daarbij wordt ook gekeken naar wat in Duitsland is gebeurd. Ik meen dat in Düsseldorf een instantie zit die hetzelfde doet. Het zou een goede ontwikkeling zijn als de richtlijnen bottom-up komen, en je daarvan veiligheidsnormen en kwaliteitsindicatoren afleidt. Er kan dan een soort gemeenschappelijk kader ontstaan, maar ik vind de weg van onderop en spontaan beter dan dat Europa zich ineens met een kwaliteits- en veiligheidskader gaat bemoeien. Dat moeten wij gewoon niet doen.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): In deze richtlijn is de aansprakelijkheid vrij nadrukkelijk aan de orde. Is de verwachting dat overeenstemming zal worden bereikt dat het zorgverschaffende land niet aansprakelijk is?

Minister **Klink**: Volgens mij zal daarvoor geen dwingend kader in de richtlijn worden opgenomen. Het systeem dat de Scandinavische landen kennen zal niet verplicht in Nederland worden opgelegd.

Mevrouw **Pais** (ambtenaar VWS): Het linke is dat het nog een beetje vaag is. In feite wordt gesproken van schade die vergoed moet worden, en er wordt niet bijgezegd of dat wel of niet verwijtbaar is. Wij proberen daarover duidelijkheid te krijgen, en er zijn meer lidstaten die dat ook willen. Het staat er zeker niet heel direct, maar het is altijd een beetje ongewis of het Hof gaat voortborduren op wat niet volstrekt helder is. Het staat hier niet heel helder, maar het staat er ook niet heel helder niet.

Minister **Klink**: Wij moeten er dus heel alert op zijn dat het er wel helder in komt te staan: er mag vanuit Europa niets dwingends ontstaan. In de tweeënhalf jaar dat ik nu minister ben zijn er heel veel thema's langsgesproken waarvan ik denk: mijn hemel, moet dat nu echt op Europees niveau worden geregeld? Het lijkt wel een beetje zoeken naar een agenda voor de Commissaris.

De **voorzitter**: Die mening wordt breed gedeeld door deze commissie. Het doet soms denken aan een moloch. De hele commissie denkt daar zo

over, en het is mooi dat u dat als beeld schetst. Misschien kan dat punt ook naar voren worden gebracht in Luxemburg. Alles hangt met alles samen.

De heer **Putters** (PvdA): Ik kom terug op het afwegingskader, waar het ons zorgstelsel betreft. Dit haakt aan bij hoe wij tegen iets als winstoogmerken aankijken. Hoe zien wij de verhouding tussen kwaliteit en eerlijke marktverhoudingen? Publieke belangen verhouden zich op een bepaalde manier tot elkaar, waaraan wij met elkaar een weging kunnen geven, die wellicht een andere is dan die Europa eraan geeft. Op die punten heb ik behoefte aan een scherpe opvatting van het kabinet. Ik realiseer mij heel goed dat het winstoogmerk heel goed in de wet op de maatschappelijke onderneming een plek kan krijgen, en dat de verhouding tussen kwaliteit en doelmatigheid in de toezichtwetgeving zit, maar het is iedere keer wat fragmentarisch. Als u zo'n kader schetst, wil ik u aanmoedigen om te kijken of je daar niet tot een wat samenhangender perspectief kunt komen op hoe wij als lidstaat tegen die Europese regelgeving, die gevolgen heeft voor ons zorgstelsel, aankijken. Ik weet niet of ik daaraan de vraag moet koppelen of u daar iets mee kunt. Ik blijf daar met een wat ongedurig gevoel zitten, omdat ik behoefte heb aan houvast.

De **voorzitter**: Kun je het specifiek toepassen op de voorliggende patiëntenrichtlijn?

De heer **Putters** (PvdA): Ik denk van wel. De relatie tussen cliënt en kwaliteit heeft natuurlijk ook duidelijke raakvlakken. Verder hebben wij ons over toezicht afgevraagd welke vorm van toezicht op welk moment voorgaat. Dan heb je het over de samenwerkingsverbanden op de markt, waar NMa en NZa naar kijken, maar waar de IGZ kijkt naar de kwaliteit en de positie van de patiënt. Dan kun je tot verschillende oordelen komen over wat er op de markt gebeurt. Ik heb daar wel een opvatting over, en de minister volgens mij ook wel, maar het zou toch goed zijn als wij dat scherper codificeren. Nu heb ik wel eens het idee dat dat een beetje afhankelijk is van hoe de situatie op de markt ontstaat, waarop wij dan vervolgens reageren. Zoals het nu ook in de brief wordt geformuleerd vind ik een prachtige gelegenheid om die ene stap verder te zetten richting codificatie.

De **voorzitter**: Proactief, niet reactief. Een uitdagende vraag!

Minister **Klink**: Ik wil die handschoen wel oppakken. De heer Putters noemt de invulling van de opportuniteit, met name uitgekristalliseerd rondom de maatschappelijke onderneming, waarover de Kamer nog zal worden bericht. Dat wordt dan wel een massieve brief over horizontale integratie, fusies, continuïteit van de zorg, de governancestructuur enzovoorts. Zodanig parallel daaraan dat daar een beetje in samenhang naar gekeken kan worden, wil ik die handschoen wel oppakken. Het gaat dan niet eens zozeer over de koers die je daarbinnen wilt varen, maar wel om de vraag in hoeverre er voor lidstaten überhaupt ruimte is om een eigen koers te varen. Dan bekijken wij in de jurisprudentie in hoeverre de afweegmomenten gaandeweg zijn uitgekristalliseerd die minder rigide lijken dan het in het verleden was.

De heer **Putters** (PvdA): Ik vind de behandeling van de Wet marktordening daarvan nog steeds een sprekend voorbeeld: in het parlement praten wij over alle technische details, maar als je dan vraagt hoe kwaliteit ten opzichte van doelmatigheid en eerlijke marktverhoudingen wordt gewogen, komt er geen enkel antwoord. Dat is onderdeel van die visie die onder die wet hoort te liggen. De Tweede Kamer had daarover moeten

praten. Dat komt omdat wij geen scherpe samenhangende visie hebben. Ik ben daarom blij met de handreiking van de minister.

Minister **Klink**: Hoe doelmatiger, hoe kwalitatief hoogwaardiger.

De heer **Putters** (PvdA): Dat sluit elkaar niet uit.

Minister **Klink**: Die twee liggen heel vaak in elkaars verlengde. Dat is inzichtelijk te maken door je een wachtruimte voor te stellen, waarin tientallen mensen al uren zitten te wachten. Dat zijn vaak niet de beste ziekenhuizen die dat op die manier hebben geregeld. Een wat plastisch voorbeeld, maar desalniettemin.

De **voorzitter**: Hoewel het gezelschap vanwege allerlei andere belangrijke ontmoetingen steeds meer uitdunde – excuses daarvoor – dank ik de minister heel hartelijk voor zijn bereidwilligheid en openheid. Wij vonden het leuk een kijkje binnenskamers te krijgen. Wij zijn benieuwd hoe het na 8/9 juni zal gaan, en zullen dat zeker op de voet volgen.