
Vergaderjaar 2008–2009

21 501-31

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

Nr. 160

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 december 2008

Hierbij zend ik u de geannoteerde agenda ten behoeve van de Raad voor Werkgelegenheid, Sociaal beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken (WSBVC) van 16 december aanstaande in Brussel.

Ik wijs u erop dat over de definitieve standpuntbepaling van Nederland in de Raad nog afstemming in de ministerraad zal plaatsvinden.

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

GEANNOTEEERDE AGENDA VOOR DE RAAD VOOR WERKGELEGENHEID EN SOCIAAL BELEID, VOLKSGEZONDHEID EN CONSUMENTENZAKEN VAN 16 DECEMBER 2008

Op 16 december 2008 vindt in Brussel de Raad voor Werkgelegenheid en Sociaal beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken plaats. Op de agenda staan de volgende 4 onderwerpen:

- 1 het voorstel voor een richtlijn voor patiëntenrechten in geval van grensoverschrijdende gezondheidszorg;
- 2 het voorstel voor een aanbeveling van de Raad betreffende Europees optreden op het gebied van zeldzame ziekten;
- 3 Raadsconclusies betreffende de bescherming van de volksgezondheid in het geval van gezondheidsbedreigingen – Health security;
- 4 Raadsconclusies betreffende een strategie om alzheimer en andere neurodegeneratieve aandoeningen tegen te gaan.

Ad 1) Richtlijn patiëntenrechten in geval van grensoverschrijdende gezondheidszorg

Het Franse voorzitterschap zal de stand van zaken in de onderhandelingen in de raadswerkgroep over het richtlijnvoorstel patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg presenteren. Aansluitend kunnen de lidstaten (ministers) hierover een debat voeren.

Nederland er heeft met de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet voor gekozen om de jurisprudentie van het Hof hierin te incorporeren en een werelddekking te introduceren. Nederlandse verzekerden hebben dus al ruime mogelijkheden voor het gebruik en de vergoeding van zorg in het buitenland. Voor Nederland heeft het richtlijnvoorstel in deze zin geen toegevoegde waarde. Tegelijk heeft Nederland begrip voor het feit dat de Commissie en de andere lidstaten een voorkeur hebben voor het gezamenlijk tot stand brengen van een regelgevend kader.

Het voorstel dat de Europese Commissie heeft uitgebracht voldoet echter nog niet aan de Nederlandse verwachtingen. De Commissie heeft ervoor gekozen om een voorstel neer te leggen dat niet alleen het recht op vergoeding van zorg in het buitenland regelt, maar dat ook ziet op de organisatie van de zorg, opdat burgers kunnen vertrouwen op en meer inzicht krijgen in, de kwaliteit en veiligheid van zorg in andere lidstaten. Tevens is het streven dat de lidstaten beter gaan samenwerken teneinde de grensoverschrijdende zorg te verbeteren en vereenvoudigen. Nederland heeft vooral bedenkingen bij de proportionaliteit van het voorstel, met name daar waar het voorstel ziet op het tot stand brengen van een gemeenschappelijk kader voor kwaliteit en veiligheid in de zorg. Nederland acht dit een nationale competentie.

In haar voorstel stelt de Commissie vooral de rechten van de burgers centraal. Meerdere lidstaten, vooral lidstaten met een van overheidswege centraal gestuurd gezondheidszorgstelsel, zoals Italië, Spanje en Portugal, hebben hier moeite mee. Vooral het idee dat burgers recht hebben op vergoeding van zorg in het buitenland, terwijl deze zorg ook in eigen land voorhanden is leidt tot discussie. In raadsverband spreken de lidstaten er momenteel over hoe er een betere balans gevonden kan worden tussen de rechten van burgers (microperspectief) en de verantwoordelijkheid van lidstaten voor de organisatie en financiële houdbaarheid van de zorg voor al haar burgers (macroperspectief).

Voor Nederland zijn vooral de onderstaande punten van belang bij de onderhandelingen over het richtlijnvoorstel van de Commissie:

- Kan het preferentiebeleid overeind blijven?
- Kan de systematiek van de kortingen op de vergoeding bij naturopolissen overeind blijven?

- Houden we de volledige zeggenschap over de kwaliteit en veiligheid in de zorg?
- Blijven we vrij om zelf te bepalen welk systeem van vergoeding in geval van medische fouten we hanteren?
- Is de langdurige zorg inderdaad uitgesloten van het bereik van de richtlijn?
- Ontstaat er een begrijpelijk systeem met beperkte administratieve lasten?

Nederland heeft deze punten ingebracht in de onderhandelingen die momenteel in Brussel plaatsvinden. Het Franse voorzitterschap heeft inmiddels een aangepast voorstel aan de lidstaten voorgelegd waarin ze rekening tracht te houden met de belangrijkste zorgpunten van de lidstaten. Hierbij lijkt het erop dat de meeste van de Nederlandse zorgpunten hierin een plaats krijgen. De onderhandelingen over deze versie van de Raad zullen nog enige tijd nodig hebben. Tegelijk zal duidelijk zijn dat de Europese Commissie en vooral het Europees Parlement (codecisie) ieder ook hun eigen opvatting en wensen hebben en er zeker op toe zullen zien dat de Raad het door de Commissie centraal gestelde burgerperspectief, niet te veel vervangt door een lidstaten georiënteerd systeem-perspectief.

Tijdens de WSBVC-Raad zal aan de hand van een voortgangsrapportage van het Franse voorzitterschap worden gediscussieerd over een zestal belangrijke punten:

a) het bereik van het richtlijnvoorstel

Het Franse voorstel kiest ervoor om het bereik van de richtlijn te verruimen tot alle gezondheidszorg die in lidstaten wordt aangeboden door gezondheidswerkers (*health professionals*) die op legale wijze hun beroep uitoefenen. Hiermee moet worden voorkomen dat de weg naar het Europese hof («de derde weg») alsnog volop in gebruik zal blijven. Dit betekent overigens niet dat al deze zorg ook vergoed hoeft te worden! Nederland kan deze insteek ondersteunen. Overigens moet in deze context nog wel een oplossing worden gevonden voor de positie van de langdurige zorg. Nederland wil deze, net als meerdere andere landen, uitsluiten van het bereik van de richtlijn. De reden hiervoor is overigens meer politiek dan juridisch van aard. Het is voor de solidariteit van de langdurige zorg van belang dat mensen geen aanspraak hebben op een langdurig zorgverblijf in andere landen.

b) kwaliteit en veiligheid van grensoverschrijdende gezondheidszorg

Op verzoek van de lidstaten wordt voorgesteld om *geen* gemeenschappelijk kwaliteitskader tot stand te brengen, maar kwaliteit «slechts» onderwerp te maken van samenwerking tussen de lidstaten. Van toepassing zijn de kwaliteits- en veiligheidssystemen zoals die in de lidstaat van behandeling van kracht zijn. Patiënten hebben wel recht op informatie over de kwaliteit en veiligheid van de zorg bij buitenlandse zorgaanbieders, zodat ze geïnformeerde keuzes kunnen maken. Nederland kan zich hier volledig in vinden.

*c) Definitie van ziekenhuis- en gespecialiseerde zorg
&*

d) Voorafgaande toestemming vereiste

Er komt in het Franse voorstel geen gemeenschappelijke lijst van «dure» vormen van zorg waarvoor cliënten voorafgaande toestemming moeten vragen aan de lidstaat, alvorens zij recht hebben op vergoeding van zorg

in het buitenland. In plaats hiervan wordt gewerkt met nationale lijsten. Nederland kan dit voorstel steunen.

Verder vinden lidstaten in meerderheid dat het Commissievoorstel in onbalans was voor wat betreft de rechten van patiënten en de mogelijkheden van lidstaten om dat recht in te perken. Sommige lidstaten hebben vooral moeite met het vergoeden van zorg in het buitenland die op medisch verantwoorde termijn ook in eigen land voorhanden is. In het nieuwe Franse voorstel worden de rechten van de lidstaten nu versterkt ten koste van die van de patiënt. Nederland is van mening dat de juiste balans moet worden gevonden tussen de rechten van individuele burgers en het recht van lidstaten om in het belang van alle burgers, ook op langere termijn de houdbaarheid en de kwaliteit van de zorg te kunnen garanderen. Tegelijk vraagt Nederland zich af of met dit nieuwe Franse voorstel de balans niet te veel doorslaat naar de lidstaten en of de gekozen insteek in overeenstemming is met de jurisprudentie van het Hof.

e) Verhouding tussen Sociale zekerheidsverordening 1408/71 (883/04) en het richtlijnvoorstel

Deze verhouding was niet goed geregeld in het Commissievoorstel. Het Franse voorstel is al beter, maar naar mening van Nederland nog niet goed genoeg. Er blijven nog te veel «grensgevallen» en vragen openstaan. In sommige situaties stelt het Franse voorstel voor om voorrang te geven aan het systeem van de Verordening. Dat kan in bepaalde situaties echter nadelig zijn voor de patiënt. Nederland heeft ingebracht om het «*most favorable system*» toe te passen. Hier moet nog verder over gesproken worden.

f) openstaande punten

Het Franse voorzitterschap benoemt een aantal nog openstaande punten:

- het onderscheid tussen zorgverleners die wel en niet tot het nationale gezondheidssysteem behoren (deze discussie gaat met name over feit of een bezoek aan een privé-kliniek ook voor vergoeding in aanmerking dient te komen);
- een systeem voor beperking van instroom van buitenlandse patiënten (lijkt de voorkeur te hebben van de lidstaten, maar werpt veel vragen op met betrekking tot de Europese non-discriminatieregels);
- de rol van de huisarts als poortwachter ook voor zorg in het buitenland en zijn bevoegdheid bij het bepalen van de medisch meest gepaste plaats van behandeling, mede als middel voor de beperking van de uitstroom van patiënten. Nederland hecht hier veel waarde aan.

Tijdens het debat zal Nederland ten aanzien van de hierboven genoemde discussiepunten interveniëren langs de aangegeven lijn. Hiernaast zal Nederland benadrukken dat het van belang is dat burgers niet meer rechten hebben wanneer ze zorg in het buitenland gebruiken, dan wanneer ze dezelfde zorg in eigen land zouden gebruiken. Het moet lidstaten vrij staan om niet discriminerende efficiëncymaatregelen, die ze toepassen op de zorgverstrekking en de vergoeding daarvan in eigen land, ook toe te passen indien de zorg in een andere lidstaat wordt genoten. Voor de Nederlandse situatie dient dan in het bijzonder te worden gedacht aan het preferentiebeleid ten aanzien van geneesmiddelen en de toepassing van kortingen indien zorg wordt ingeroepen bij een niet gecontracteerde zorgverlener. Deze maatregelen treft Nederland om het kostenbewustzijn van burgers te vergroten en efficiënt gebruik van de gezondheidszorg te bevorderen. Dit zijn pijlers waarop het recent ingevoerde zorgverzekeringssysteem in Nederland rust. Dit punt is wel opgenomen in de Franse compromistekst, maar niet in de voortgangsrapportage

Ad 2) Aanbeveling van de Raad betreffende Europees optreden zeldzame ziekten

Het onderwerp zeldzame ziekten heeft de afgelopen jaren meer aandacht gekregen in Europees verband, maar ook binnen de diverse lidstaten. De Europese Commissie heeft in december 2007 een Openbare Raadpleging doen uitgaan over zeldzame aandoeningen. Relevante partijen, individuele personen, organisaties en lidstaten hebben hierop gereageerd. De Commissie heeft aan de hand van de gekregen reacties de Aanbeveling van de Raad opgesteld. Tijdens de Raad zal de Commissie deze Aanbeveling presenteren. Het betreft in feite 25 aanbevelingen, die zijn gerangschikt in zeven hoofdgroepen. Dit zijn 1) het ontwikkelen van nationale plannen, 2) verbetering van definitie en inventarisatie van zeldzame aandoeningen, 3) onderzoek, 4) referentiecentra en Europese kennisnetwerken, 5) bundeling van deskundigheid, zeggenschap van patiënten-organisaties, 7) duurzaamheid (van zorg- en onderzoeksinfrastructuren).

Nederland verwelkomt de Europese aandacht voor dit onderwerp. Binnen de afzonderlijke lidstaten zijn de aantallen patiënten per individuele zeldzame aandoening veelal te gering om in alle gevallen tot een optimaal beleid te komen inzake zorg (preventie, diagnostiek, behandeling) en de ontwikkeling van geneesmiddelen. Een Europese aanpak kan voordelen hebben, vooral bij de ontwikkeling van geneesmiddelen. Uitwisseling van informatie over preventie, diagnostiek en behandeling binnen Europese netwerken heeft voor de lidstaten de voorkeur boven het behandelen van patiënten in een ander dan het eigen land, al zullen er zeker uitzonderingen op deze regel voorkomen. Een vorm van inventarisatie van de aantallen patiënten per afzonderlijke aandoening in Europa is zinvol om een reëler beeld te krijgen van de totale ziektelast. Binnenkort zult u uitgebreid over het Nederlandse standpunt over de aanbeveling aan de Raad worden geïnformeerd via een BNC-fiche. Nederland zal zich derhalve beperken tijdens de Raad in haar eerste reactie.

Ad 3) Raadsconclusies health security

Het Franse voorzitterschap heeft *health security* tot één van de speerpunten gemaakt van haar voorzitterschap. De Raadsconclusies gaan over de ontwikkelingen rond de voorbereiding op dreigende infectieziekten. Globalisatie, grensoverschrijdende dreigingen en de IHR (International Health Regulations) komen aan de orde. Er wordt in de Raadsconclusies aangedrongen op sterkere coördinatie in voorbereiding en communicatie, afstemming met o.a. WHO, het versterken van onderzoeksinitiatieven, het samenwerken op moeilijke thema's en het houden van workshops. Bovendien roepen de Raadsconclusies de Europese Commissie op om in 2011 te komen tot een lange termijn oplossing voor een raamwerk voor health security.

Nederland is voorstander van een versterkt health security beleid. De in de Raadsconclusies genoemde punten kunnen op steun van Nederland rekenen. EU coördinatie op het gebied van uitbraken van infectieziekten is belangrijk. Informatieuitwisseling en het harmoniseren van maatregelen kan tot een betere bestrijding leiden. Daarnaast is er behoefte aan een intersectorale benadering van de problematiek en een sterkere samenwerking op het gebied van communicatie. Nederland vindt het belangrijk dat de Commissie in 2011 zal komen met een lange termijn oplossing voor een raamwerk voor health security, omdat er op dit moment een overvloed aan commissies en organen is die deels overlappend werk doen en deels verkeerd gepositioneerd zijn.

Ad 4) Raadsconclusies alzheimer en andere neurodegeneratieve aandoeningen

Het Franse voorzitterschap heeft Alzheimer, verbreed tot ook andere neurodegeneratieve aandoeningen, benoemd tot één van haar prioriteiten. Uitwisseling van «best practices» en «benchmarking» in EU-kader, waarvoor in de Raadsconclusies aandacht wordt gevraagd, kunnen waardevol zijn. Het gaat bij Alzheimer immers om een – in de komende decennia – sterk in omvang toenemende groep patiënten met een aanzienlijke zorgbehoefte. Nederland staat positief tegenover de Raadsconclusies en steunt ook de aandacht voor ontwikkeling van prestatie- en kwaliteits-indicatoren in EU-kader. De Raad voor het Concurrentievermogen heeft op 26 september jl. Raadsconclusies voor het specifieke onderdeel R&D m.b.t. alzheimer en andere neurodegeneratieve aandoeningen vastgesteld.

De Staatssecretaris van VWS heeft eerder dit jaar een beleidsbrief dementie aan de Tweede Kamer gezonden.

Richtlijn orgaandonatie

Op 8 december zal de Europese Commissie naar verwachting een voorstel publiceren voor een richtlijn en een actieplan over orgaandonatie. Dit onderwerp vormt geen hoofdonderwerp voor de Raadsagenda, maar zal mogelijk wel besproken worden bij het agendapunt «Any Other Business». Gezien het feit dat het onderwerp orgaandonatie grote aandacht verdient en in uw Kamer veelvuldig aan de orde is geweest de afgelopen tijd is ervoor gekozen een korte annotatie op te nemen. De exacte inhoud van het richtlijnvoorstel is nog niet bekend, maar op basis van eerdere mededelingen van de Commissie over dit onderwerp heeft Nederland onderstaand voorlopig standpunt geformuleerd.

Nederland ondersteunt het actieplan orgaandonatie van de Commissie dat moeten leiden tot hechtere samenwerking tussen lidstaten op de volgende terreinen: het uitwisselen van *best practices*, de coördinatie van trainingen voor professionals, het ondersteunen van fundamentele onderzoeksprogramma's naar nieuwe alternatieven voor orgaandonatie en samenwerking bij het matchen van organen ten behoeve van transplantatie bij hoog-urgente patiënten.

Nederland heeft twijfels over de toegevoegde waarde van een richtlijn op het gebied van kwaliteit en veiligheid van orgaandonatie. Veel van de zaken die daarin mogelijk worden voorgesteld zijn namelijk dankzij activiteiten van de Raad van Europa al gewaarborgd en het kabinet ziet geen meerwaarde in verdere coördinatie of harmonisatie door de Europese Unie.

Een richtlijn voor kwaliteit en veiligheid die ziet op de transplantatie van solide organen zou het risico in zich kunnen dragen, dat er extra onnodige regels en barrières worden opgeworpen voor professionals in de zorg die met orgaandonatie en -transplantatie te maken hebben. Ook kunnen communautaire kwaliteits- en veiligheidseisen nationale praktijken in de weg staan zoals non-heartbeating orgaandonatie en het gebruik van marginale organen.

Nederland staat positief tegenover de door de Commissie voorgestelde uitwisseling van best-practices en de coördinatie van trainingen van professionals. Nederland ziet ook een kans voor Europa als het gaat om het binnen Europa koppelen van orgaandonoren en patiënten met een zeer hoge urgentie (mensen met een zeldzame bloedgroep of weefseltype en jonge kinderen) en het ondersteunen van fundamentele onderzoeks-

programma's die op de lange termijn het tekort aan donororganen kunnen oplossen, bijvoorbeeld door onderzoek naar mogelijke alternatieven.

In de media is verder de indruk gewekt van de oprichting van een Europees donornetwerk. De Commissie heeft tijdens haar mondelinge presentatie van het richtlijnvoorstel aangegeven «national oversight authorities» in te willen stellen. Hoe deze nationale autoriteiten hun rol zullen gaan invullen en hoe ze eventueel zullen gaan samenwerken is nog onduidelijk en zal onderwerp van de aanstaande onderhandelingen over dit voorstel zijn.