

Vergaderjaar 2014–2015

21 501-31

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

Nr. 351

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 september 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 16 september over de geannoteerde agenda voor de informele Gezondheidsraad van 22–23 september 2014 te Milaan (Kamerstuk 21 501-31, nr. 349).

De vragen en opmerkingen zijn op 18 september 2014 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 19 september 2014 zijn ze door haar beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de stukken betreffende de informele EU-Gezondheidsraad d.d. 22 september 2014. Zij hebben een aantal vragen en opmerkingen.

1. Geannoteerde agenda voor de informele Gezondheidsraad van 22–23 september 2014 te Milaan

Lifestyles and cancer prevention

Er wordt aangegeven dat men niet specifiek inzet op het voorkomen van kanker, maar zich richt op het verlagen van het risico van het verkrijgen van een chronische ziekte. De leden van de VVD-fractie ondersteunen deze inzet. Ook ondersteunen zij de inzet van het kabinet ten aanzien van de maatregelen, zoals het verbod van verkoop van tabak aan jeugdigen onder de 18 jaar en het verbod van roken in openbare gebouwen, wat conform het Nederlandse standpunt is. Deze leden vragen of hier het begrip «openbare ruimten» niet opgerekt wordt naar de buitenlucht.

Het rookverbod geldt niet in de open lucht, ingevolge het besluit uitvoering rookvrije werkplek, horeca en andere ruimten, artikel 2, lid 1c.

Voor de leden van de VVD-fractie is het terugbrengen van het aantal verkooppunten van tabak niet acceptabel. Er is geen vastgesteld beleid. De leden van de VVD-fractie steunen een beleidswijziging in die richting niet.

In de internationale arena wordt in het algemeen het beperken van de toegankelijkheid als een van de mogelijke beleidsmaatregelen gezien, bijvoorbeeld in de discussies rond de FCTC en de quick wins van het «global action plan on NCD's» van de WHO. Hetgeen in de geannoteerde agenda voor de informele raad terecht is gekomen, is een weergave daarvan. Het komt echter niet overeen met de huidige stand van zaken ten aanzien van het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid. Om inzicht te krijgen in effectieve maatregelen daartoe heeft de Staatssecretaris van VWS een aantal onderzoeken laten uitvoeren dat u op 3 juli heeft ontvangen. De Staatssecretaris heeft daarbij aangegeven dat hij zich goed zal beraden op de uitkomsten van de onderzoeken en dit najaar met een inhoudelijke reactie zal komen. Uitgangspunt is dat de Staatssecretaris een consistent en effectief beleid wil voeren dat draagvlak heeft in de samenleving. Het klopt dus dat er nu nog geen vastgesteld beleid is ten aanzien van het terugbrengen van het aantal verkooppunten van tabak, noch dat een besluit daartoe is genomen.

Pain therapy and palliative care

Op welke wijze wordt de kennis en kunde in Nederland over pijnbestrijding en palliatieve zorg gedeeld met andere lidstaten?

Kennis en kunde in Nederland kan worden gedeeld via internationale congressen (bijvoorbeeld het jaarlijkse congres van de European Association for palliative care) en publicaties. Ook vinden werkbezoeken tussen landen plaats waarin soms aandacht is voor palliatieve zorg (recent nog een delegatie met de Noorse Minister van gezondheid aan Nederland).

Op welke wijze gaat de Minister voorkomen dat er vanuit de EU richtlijnen t.a.v. palliatieve zorg komen? Als er toch een beweging gaande lijkt

richting EU-regelgeving op dit gebied, kan de Minister de Kamer hier dan direct over informeren?

Tijdens de informele raad zal vanuit Nederland worden aangegeven dat Nederland afhoudend staat ten opzichte van EU-richtlijnen op dit gebied. Dat ligt ook niet voor de hand, gegeven de grote verschillen in de zorgstelsels van de lidstaten. Ik zal de Kamer informeren als er toch een beweging ontstaat richting nieuwe richtlijnen. Nederland is overigens ook geen voorstander van eventuele (meer vrijblijvende) aanbevelingen of actieprogramma's op dit gebied.

Verslag formele Gezondheidsraad 20 juni 2014

Naar aanleiding van dit verslag merken de leden van de VVD-fractie op dat zij de keuze om het beleid ten aanzien van het stimuleren van een gezonde leefstijl op nationaal niveau aan te pakken ondersteunen. Voor hen was niet duidelijk wat bedoeld wordt met de Nederlandse inzet met betrekking tot een grensoverschrijdend beleid ten aanzien van een gezonder productaanbod wat betreft zout, verzadigd vet en suikers. Deze leden merken op dat in de Kamer geen afspraken zijn gemaakt op dit punt. In het notaoverleg Preventie op 27 januari heb ik de Kamer toegezegd me in te zetten voor normen – voor zout, verzadigd vet en calorieën – die voor heel Europa gelden (verslag TK 2013–2014, 32 793, nr. 137). Daarbij heb ik aangegeven dat ik de Kamer eind dit jaar zal informeren over wat we hebben gedaan op Europees niveau, wat wij daarvan verwachten en welk beeld wij hebben van andere landen.

In verband met de destijds voorliggende Europese Raadsconclusies Voeding en Bewegen, heb ik de Kamer in het AO Gezondheidsraad van 18 juni geïnformeerd dat ik deze inzet op productverbetering een belangrijk en grensoverschrijdend onderwerp vindt (in tegenstelling tot andere activiteiten die in de Raadsconclusies werden benoemd).

2. Aanbieding van de concept-reactie op het groenboek over mobiele gezondheidszorg («m-health»)

De leden van de VVD-fractie willen opmerken dat zij de opstelling van het kabinet op het punt van privacy duidelijk en scherp vinden, maar hebben op dat punt daar nog een vraag over:

Ziet het kabinet de garantie van gegevensbescherming op een niveau, zoals aangegeven in de brief van het kabinet van 6 juni 2014, als een voorwaarde waaraan eerst moet zijn voldaan voordat onomkeerbare stappen worden gezet met M-Health?

Ongeacht het overheidsbeleid volgen de ontwikkelingen in de hardware (smartphone en tablet) en software (apps) elkaar in een hoog tempo op. Dit proces wordt aangejaagd door de innovatieve ontwikkelaars en de vraag vanuit de burger of consument. Ik vind dat de overheid niet met zijn rug naar dit soort ontwikkelingen moet gaan staan of dit soort ontwikkeling moet proberen tegen te houden. Wij moeten er wel voor zorgen dat deze ontwikkelingen zo veel mogelijk in goede banen worden geleid. Dit betekent onder meer dat ik mij zal inzetten voor de gegevensbescherming en privacy borging. Het wetsvoorstel cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens, dat nu ter behandeling voorligt in de Eerste Kamer, is om ervoor te zorgen dat als er wisseling van medische gegevens plaatsvindt, dit ook veilig gaat gebeuren.

Daarnaast suggereert het groenboek dat M-Health kan helpen om de financiële druk op de begrotingen te verminderen. Deelt het kabinet die opvatting? Kan het kabinet aangeven in welke mate we M-Health nu

moeten zien als een kostenverhogend effect en in welke mate als een kostenverlagend effect?

Ik verwacht dat m-health ertoe leidt dat zorg dichterbij huis geleverd kan worden, dat het mensen meer regie krijgen en dat het hen in staat stelt om beter voor zichzelf te zorgen. Als mensen beter voor zichzelf kunnen zorgen, doordat een app hen helpt om leefstijladvies in hun dagelijks leven in te passen, kan dit bijdragen aan kostenverlaging. Een ander mooi voorbeeld vind ik de inzet van telemonitoring bij hartfalen. Patiënten geven aan dat zij meer regie op hun leven hebben en zich veiliger voelen. Door een andere organisatie van zorg kan dit een kostenverlagend effect hebben. Er is ook een risico dat m-health bijdraagt aan extra zorgkosten, bijvoorbeeld doordat mensen op basis van informatie uit een app onnodig op consult gaan bij een huisarts of specialist. Ik houd dit soort scenario's in de gaten maar heb nog geen signalen dat dit daadwerkelijk plaatsvindt.

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met interesse kennis genomen van de stukken voor de informele EU-Gezondheidsraad d.d. 22 september 2014 te Milaan. Genoemde leden zien in Europa kansen voor de zorg om samen met andere lidstaten daadkrachtig op te treden ter bevordering van kwaliteit, innovatie, veiligheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Naast de kansen die Europa biedt voor de Nederlandse gezondheidszorg, waken deze leden er voor dat Nederland zelf kan blijven bepalen hoe zij haar publieke belangen omtrent de volksgezondheid waarborgt. Als Europese regels hier te weinig ruimte voor bieden of te veel ruimte geven aan marktmachten moeten zij worden aangepast, zo vinden deze leden. Zij zijn blij dat het kabinet hetzelfde standpunt is toebedeeld.

De leden van de fractie van de PvdA benadrukken dat zij de komende periode de volgende onderwerpen stevig Europees willen blijven agenderen: 1) prijsbeleid van geneesmiddelen, 2) innovatie en veiligheid van hulpmiddelen, 3) kwaliteitseisen voor artsen en 4) samenstelling van voedingsmiddelen. Deze leden zijn blij dat het kabinet zich hier actief voor inzet, en dat in de lijn der verwachting ligt dat het merendeel van deze onderwerpen ook op de agenda staat tijdens het Nederlandse voorzitterschap in 2016. In het kader van kwaliteitseisen voor artsen merken genoemde leden op, mede naar aanleiding van recente berichtgeving over artsen die in eigen land geschorst zijn maar elders weer aan de slag gaan, dat sterke Europese inspanning voor een «zwarte lijst» van artsen gewenst is. Is het kabinet voornemens dit onderwerp ook Europees te agenderen? Kan geschetst worden wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot de zwarte lijst?

De herziening van de Europese Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, die per 18 januari 2016 in alle lidstaten van de Europese Unie moet zijn geïmplementeerd, bevat op aandringen van Nederland onder andere het alarmmechanisme dat de uitwisseling van informatie over bevoegdheidsbeperkende maatregelen die zijn opgelegd aan beroepsbeoefenaren in de zorg regelt. De bevoegde autoriteiten in de lidstaten moeten die informatie via een beveiligd, elektronisch systeem actief met elkaar gaan delen. In Nederland is het BIG-register de bevoegde autoriteit. Iedere lidstaat bepaalt volgens de eigen nationale wetgeving welke gevolgen een buitenlandse maatregel op het eigen grondgebied heeft.

Er kan dus gesproken worden over een Europese «zwarte lijst» die alleen toegankelijk is voor de bevoegde autoriteiten. Nederland neemt buitenlandse bevoegdheidsbeperkende maatregelen in beginsel over (tenzij met succes een beroep kan worden gedaan op de hardheidsclausule). Wat

betreft de beroepen van apotheker, arts, fysiotherapeut, gezondheidszorg- psycholoog, psychotherapeut, tandarts, verloskundige en verpleeg- kundige, zal men in Nederland dus door het raadplegen van het BIG-register te weten komen of iemand een bevoegdheidsbeperking heeft in Nederland of in een andere lidstaat van de Europese Unie (indien die buitenlandse bevoegdheidsbeperking is overgenomen). Voor een openbare, Europese « zwarte lijst » is noodzakelijk dat alle lidstaten instemmen met zo'n lijst en dat er een grondslag is in de Europese regelgeving. Een openbare, Europese « zwarte lijst » is mogelijk als alle lidstaten bereid zijn elkaars bevoegdheidsbeperkende maatregelen over te nemen. Daar is nog een lange weg voor te gaan. Het Europese waarschuwingsmechanisme is daarbij een stap in de goede richting.

Ook zijn de leden van de fractie van de PvdA verheugd met de inzet van het kabinet om beleid gericht op zout-, verzadigd vet- en caloriereductie in voedingsmiddelen Europees te agenderen. Zij zien daarom erg uit naar de toegezegde brief van het kabinet waarin het kabinet haar inzet op dit onderwerp en de daaruit voortgekomen afspraken terugkoppelt. De Litouwer Vytenis Andriukaitis heeft als Eurocommissaris gezondheid in zijn portefeuille gekregen. Kan het kabinet duiden in hoeverre zij verwacht dat de zorg en de door haar belangrijk gevonden onderwerpen voldoende aandacht krijgen op Europees niveau? Waaruit komt deze verwachting voort?

De nieuwe Europese Commissie moet nog door het Europees parlement worden goedgekeurd. Pas daarna zal zij haar agenda presenteren en zullen de ambities en prioriteiten kenbaar worden. Gezondheidsbeleid heeft echter een basis in het Europese acquis en ik verwacht dat er voldoende ruimte zal blijven voor, voor Nederland belangrijke thema's als antibioticaresistentie en het verbeteren van het regelgevend kader voor de toelating van nieuwe geneesmiddelen ten einde innovaties beter bereikbaar te maken voor patiënten. Zodra de nieuwe Commissaris op zijn post is, zal ik een afspraak met hem of haar maken om nader te overleggen over zijn agenda en onze eigen ambities, mede in het licht van het aanstaande Nederlandse voorzitterschap.

Naast de hierboven genoemde onderwerpen zien genoemde leden dat internationale samenwerking om verdere verspreiding van ebola te voorkomen noodzakelijk is om de wereldgezondheid te beschermen in tijden dat de wereldbevolking in toenemende mate mobiliseert en de wereld over reist. Kan het kabinet aangeven hoe er in Europees verband wordt samengewerkt aan een werkzaam en goedgekeurd ebolavaccin? Vindt het kabinet dat deze samenwerking beter kan, en hoe ziet zij een ideale samenwerking voor zich? Welke stappen worden er vooraf in Europees verband gezet om het vaccin straks wereldwijd ter beschikking te stellen? Welke belemmeringen ziet het kabinet om het nog te ontwikkelen werkzame vaccin straks ook in Afrika ter beschikking te hebben?

Bij de vaccins tegen ebola is niet zozeer sprake van Europese samenwerking als wel van wereldwijde samenwerking. De WHO heeft alle informatie over vaccins en medicijnen tegen ebola bijeengebracht en besproken tijdens een overleg op 4 en 5 september om daaruit de meest veelbelovende te destilleren. Daarnaast heeft de WHO aanbevelingen gedaan voor versnelde procedures. Uit de analyse blijkt dat er twee belangrijke vaccinkandidaten zijn die nu versneld getest zullen worden op vrijwilligers. Als daaruit blijkt dat ze veilig zijn worden ze zo snel mogelijk in groter hoeveelheden geproduceerd.

Verder horen genoemde leden graag van het kabinet wat er uit de internationale antibiotica-resistentieconferentie die eind juni plaatsvond in

Nederland is voortgekomen. Welke stappen wil het kabinet naar aanleiding van deze conferentie zetten en hoe wordt samen opgetrokken met andere landen?

Ik zal u via een aparte brief informeren over de uitkomsten van de conferentie. Samengevat heeft de bijeenkomst tot brede politieke steun geleid voor het mondiale actieplan van de WHO. De samenwerking tussen de humane en veterinaire wereld is benadrukt en de aanwezigen hebben gezamenlijk geconcludeerd dat een geïntegreerde aanpak nodig is op zowel mondiaal als landelijk niveau. Actie is nodig op het gebied van infectiepreventie, goed gebruik van antibiotica en de ontwikkeling van nieuwe antibiotica. De Staatssecretaris van Economische zaken en ik zijn voornemens het onderwerp internationaal te blijven agenderen en we bezien met andere vooroplopende landen hoe we kunnen samenwerken. Voor meer informatie verwijs ik u naar de eerder genoemde brief.

Kan het kabinet daarnaast aangeven in hoeverre er in Europees verband wordt samengewerkt aan een effectieve behandeling van de ziekte van Lyme? Is een andere samenwerking wenselijk wat het kabinet betreft?

Individuele wetenschappers, behandelaren en het RIVM wisselen kennis uit met collega's wereldwijd over preventie, diagnostiek en de behandeling van Lyme. Ook het expertisecentrum op het gebied van Lyme, waarover de stakeholders nu in gesprek zijn, zal kennis over de behandeling die, onder andere binnen Europa ontwikkeld wordt in de gaten houden.

Genoemde leden delen mee zich zorgen te maken over het ogenschijnlijk trage tempo waarin de nieuwe Europese tabaksproductenrichtlijn wordt omgezet in nationale wetgeving. Kan het kabinet aangeven welke concrete voorstellen de Kamer op welke termijn kan verwachten? Welke voorstellen kunnen nog voor de jaarwisseling in de Kamer worden besproken?

Nederland heeft twee jaar de tijd om de nieuwe Europese Tabaksproductenrichtlijn om te zetten in nationale wetgeving. De Staatssecretaris van VWS heeft eerder al aangegeven in het implementatietraject net zo voortvarend te werk te zullen gaan als tijdens het onderhandelingstraject. Het is de bedoeling dat het wetsvoorstel voor het zomerreces 2015 in de Tweede Kamer ligt. In het najaar van 2014 zal een brief aan de Tweede Kamer worden gestuurd inzake de voortgang op dit dossier.

Zorginnovatie in het belang van patiënten

De leden van de fractie van de PvdA zijn verheugd dat zorginnovatie in het belang van de patiënt Europees geagendeerd staat. Behandelingen op maat tonen aan meer gezondheidswinst te boeken dan standaardbehandelingen. Meer kennis is echter nodig om deze vorm van behandeling beter in te bedden in de praktijk. Onderzoek op Europees niveau lijkt genoemde leden een goede weg om bestaande lacunes op te vullen, juist omdat behandeling op maat zich richt op kleinere populaties en bundeling van data over grenzen noodzakelijk is om onderzoek te doen naar de effectiviteit. Ziet het kabinet een prominente rol voor Europa? Zo ja, welke? Kan het kabinet schetsen op welke terreinen behandeling op maat kansrijk is? Worden goede ervaringen op georganiseerde wijze gedeeld onder lidstaten?

Voor Nederland is de rol van de EU bij het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en toepassing van behandeling op maat van groot belang. In Nederland zelf gebeurt er al veel onderzoek op het gebied van

behandeling op maat, met name in de academische oncologische centra. De EU speelt hierbij vooral een rol via EU-stimuleringsprogramma's zoals Horizon 2020 en Innovative Medicines Initiative 2. Overigens is de ontwikkeling van behandeling op maat een wereldwijd fenomeen. Op tal van plaatsen en vaak in internationaal samenwerkingsverband wordt hard gewerkt aan de verdere ontwikkeling ervan. Op dit moment is men in de oncologie het verst met de ontwikkeling en toepassing van behandeling op maat, waarbij onder meer genetica een belangrijke rol speelt. Lidstaten delen hun ervaringen via de hierboven genoemde EU-programma's. Daarnaast vindt het delen van ervaringen ook plaats op vrijwillige basis tussen wetenschappers en zorgverleners.

In hoeverre wordt betaalbaarheid en rechtvaardiging van de kosten van behandeling op maat meegenomen in de Europese discussie? Hoe worden in Europa de soms tegenstrijdige prikkels voor betaalbaarheid en innovatie tegen elkaar afgewogen?

Dankzij maatregelen die in Europees verband zijn genomen, richt de ontwikkeling van nieuwe en innovatieve geneesmiddelen zich de laatste jaren steeds meer op aandoeningen met kleinere populaties. Ook richt men zich steeds meer op vormen van personalised medicine. Waar sprake is van zogenaamde high unmet medical needs, worden Europese voordelen aan leveranciers geboden om geneesmiddelen te maken voor een commercieel gezien minder interessante aandoening. Het fundamentele onderzoek wordt daarbij over het algemeen gedaan met publieke financiering. Dit leidt in steeds meer gevallen tot producten die geïntroduceerd worden met beperkte kennis over de therapeutische meerwaarde van de producten, waarbij het eindproduct vaak vermarkt wordt voor een veelvoud van de vermoede ontwikkelingskosten. In toenemende mate ontstaat de situatie waarin nieuwe innovatieve producten onbetaalbaar worden voor de gezondheidszorgsystemen van de Europese lidstaten. Tijdens de informele Raad van Ministers wordt bezien in hoeverre aanpassing van de huidige regels nodig is om innovatie blijvend te kunnen stimuleren, maar tegen aanvaardbare kosten. Dit is een proces van langere duur, waarbij de veranderende omstandigheden vragen om meer efficiënte en flexibiliteit van bestaande maatregelen.

Hoe draagt Nederland bij aan kennisuitwisseling en implementatie?

Ik ben voorstander van internationale samenwerking bij zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen. Vanwege de vaak relatief kleine patiëntengroepen is het juist op dit terrein efficiënt om Europees samen te werken. De Europese Commissie en diverse lidstaten, waaronder Nederland, hebben hun krachten voor het onderzoek naar zeldzame ziekten, waaronder weesziekten, verenigd in het netwerk E-rare. Het doel van E-rare is om fragmentatie in onderzoek naar zeldzame ziekten in Europa te verminderen en multidisciplinaire samenwerking te bevorderen en te versterken. Naast wetenschappelijk onderzoek wordt ook intensief samengewerkt op het gebied van kennis delen over zeldzame ziekten. Zo biedt Orpha.net een overzicht van de beschikbare expertise en lopende onderzoeken in Europa. Nederland neemt deel aan deze en andere verschillende Europese initiatieven, onder meer via subsidies vanuit ZonMw.

In hoeverre zullen ervaringen en goede praktijken met betrekking tot het kosteneffectief gebruiken van geneesmiddelen worden uitgewisseld tijdens de raad? Ziet het kabinet een prominente rol weggelegd voor Europa op dit terrein?

De agenda van de raad leent zich niet voor het uitwisselen van best-practices ten aanzien van gepast gebruik van geneesmiddelen. Wel wordt gesproken over de wijze waarop Europese samenwerking op het gebied van Health Technology Assessment (HTA), waarbij beoordeeld wordt wat de meerwaarde en kosteneffectiviteit van een behandeling of product is, kan plaatsvinden. Op dit moment vinden kennisdeling, het formuleren van gezamenlijke uitgangspunten voor methodologie en experimenten met gezamenlijk HTA-onderzoek plaats in EUnetHTA (European Network for Health Technology Assessment). Dit is een vrijwillig initiatief van diverse lidstaten. Nederland neemt daaraan actief deel. Juist vanwege de waardevolle input van HTA-onderzoek bij pakketbesluiten zie ik Europese samenwerking op dit terrein als waardevol.

Wat zal Nederland inbrengen op dit punt? In hoeverre kan Nederland van de kennisuitwisseling leren? Behoudt Nederland wat het kabinet betreft in de toekomst voldoende ruimte voor haar eigen afwegingen in het geneesmiddelenbeleid? Biedt het Europees beleid hier in de toekomst naar verwachting van het kabinet voldoende ruimte voor?

Ik ondersteun bredere en meer structurele samenwerking op vrijwillige basis in het uitvoeren van HTA onderzoek. Tijdens de informele raad zal ik aangeven dat Nederland een inhoudelijke bijdrage aan het netwerk voor het doen van gezamenlijk HTA onderzoek wil continueren. Eerste gezamenlijk uitgevoerde HTA-onderzoeken naar geneesmiddelen hebben een positieve input geleverd voor pakketbesluiten in Nederland. Ik zie waarde in een dergelijk netwerk, zolang er voldoende ruimte blijft voor nationale besluitvorming ten aanzien van prijzen en vergoedingen. Ik zie de Europese activiteiten, nu en in de nabije toekomst dus nadrukkelijk als ondersteuning voor vrijblijvende besluitvorming op het niveau van de lidstaten.

Kan het kabinet een stand van zaken geven van de Medical Device Regulation (MDR)? Hoe zou het kabinet de huidige balans in de onderhandelingen tussen veiligheid en innovatie beschrijven? Verwacht het kabinet dat het uiteindelijke wetsvoorstel voldoende toekomstbestendig is? Verwacht het kabinet dat dit onderwerp gedurende het Nederlandse voorzitterschap nog op de agenda staat?

In september 2012 zijn de voorstellen voor medische hulpmiddelen en in-vitro diagnostica door de Europese Commissie gepubliceerd. De Raad bevindt zich nog in de zogenoemde Eerste Lezing en heeft dus nog geen standpunt opgemaakt. In april heeft het Europees parlement haar standpunt opgemaakt en haar Eerste Lezing afgerond. Gelet op de stemming van het Europees parlement en de discussies momenteel in de Raad, is het duidelijk dat de Raad en het Europees parlement op belangrijke punten uiteen liggen, bijvoorbeeld op het punt van de markttoelating voor hoog-risico medische hulpmiddelen. In mei hebben de verkiezingen voor het parlement plaatsgevonden. Eventuele onderhandelingen tussen Raad en het Europees parlement zullen met het nieuwe Europees parlement plaatsvinden. Een meerderheid van de lidstaten, de Commissie en het Voorzitterschap hebben in de Raad van juni 2014 aangegeven dat het proces rond de onderhandelingen bespoedigd moet worden.

Als de onderhandelingen in de Raadswerkgroepen op dezelfde wijze worden voortgezet dan is het risico groot dat er uiteindelijk disproportionele, inflexibele en niet toekomstbestendige wetgeving komt. Nederland vindt zo'n eindresultaat onacceptabel. Momenteel is onvoldoende helder wat de impact kan zijn van de voorstellen op innovatie. Daarnaast is het de vraag of al deze maatregelen wel leiden tot extra veiligheid.

De onderhandelingen in de Raadswerkgroepen verlopen moeizaam, mede door uiteenlopende standpunten en door uitgebreide discussies ten aanzien van technisch-inhoudelijke details. De komende tijd zal moeten blijken of de lidstaten voldoende in staat zijn om met het Italiaans Voorzitterschap verbeteringen in het proces te bewerkstelligen en resultaat te boeken. Het verloop van het onderhandelingsproces is lastig in te schatten. In de voorbereidingen van het Voorzitterschap in 2016 houdt Nederland er rekening mee dat dit dossier nog op de agenda staat.

Levensstijlen en preventie van ademhalingsziekten en kanker

De leden van de fractie van de PvdA zijn verheugd dat het kabinet met haar preventiebeleid inzet op het voorkomen van verschillende chronische ziekten en zich niet alleen op ademhalingsziekten en kanker focust, zoals het Italiaanse voorzitterschap voorstelt. Zij vragen zich in hoeverre het kabinet voor Nederland kansen ziet om preventie Europees te agenderen.

Welke nieuwe preventie-onderwerpen zou het kabinet graag op Europees niveau willen? Wat verwacht het kabinet te leren van het leefstijlbeleid van andere lidstaten? Hoe zou het kabinet haar leefstijlbeleid omschrijven ten opzichte van andere lidstaten; actief of passief? Zijn er bijvoorbeeld andere lidstaten die een uitgebreid preventieprogramma op landelijk niveau voeren, vergelijkbaar met het Nationaal Programma Preventie? Wat zijn de ambities van andere lidstaten met het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? In hoeverre zal de voortdurende dialoog over de effectiviteit en inrichting van de bevolkingsonderzoeken naar kanker deel uitmaken van de Europese discussie? In hoeverre verwacht het kabinet op dit punt te leren van buitenlandse ervaringen?

Nederland heeft een actief leefstijlbeleid, waarbij de focus ligt op het bevorderen van een gezonde leefstijl van de jeugd. Speerpunten zijn overgewicht, roken en schadelijk alcoholgebruik, diabetes, depressie, met het accent op bewegen. In internationaal verband worden goede voorbeelden gewisseld. Nederland hecht internationaal met name belang aan grensoverschrijdende aspecten van leefstijlbeleid. Kern van het Nederlandse preventiebeleid is dat naast de overheid een groot aantal partijen en maatschappelijke sectoren een bijdrage kan en wil leveren aan een gezond Nederland. De grote uitdaging is om deze krachten optimaal te bundelen zodat ieders bijdrage wordt versterkt. Dat doen we in Nederland via het Nationaal Programma Preventie. Ik wil met andere landen samenwerken en bezien of zij ook een dergelijke aanpak hebben en wat we daarmee van elkaar kunnen leren. Ik heb geen internationaal overzicht van de ambities over het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Landen zijn in dat opzicht moeilijk te vergelijken om dat ze andere definities en meetmethoden gebruiken. Nederland heeft veel ervaring met de opzet en uitvoering van bevolkingsonderzoeken naar kanker. Het RIVM doet regelmatig onderzoek naar effectiviteit en participatiegraad. Deze ervaringen brengen wij in diverse Europese gremia. Daarin worden ook de resultaten van bevolkingsonderzoeken in andere landen uitgewisseld.

Pijnbestrijding en palliatieve zorg

De leden van de fractie van de PvdA zijn verheugd met de groeiende Europese aandacht voor pijnbestrijding en zorg in de laatste levensfase. In hoeverre ziet het kabinet ruimte voor meer Europese initiatieven op dit gebied? Op welke onderdelen zou het kabinet graag meer Europees initiatief zien, aangezien Nederland tot een van de koplopers op dit gebied behoort? Op welke gebieden wil het kabinet juist geen Europees initiatief?

Verwacht het kabinet om van andere lidstaten te kunnen leren over palliatieve zorg in de thuisomgeving?

Het kabinet ziet vooral ruimte voor de uitwisseling van goede voorbeelden en beleidservaringen. De Europese Commissie zou dat kunnen faciliteren. Het kabinet staat afhoudend ten opzichte van nieuwe Europese richtlijnen voor palliatieve zorg of een Europese dag voor palliatieve zorg. Nederland kan zeker nog leren van ervaringen van andere landen, bijvoorbeeld van de aanpak in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. In het kader van het nieuwe nationale programma zal een verdere internationale vergelijking plaatsvinden, waarbij ook zal worden gekeken naar de ervaringen van genoemde en andere landen.

E-health / M-health

De leden van de fractie van de PvdA zien de vele kansen die e-healthtoepassingen bieden om de zorg toegankelijker, laagdrempeliger en doelmatiger te organiseren. Zij zijn daarom verheugd dat uit de nationale e-healthmonitor blijkt dat stakeholders bevestigen dat Nederland zich in de voorhoede bevindt. Zij beamen echter de conclusie dat er op het gebied van digitale uitwisseling van patiëntgegevens nog veel beter kan, bijvoorbeeld op het gebied van veilige gegevensuitwisseling en privacy waarborging. Dit geldt zowel voor communicatie tussen zorgverlener en patiënt, communicatie tussen zorgverleners en dossiervoering. Verwacht het kabinet op deze punten te kunnen leren van andere lidstaten? Zo ja, wat hoopt men te leren? Of loopt Nederland op ICT-gebied dusdanig voor dat zij als pionier fungeert tijdens de raad?

Ik verwacht dat Nederland via het Europese E-health Network kennis kan nemen van de aanpak van andere lidstaten op gebied van veilige gegevensuitwisseling en privacy waarborging. De meerwaarde zit vaak in het feit dat ieder land zijn eigen specifieke context heeft, wat ook verschillende oplossingen oplevert.

Verwacht het kabinet dat de algemene verordening gegevensbescherming de bestaande praktijk in Nederland zal veranderen? Zo ja, in welk opzicht? Zo nee, waarom niet?

Momenteel wordt er in Brussel onderhandeld over een nieuwe verordening gegevensbescherming. Namens het kabinet houdt de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie uw Kamer periodiek op de hoogte van de voortgang met betrekking tot de onderhandelingen over de Algemene verordening gegevensbescherming. De Staatssecretaris heeft uw Kamer bij brieven van 26 april en 2 september 2013 (Kamerstuk 32 761, nr. 48 en 51) uitgebreid geïnformeerd over de stand van zaken van deze onderhandelingen, met inbegrip van dat deel van de onderhandelingen dat betrekking heeft op de doorgifte van persoonsgegevens aan derde landen. Met betrekking tot het beleidsterrein van VWS is de inzet gericht op het behouden van de huidige mogelijkheden. Omdat de onderhandelingen nog niet zijn afgerond is het nog te vroeg om een indicatie te geven van de gevolgen van het uiteindelijke onderhandelingsresultaat voor de Nederlandse praktijk.

Hoe zet het kabinet er op in dat het op Europees niveau delen van big data niet leidt tot gegevens die in onbedoelde handen vallen, bijvoorbeeld omdat de Verenigde Staten inzage verkrijgt via de Patriot-act? Op welke wijze wordt op Europees niveau samenwerking gezocht en hebben de andere lidstaten dezelfde opvatting als het kabinet?

Big data kan op gespannen voet staan met de privacy van de burger. Zonder de toestemming van de burger voor het vrijgeven van gegevens kan er geen sprake zijn van grootschalige dataverzameling. En voordat de burger hier toestemming voor geeft zal eerst bewezen moeten worden of «big data» daadwerkelijk bijdraagt aan een betere zorg. In de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst staat onder welke voorwaarden patiëntgegevens voor onderzoek mogen worden benut, waaronder toestemming van de patiënt. De verantwoordelijkheid van VWS/de Minister richt zich op het creëren van randvoorwaarden waaronder veilige (elektronische) gegevensuitwisseling kan plaatsvinden. In het wetsvoorstel Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens zijn de rechten voor cliënten opgenomen bij de elektronische uitwisseling van gegevens in de zorg. Daarnaast gelden de wettelijke eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wpb) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op de verwerking van de persoonsgegevens en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op het leveren van verantwoorde zorg. Mochten de toezichthouders daartoe aanleiding zien dan kunnen zij handhavend optreden.

Het vraagstuk van de Patriot Act betreft alle maatschappelijke sectoren. Zoals eerder aangegeven wordt in Brussel onderhandeld over een Algemene verordening gegevensbescherming. Deze verordening zal een nieuw kader bevatten voor grensoverschrijdende doorgifte van persoonsgegevens. Daarbij wordt ook aandacht geschonken aan doorgifte van gegevens op grond van eenzijdige verplichtingen op basis van buitenlands recht van derde staten. De Europese Commissie gaat ervan uit dat een redelijk evenwicht is te bieden tussen de dilemma's waarin bedrijven zich soms kunnen bevinden en de bescherming van persoonsgegevens.

Een verzoek tot het verstrekken van informatie aan het buitenland moet worden getoetst aan de Nederlandse wet- en regelgeving. Zolang de nieuwe Verordening nog niet in werking is getreden moet voldaan worden aan de Wpb en de huidige Privacyrichtlijn. Mocht er sprake zijn van een verplichting tot geheimhouding op grond van de Patriot Act is er mogelijk een conflict van wetgeving. Bij de gesprekken over de Algemene verordening gegevensbescherming is ook het vraagstuk van de Patriot Act aan de orde.

De internationale samenwerking met andere lidstaten heeft voor Nederland vooral meerwaarde als het gaat om het bereiken van resultaten in de onderhandelingen over nieuwe verordening gegevensbescherming. Daarin trekt Nederland vanzelfsprekend op met landen met dezelfde opvatting.

Daarnaast constateren genoemde leden dat er in toenemende mate bewezen effectieve e-health behandelingen zijn, bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg. Naast dat deze toepassingen vaak minstens even effectief blijken als face-to-face-behandelingen, bereiken zij bijvoorbeeld patiënten die niet zo snel naar een arts stappen en bevorderen zij een doelmatige inzet van middelen. Deze toepassingen vinden echter niet altijd even vlot hun weg naar de praktijk. Er is een verdere cultuuromslag nodig om daadwerkelijk te kunnen profiteren van alle voordelen die e-health biedt en om de brede inzet van e-healthtoepassingen te bevorderen. Verwacht zij op het gebied van inkoopbeleid en acceptatie door professionals en patiënten te kunnen leren van andere lidstaten?

Op het gebied van acceptatie door professionals en patiënten verwacht ik dat we van andere lidstaten kunnen leren. Professionals en patiënten

lopen bij het gebruik van m-health tegen dezelfde vraagstukken aan als wij in Nederland. Het gaat bijvoorbeeld om vraagstukken op het gebied van gebruiksvriendelijkheid, veiligheid, effectiviteit en voor welke groepen van patiënten m-health meer, en voor welke m-health minder geschikt is. Ik ga er van uit dat zorgverzekeraars hun eigen keuzes maken bij de inkoop van e-health en dat daar waar dit toegevoegde waarde heeft ook hun blik op Europa zullen richten. Een belangrijke factor in de definitieve cultuuromslag is de opleiding van de volgende generatie zorgverleners. Ik hecht er zeer aan dat opleidingen structureel aandacht besteden aan innovatieve manieren van zorgverlening en de toepassing van e-health in de praktijk.

Hoe verwacht het kabinet in te zetten op substitutie door e-health in plaats van het additioneel toepassen van e-healthtoepassingen naast reguliere behandelingen?

Het is van belang dat e-health – in het bijzonder de «e-mental health» in de GGZ – wordt geïntegreerd in het reguliere zorgproces. Het zijn vooral de zorgverleners en cliënten die gezamenlijk moeten met elkaar bepalen hoe de behandelpaden waarbij face-to-face contact en e-mental health worden gecombineerd worden tot effectieve zorgverlening. Hiervoor is niet één vast recept te geven, omdat het sterk afhangt van het type aandoening, de beschikbare interventies (zoals online behandelprogramma's of apps) en de ICT-vaardigheden van zorgverlener en cliënt. Ik verwacht dat zorgverzekeraars dit proces via de zorginkoop zullen stimuleren.

Hoe gaat het kabinet eventuele leerpunten meenemen in het vergoedingen- en implementatiebeleid?

Om er voor te zorgen dat e-health breed wordt toegepast is het van belang dat de toepassing ervan lonend is. Daarbij is op het gebied van vergoeding van e-health vaak meer mogelijk dan wordt gedacht. Zolang het niet om een wezenlijk andere zorginhoud gaat, zijn veel e-health toepassingen onderdeel van het verzekerde basispakket. Het Zorginstituut Nederland (toen nog CVZ geheten) heeft dit verwoord in haar e-healthstandpunt 2011. Ondanks dat ik vergoedingen- en implementatiebeleid primair een nationale aangelegenheid vind, ben ik erg benieuwd wat wij van andere landen op dit gebied kunnen leren. Of en hoe wij lessen uit het buitenland kunnen toepassen hangt natuurlijk wel af van welke lessen dit zijn.

Welke initiatieven ter bevordering van de implementatie van e-health-toepassingen lopen er op Europees niveau? Op welke wijze draagt Nederland hier aan bij, en welk profijt ondervindt zij hiervan? Welke regierol heeft het kabinet voor ogen wat betreft de Nederlandse inbreng?

De Europese Commissie is momenteel bezig om in het kader van het E-health Network een zogenoemde Joint Action te starten waarin een groot aantal lidstaten zal optrekken in de uitvoering van een aantal programma's op een viertal hoofdthema's, waaronder interoperabiliteit en standaardisatie, monitoring en uitwisseling van kennis, monitoring en beoordeling van implementatie en tot slot internationale samenwerking en positionering. Juist op terrein van de implementatie is voorzien in een aantal programma's dat waardevolle lessen kan opleveren. Nederland is voornemens om actief te participeren in deze Joint Action.

Inbreng CDA-fractie

In de geannoteerde agenda voor de informele EU bijeenkomst van Ministers van volksgezondheid van 22–23 september 2014 geeft de Minister aan dat op dit moment de EU-regelgeving rond het (flexibele) markttoelatingssysteem voor medische hulpmiddelen en geneesmiddelen wordt herzien. De Minister geeft daarbij ook aan dat Nederland in de onderhandelingen zijn zorgen heeft geuit over de balans tussen veiligheid en innovatie. De leden van de CDA-fractie vragen wat de herziening van de EU-regelgeving behelst, wanneer deze herziening gepland staat, welke gevolgen dit voor Nederlandse wet- en regelgeving zou kunnen hebben en waar precies de zorgen van de Nederlandse regering op gebaseerd zijn.

In de geannoteerde agenda van 16 september 2014 is aangegeven dat het markttoelatingssysteem voor medische hulpmiddelen momenteel wordt herzien. Tijdens de Raad op 20 juni jl. heeft Nederland haar zorgen geuit over het proces in de Raadswerkgroepen en de tussentijdse resultaten. De voorstellen en de details blijven groeien zonder dat de doelmatigheid, haalbaarheid en financiële implicaties van het geheel te overzien zijn. Dit kan mogelijk leiden tot disproportionele, inflexibele en niet toekomstbestendige wetgeving. Als innovaties later beschikbaar komen op de markt, zal uiteindelijk de patiënt de dupe zijn mogelijk zonder dat de producten bewezen veiliger zijn. Nederland zal zich in de onderhandelingen ervoor blijven inzetten dat in de toekomstige verordeningen veiligheid en innovatie in balans zijn. Op dit moment is nog niet in te schatten wanneer de Raad tot overeenstemming kan komen.

De Minister schrijft over de gedachtewisseling met betrekking tot «Lifestyles and cancer prevention» dat ingebracht zal worden dat Nederland zich richt op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Beoogd effect daarvan is het voorkomen van chronische ziekten in het algemeen, en niet specifiek het voorkomen van kanker. Daarom zijn in het Nationaal Programma Preventie doelstellingen opgenomen voor het ombuigen van trends voor leefstijlen, en geen doelstellingen voor het terugdringen van chronische ziekten. De leden van de CDA-fractie vragen hoe andere Europese landen hiermee omgaan. Zijn er andere landen die wel de WHO-doelstellingen¹ in het beleid hebben opgenomen? Kan de Minister aangeven wat de houding en inzet van de Nederlandse regering zal zijn als deze WHO-doelstellingen in de gedachtewisseling ingebracht zullen worden?

In het Nationaal Programma Preventie hebben we doelstellingen gedefinieerd op basis van de Volksgezondheid Toekomst verkenning (VTV) van het RIVM. Daarin hebben zij gekeken welke determinanten van gezondheid leiden tot de grootste ziektelast. Deze doelstellingen zijn al langer benoemd tot speerpunten van het Nederlands gezondheidsbeleid. Ze worden steeds in een cyclus van 4 jaar gemonitord. De meest recente peiling dateert van dit jaar. Aangezien preventie iets van lange adem is, is continuïteit belangrijk en willen we aan deze speerpunten vasthouden. In hoeverre en zo ja welke doelstellingen andere landen hebben gedefinieerd, is mij niet bekend.

Onlangs bleek dat de internationale uitwisseling van bevoegdheidsbepalende maatregelen niet op orde is, met als gevolg dat artsen die in andere landen niet meer aan de slag mochten gaan, in Nederland gewoon praktijk hadden. In antwoord op mondelinge vragen (2 september 2014)

¹ Het aantal met chronische ziekten samenhangende sterfgevallen in de wereld in de komende tien jaar jaarlijks met 2 procent verminderen.

gaf de Minister aan dat naar haar mening het probleem vooral bij andere landen ligt. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister bereid is om dit onderwerp tijdens de EU-Gezondheidsraad opnieuw te bespreken? Kunnen er verdergaande afspraken gemaakt worden om de internationale uitwisseling van gegevens te verbeteren, ook vooruitlopend op 2016 wanneer het internationaal verplicht wordt om gegevens uit te wisselen? Zo nee, waarom niet?

Nederland is afhankelijk van buitenlandse, bevoegde autoriteiten voor het verkrijgen van informatie over beroepsbeperkende maatregelen. Voor zover bekend hebben de meeste Europese lidstaten geen openbare, actuele registers voor beroepsbeoefenaren in de zorg en verstrekken de meeste lidstaten niet actief informatie aan andere landen over opgelegde bevoegdheidsbeperkingen. Of lidstaten informatie openbaar mogen maken of actief mogen delen wordt bepaald door de nationale wetgeving van iedere lidstaat. De lidstaten implementeren de komende tijd in hun nationale wetgeving de wijziging van de Europese regelgeving die de lidstaten verplicht om actief informatie over bevoegdheidsbeperkingen met elkaar te gaan delen voor beroepen in de zorg. Bij de lidstaten waarmee bilaterale afspraken zijn gemaakt wordt nogmaals onder de aandacht gebracht dat het van belang is dat informatie wordt verstrekt over alle bevoegdheidsbeperkende maatregelen die van kracht zijn.

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de geannoteerde agenda van de aanstaande informele Gezondheidsraad. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen voor de Minister om in te brengen bij de informele Raad in Milaan. Zij vragen allereerst of de Minister met het oog op het Nederlandse EU-voorzitterschap in 2016 voornemens is om de informele Raad zelf bij te wonen? Indien dit niet het geval is vragen deze leden of de Minister kan toelichten welke redenen daaraan ten grondslag ligt?

In de ministerraad is afgesproken dat we ons richting het EU voorzitterschap in 2016 nadrukkelijker willen manifesteren, ten einde onze inhoudelijke prioriteiten uit te dragen en nieuwe collega's beter te leren kennen. Ik was daarom ook van plan deel te nemen aan de aanstaande informele bijeenkomst van Ministers in Milaan. Ik ben echter vrijwel gelijktijdig ook uitgenodigd om deel te nemen aan een top op het Witte Huis in Washington, waar een selecte groep landen zal spreken over de gezondheids-veiligheidssituatie in de wereld. Hierbij zal het gaan over de wereldwijde aanpak van antimicrobiële resistentie, zoals u weet een prioriteit voor mij, maar ook over actuele dreigingen als Ebola. Ik heb deze keer prioriteit gegeven aan de bijeenkomst in Washington en moet de informele raad in Milaan daarom overslaan. Het is mijn inzet om wel aanwezig te zijn op de formele raad op 1 December in Brussel.

De leden van de D66-fractie lezen dat het Italiaanse voorzitterschap voornemens is van gedachten te wisselen over verschillende thema's, zoals het kosteneffectief gebruik van geneesmiddelen, innovatie van medische hulpmiddelen en het vraagstuk van betaalbaarheid van geneesmiddelen in verhouding tot het stimuleren van innovaties. De Minister meent dat innovatie rond medische technologie in de EU deels afhankelijk is van het voortbestaan van het meer flexibele markttoelatings-systeem voor medische hulpmiddelen. Op dit moment wordt deze EU-regelgeving herzien, waarbij de Minister haar zorgen heeft geuit over de balans tussen veiligheid en innovatie. Kan de Minister toelichten welke zorgen zij precies heeft?

Graag verwijs ik u naar de antwoorden op gelijksoortige vragen van de PvdA- en CDA-fracties.

De leden van de D66-fractie constateren dat het onderwerp levensstijlen en de preventie van kanker op de agenda staan voor een gedachtewisseling. Deze leden vragen of de Minister daarbij aandacht wil vragen voor het Nationaal Preventie Programma, en of zij wil peilen in hoeverre andere lidstaten een vergelijkbaar programma hebben, en of zij daarbij wel een focus op het voorkomen van kanker hebben opgenomen.

Het is inderdaad nuttig om andere landen te informeren over het Nationaal Preventie Programma en te peilen of zij ook een dergelijk programma hebben. We kunnen dan wederzijds ervaringen uitwisselen die bij de uitvoering van de nationale programma's zijn te gebruiken. Daarbij kan ook gekeken worden naar de prioriteiten die in deze programma's worden gesteld en of kanker daar onderdeel van is. In het NPP hebben we gekozen voor de ziekten en gezondheidsrisico's met de grote ziektelast. Hoewel daar kanker niet expliciet wordt benoemd, zijn de genoemde risicofactoren daar wel degelijk mee verbonden. Daarnaast hebben maatregelen op het gebied van gezondheidsbescherming voor een groot deel een relatie met kanker.

De leden van de D66-fractie constateren dat Nederland terughoudend is waar het gaat om nieuwe Europese initiatieven voor palliatieve zorg. Ook acht Nederland het organiseren van «Europese dagen» en richtlijnen voor palliatieve zorg niet nodig. Wel is Nederland bereid om in Europees verband goede voorbeelden en beleidservaringen uit te wisselen. Kan de Minister toelichten welke voorbeelden en beleidservaringen ze aan andere lidstaten zou willen meegeven? Heeft de Minister al zicht op voorbeelden uit andere lidstaten die wellicht voor Nederland nuttig kunnen zijn? In hoeverre kan Nederland van deze uitwisseling leren?

Nederland heeft veel goede voorbeelden ontwikkeld in eerdere Zon-mw programma's, zoals de Patz methode (palliatieve thuiszorg), Informare, proactieve zorgplanning en zorgpad stervensfase (zie ook goedevoorbeeldenpalliatievezorg.nl), Nederland is verder graag bereid om onze beleidservaringen te delen met het opzetten van de regionale netwerken palliatieve zorg (waar nu bijvoorbeeld het Italiaanse voorzitterschap mee bezig is) of de ondersteuning van inzet van vrijwilligers in hospices en de thuissituatie. De behoeften van andere landen zullen leidend zijn voor de keuze welke goede voorbeelden en beleidservaringen gedeeld worden. Voorbeelden uit andere landen, zoals Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, kunnen voor ons interessant zijn, omdat daar ook veel is ontwikkeld op het gebied van palliatieve zorg. In het kader van het nieuwe nationale programma zal een verdere internationale vergelijking plaatsvinden, waarbij ook zal worden gekeken naar de ervaringen van genoemde en andere landen.

Tot slot vragen de leden van de D66-fractie de Minister of zij ten aanzien van de kandidaat EU-commissaris Gezondheid de Kamer op de hoogte wil houden van diens voorgenomen prioriteiten en visie.

Graag verwijs ik u naar het antwoord op de gelijksoortige vraag van de PvdA fractie.