

Vergaderjaar 2010–2011

**21 501-31**

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

**Nr. 228**

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA) voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Van Dekken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), Sharpe (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Halsema (GroenLinks).

<sup>2</sup> Samenstelling:

Leden: Verburg (CDA) voorzitter, Van Bommel (SP), Van der Staaij (SGP), Albayrak (PvdA), Verburg (CDA), Ormel (CDA), Ferrier (CDA), Nicolai (VVD), Eijnsink (PvdA), Van Dam (PvdA), De Roon (PVV), Jansen (SP), Ten Broeke (VVD), Ouwehand (PvdD), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Bontes (PVV), Groot (PvdA), Braakhuis (GroenLinks), Sharpe (PVV), Nieuwenhuizen (VVD), Schouw (D66), El Fassed (GroenLinks), Hachchi (D66) en Dijkhoff (VVD).

Plv. leden: Irrgang (SP), Dijkgraaf (SGP), Jacobi (PvdA), Haverkamp (CDA), Bruins Slot (CDA), Çörüz (CDA), Azmani (VVD), Samsom (PvdA), Timmermans (PvdA), Elissen (PVV), Hennis-Plasschaert (VVD), Van Raak (SP), Thieme (PvdD), Voordewind (ChristenUnie), Driessen (PVV), Dijkers (PvdA), Peters (GroenLinks), Kortenoeven (PVV), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Van Veldhoven (D66), Van Tongeren (GroenLinks), Pechtold (D66) en Huizing (VVD).

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 15 december 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> en de vaste commissie voor Europese Zaken<sup>2</sup> hebben op 1 december 2010 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 juni 2010 ter aanbieding van het verslag van de formele Gezondheidsraad van 8 juni 2010 te Luxemburg (21 501-31, nr. 216);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 augustus 2010 houdende het verslag van de informele bijeenkomst van ministers van gezondheid van 5 en 6 juli 2010 (21 501-31, nr. 220);**
- **de brief van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken d.d. 8 december 2009 houdende de fiche: mededeling inzake bestrijding hiv/aids (22 112, nr. 975);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 september 2010 inzake de Conceptriblijven patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg (21 501-31, nr. 222);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 november 2010 inzake de Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg (21 501-31, nr. 225);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 november 2010 houdende de geannoteerde agenda van de Gezondheidsraad van 7 december 2010 (21 501-31, nr. 227).**

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De voorzitter van de vaste commissie voor Europese Zaken,  
Verburg

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen

**Voorzitter: Kuiken**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn drie leden der Kamer, te weten: Mulder, Smilde en Kuiken, en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Goedemorgen. We zijn hier bijeen voor het VWS Europa-overleg. De fractie van de SP heeft zich afgemeld. Mevrouw Smilde van de CDA-fractie verwacht ik elk moment. Zelfs zal ik ook een inbreng doen, zodat we toch nog gelegenheid hebben om grondig en kritisch vragen te stellen. We hebben tot 13.00 uur de tijd. Gelet op het geringe aantal sprekers zal ik niet heel streng zijn in de bewaking van de spreektijd. Ik geef graag als eerste het woord aan de heer Mulder van de VVD-fractie.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Een grote opkomst! Er zijn vast heel belangrijke andere dingen te doen in de Kamer. Ik heb een aantal korte vragen over en opmerkingen bij de stukken. Om te beginnen kan mijn fractie zich vinden in de brief van de minister, waarin zij uitlegt hoe zij tegen Europa aankijkt en wat volgens haar op Europees niveau moet gebeuren en wat op nationaal niveau. Ze zegt eigenlijk – ik vertaal het maar naar mijn woorden – Europa, houd je bij je leest. Mijn fractie kan zich daar zeer goed in vinden als uitgangspunt voor de komende jaren.

Ik heb een aantal vragen, bijvoorbeeld over de etikettering van voedsel. Mijn fractie steunt de minister in haar streven om de administratieve lasten zo gering mogelijk te houden, maar heeft gelezen dat Nederland daar tamelijk alleen in staat. Probeer daar het beste van te maken, minister. Succes en sterkte ermee. We moeten haar toch een hart onder de riem steken, zeg ik tegen mijn collega's.

Dan de geneesmiddelen, eveneens een kwestie van belang. Er ligt een voorstel. Het lijkt de VVD-fractie een goede zaak om de beoordeling van geneesmiddelen, die nu door 27 landen onafhankelijk van elkaar wordt gedaan, te beperken tot één toets. Dan kan het wellicht ook iets sneller. Mijn fractie krijgt namelijk berichten uit de sector dat het in Nederland relatief lang duurt voordat een geneesmiddel is getest. Dat zou in 90 dagen moeten gebeuren, maar wij doen er in Nederland 150 dagen over. Wellicht kan het voorstel om te komen tot één test, in plaats van de huidige 27, de gewenste versnelling bewerkstelligen.

Tot slot vonden wij in de stukken onder het kopje «Diverse» het verslag van de formele raad die vorige keer in Luxemburg plaatsvond. Daarin wordt er gesproken over een «Framework Convention on Tobacco Control». Mijn fractie is benieuwd wat daar precies wordt besproken en welke kant dat opgaat.

Dat waren de vragen van de VVD-fractie. Ik ben ruim binnen de spreektijd gebleven en volgens mij zijn wij ruim voor 13.00 uur klaar.

**Voorzitter: Mulder**

De **voorzitter**: Dan geef ik graag het woord aan mijn collega Kuiken van de PvdA-fractie.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Voorzitter. Ik heb heel andere punten dan uzelf had. Dan wordt het toch nog een aardig gesprek.

Ik wil in eerste instantie een aantal vragen stellen over de evaluatie van de grieppandemie. De PvdA-fractie steunt het pandemisch actieplan van de Europese Unie, maar we plaatsen er ook wel een aantal vraagtekens bij. Onze eerste vraag is of het klopt dat de WHO in april 2009 de definitie van een grieppandemie gewijzigd heeft, door de voorwaarde te laten vallen

dat er pas over een pandemie gesproken wordt als er sprake is van «een aanzienlijk aantal» sterfgevallen. Op basis hiervan heeft de WHO de Mexicaanse griep tot pandemie uitgeroepen, wat natuurlijk de beslissing van de lidstaten heeft beïnvloed. Dat gold ook voor Nederland. Welk belang zat er achter deze wijziging? Had de minister met de wetenschap van nu – dat is een term die wij allen kennen – anders gereageerd op deze oproep?

Dan heb ik een vraag over de gezamenlijke aankoop van vaccins en het aanleggen van een strategische voorraad, zodat betere afspraken gemaakt kunnen worden over de levering, de prijs enzovoorts. Mijn fractie wil graag weten op welk moment de Kamer hierover wordt geïnformeerd, zodat zij daar nog invloed op kan uitoefenen. Hoe wil de minister omgaan met operationele vragen? Hoeveel vaccins krijgt elke lidstaat? Op welk tijdstip krijgen ze die en wat gebeurt er bij schaarste? Hoe wordt hierover bepaald op strategisch niveau en hoe werken vervolgens de uitrol en implementatie? De PvdA-fractie is het ook eens met de minister dat de EU op het gebied van de infectieziekten wat meer ambitie mag tonen. Mijn vraag is dan ook welke voorstellen de minister op dat punt wil inbrengen. Mijn tweede punt is het Europese houdbaarheidsrapport op het gebied van zorgsystemen. Er is een Europese aanbeveling om de eerstelijnszorg te verbeteren en onnodig gebruik van specialistische zorg en ziekenhuiszorg te verminderen. Chronische ziekte in de publieke gezondheidszorg moet actief en innovatief worden aangepakt en de commissie pleit voor meer preventie. Deze lijn sluit aan bij de lijn van de PvdA-fractie. Ik heb wel een aantal vragen op dit punt. Is de minister het met de PvdA-fractie eens dat er op nationaal niveau meer moet gebeuren op het gebied van preventie? Is dit rapport daar een goede aanleiding voor? Welke stappen gaat de minister zelf nemen met dit rapport in de hand? In het regeerakkoord en in de regeringsverklaring zie ik die ambitie namelijk nog niet terug. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister. Welke stappen onderneemt de minister om onnodig gebruik van specialistische zorg en ziekenhuiszorg te verminderen? Dat is eveneens een Europese aanbeveling.

De PvdA-fractie steunt de minister wel in haar vaststelling dat de hoge complexiteit en specificiteit van de zorgsystemen vraagt om een primair nationale uitwerking van het budgettaire vraagstuk. Overigens is de regering van mening dat daarbij de verhoging van de eigen betalingen door burgers en de aanpassing van het basispakket niet kunnen worden uitgesloten. Dat is inderdaad een politieke keuze van de regering, maar waarom wil de minister dit bericht doorgeven aan de raad? Wat schieten wij daarmee op?

De PvdA-fractie wil geen actieve rol van de EU op het terrein van de arbeidsmarkt in de zorg. Dat is inderdaad Nederlands beleid. Wat dat betreft, sluit ik mij aan bij de oproep van mijn VVD-collega dat wij dit soort zaken zelf regelen in Nederland.

Mijn derde punt is de aanpak van gezondheidsverschillen. De Europese inzet is om goede voorbeelden en gehanteerde indicatoren van een succesvolle aanpak uit te wisselen, om zo ongelijkheid op gezondheidsgebied nog beter te kunnen monitoren. Welke Europees-Nederlandse organisatie gaat dit doen? Wat zal de Nederlandse gezondheidszorg hiervan merken? Met andere woorden: wat gaat de minister met deze gegevens doen? De PvdA-fractie steunt de Belgische voorzitter in het afbouwen van gezondheidsverschillen tussen groepen op het gebied van kankerbestrijding. Het is duidelijk dat kanker vaker en op jongere leeftijd voorkomt bij lagere inkomensgroepen. De PvdA-fractie wil graag investeren in preventie. Hoe staat de minister hier tegenover?

Ten slotte – de kranten stonden er vandaag vol van – de explosieve stijging van hiv en aids. De Nederlandse delegatie heeft de discussie over mogelijke discriminatie bij homoseksuelen bij de donatie van bloed tijdens de vorige bijeenkomst slechts aangehoord. In artikelen die

vandaag in de krant stonden, viel te lezen dat homoseksualiteit in landen waar discriminatie nog steeds hoogtij viert, onveranderd in een verdomhoekje zit en daarmee aids ook, in die zin dat er weinig gedaan wordt aan preventie. Hoe staat het nu precies met discriminatie in Nederland in relatie tot aidsbestrijding en het ontstaan daarvan? Hoe zal een gemeenschappelijke aanpak daarvan in Europa eruit zien? Hoe verhoudt zich een en ander tot voorstellingen van bezuinigingen waar onder andere de aidsfondsen zich zorgen over maken? Tot zover mijn bijdrage in eerste termijn.

### **Voorzitter: Kuiken**

De **voorzitter**: Dan geef ik direct het woord aan mevrouw Smilde van de CDA-fractie.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De gezondheidszorg kan prima in de eigen lidstaat geregeld worden. Het zorgstelsel behoort volgens de CDA-fractie tot het domein van de lidstaat. De gedachtewisseling die is voorzien in de geannoteerde agenda inzake een gezamenlijk rapport over de staat van de openbare financiën in relatie tot de ontwikkeling van zorgsystemen, past prima bij het streven om van elkaar te leren op het gebied van governance, financieringssystemen die goed werken en prikkels tot doelmatigheid en kwaliteit. We zijn het eens met de minister dat de meerwaarde zit in het spiegelende karakter van de verschillende zorgsystemen. Kan de minister concrete aanbevelingen uit dat rapport noemen, waarmee wij ons voordeel kunnen doen? In andere lidstaten is meer en vaker sprake van een eigen bijdrage dan bij ons. Bij ons gaat dat ook meer gebeuren, met alle administratieve lasten van dien. Hoe lossen ze dat elders op? Wat zijn de uitgangspunten voor een basispakket elders? Wij zijn het met de minister eens: geen actieve beleidsmatige rol voor Europa op het terrein van de arbeidsmarkt in de zorg. Wel vragen wij aandacht voor de erkenning van diploma's en opleidingen. Immers, het vrije verkeer van personen kan met name bij gezondheidswerkers wellicht een oplossing zijn.

In de geneesmiddelensector gaat veel tijd en geld zitten in de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen die effectief en veilig zijn. Dat gebeurt heel veel in de VS, maar ook hier. Hoe kan de Europese farmaceutische industrie hierin gezamenlijk optrekken? Het vertrek van Organon met alle gevolgen van dien staat ons nog helder voor de geest. Het zou toch mogelijk moeten zijn om binnen de EU gezamenlijk op te trekken? Wij vragen aandacht voor het proces rondom de marktautorisatie van nieuwe geneesmiddelen. Hoe gaat dat precies? Wat is de rol van EMEA ten opzichte van onze eigen registratie? Werkt dit wel gestroomlijnd of werken die twee elkaar tegen? Het is van belang om tempo te maken met de registratieprocedure, juist vanuit het perspectief van de patiënt. Immers, alleen een geregistreerd middel kan worden vergoed.

De Europese Commissie gaat de Raad informeren over het Europese partnerschap voor innovatie in het kader van actief ouder worden. In dit kader zou de minister kunnen wijzen op initiatieven in ons eigen land zoals healthy ageing van het UMC in Groningen. Daar wordt geprobeerd, ouder wordende mensen zo lang mogelijk gezond te houden, zodat de periode waarin ze veel zorgkosten verstoken – als ik het oneerbiedig mag zeggen – zo kort mogelijk zal zijn. Het zou een mogelijkheid zijn om daarop te wijzen en wij zijn natuurlijk ook benieuwd wat er elders in Europa gebeurt.

Dan de richtlijn grensoverschrijdende patiëntenrechten. De CDA-fractie is voor codificatie van bestaande jurisprudentie van het Hof van Justitie. We kennen allemaal de beroemde arresten Müller-Fauré, Smits/Peerbooms etc. Het is goed om die nu vast te leggen. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet hebben wij al zorgvuldig gekeken of het Europa-

proof was. Ik noem de acceptatieplicht en de risicovereffening. Wij kunnen ons voorstellen dat het bij codificatie blijft. Voorafgaande toestemming, uitbreiding van rechten op vergoeding en voorkomen van directe betalingen schijnen de hobbels te zijn. Kan de minister concreet aangeven of de voorstellen van het Europees Parlement ingrijpen op ons zorgstelsel? Wij kunnen ons voorstellen dat het belangrijk is om directe betalingen te voorkomen binnen het vrije verkeer van personen. Van de andere twee onderwerpen – voorafgaande toestemming en uitbreiding van rechten op vergoeding – willen wij graag weten of ze proportioneel zijn, zowel voor de patiënt als voor de zorgaanbieder. Kortom, wat is de stand van zaken en hoe spoort de richtlijn op dit moment met wat ons in Nederland voor ogen staat met onze Zorgverzekeringswet?

Harmonisatie van voedselinformatie kunnen wij ons dan wel weer voorstellen, juist vanwege de interne markt en het vrije verkeer. Als ik dan echter lees over de uitgebreide informatieverplichting voor dagverse producten, houd ik mijn hart vast. Zo komt er ook een verplichte herkomstetikettering van vlees. Dat is prima allemaal, maar hoe gaan we administratieve rompslomp voorkomen?

Ten slotte de afwikkeling van het influenzavirus H1N1 en de gezamenlijke aanpak van vaccinatie. Het is goed om een en ander in Europees verband te doen, vooral qua logistiek. Het moet echter wel mogelijk blijven om een eigen afweging te maken. Als we het gemeenschappelijk doen, moet dat alles of niets betekenen. Het kan niet zo zijn dat we opeens solidair moeten zijn als de ene lidstaat een heleboel vaccins heeft en er is een uitbraak. De zaak moet van meet af aan zo worden aangepakt dat ook echt iedereen meedoet. Hoe kan dit worden geregeld?

De **voorzitter**: Kort en krachtig. We zitten ruim in de tijd. Ik schors de vergadering tot uiterlijk 11.30 uur en dan heeft de minister het woord voor haar beantwoording.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik ga geen inleiding houden, want ik heb al in mijn brief opgeschreven wat mijn houding en inzet zal zijn in Europa. Ik ga dus meteen over tot de beantwoording van de vragen. Als daar iets aan ontbreekt, hoor ik het graag.

Ten aanzien van de etikettering van voedsel merkte de heer Mulder van de VVD-fractie op dat de administratieve lasten zo laag mogelijk moeten blijven. Dat is precies de inzet die Nederland in het traject heeft gehad. We hebben voortdurend gehamerd op de vermindering van de administratieve lasten. Zoals hier al is vastgesteld, vonden wij niet veel gehoor bij de andere lidstaten. Wij zullen ook in tweede lezing de reductie van administratieve lasten rondom deze verordening blijven benadrukken. Mevrouw Smilde vroeg daar om. Het is altijd een afweging tussen enerzijds de noodzaak van het goed informeren van de consument, wat ook heel belangrijk is, en anderzijds de administratieve lasten die daarmee gemoeid zijn. Wij zullen de lijn die we al ingezet hebben, doorzetten.

De heer Mulder had het over de beoordeling in één Europese toets inzake de beoordeling van geneesmiddelen, zodat het sneller gaat. Mevrouw Smilde refereerde daar ook aan. Dat is ook wat wij willen. Onze inzet is één Europese toets voor de beoordeling van geneesmiddelen. Dan gaat het niet om de vraag of een middel onderdeel van het pakket wordt of wat de vergoeding is. Daar gaan de nationale lidstaten over. Ik kom daar bij de beantwoording van een andere vraag nog uitgebreider op terug, want we hebben natuurlijk al EMEA, die toetst of een geneesmiddel op de markt mag en of het veilig is. Wij willen dat nog verder bundelen.

Op de Framework Convention on Tobacco Control wordt een heleboel besproken. Mijn koers op het algemeen tabaksbeleid is wel iets anders dan de koers van het vorige kabinet. Ik vind in ieder geval de beslissing over waar en of er gerookt mag worden een aangelegenheid van de lidstaten, evenals het hele beleid rondom hoe je roken wilt tegengaan en

hoe je wilt voorkomen dat kinderen gaan roken. Dat vindt niet iedereen in Europa en ook de Europese Commissaris is daar nog niet van overtuigd, maar dat is wel mijn inzet. Binnen de WHO wordt er ook besproken wat er aan toevoegingen in een sigaret zit. Dat is van belang, omdat die sigaretten uiteindelijk de hele wereld over gaan. Dat zijn de onderwerpen die onderzocht en besproken worden. Voordat we iets verbieden, vindt Nederland het van belang dat er een wetenschappelijke onderbouwing is van wat we verbieden en waarom we dat doen. Daar zijn we het voorlopig nog niet over eens.

Gevraagd is naar de gezamenlijke aankoop van pandemische vaccins. Ik heb hier een goed overzicht van de voor- en nadelen die het heeft om dit op Europees niveau te doen. Ik hecht eraan, dit aan de Kamer te vertellen, want dan kan ik de reactie van de Kamer meenemen in de afwegingen. We zijn er nog lang niet. Als je de vaccins gezamenlijk zou inkopen, zou je mogelijk een lagere prijs kunnen bedingen, doordat je een heel groot contract met de farmaceutische industrie sluit. Wellicht kun je betere afspraken maken over bijvoorbeeld de aflevering en voorwaarden voor bijvoorbeeld terugname. Je bent als EU-lidstaat niet langer elkaars concurrent. Er is solidariteit tussen lidstaten. Nu was het zo dat sommige landen niet aan vaccins konden komen, terwijl landen als Nederland daar wel aan konden komen. Als je het gemeenschappelijk doet, zijn er in principe geen lidstaten zonder vaccin voor hun risicogroepen. Het zou uit het oogpunt van communicatie naar de burger goed werken als in Europa overal dezelfde groepen worden gevaccineerd, misschien zelfs op hetzelfde moment.

Er zijn echter ook nadelen. Onduidelijk is hoe we omgaan met de verdeling van vaccins tussen de lidstaten. Wie krijgt ze op welk moment? Die vraag rijst zeker als ze niet tegelijkertijd worden geleverd of ingeval er te weinig worden geleverd. Dat is een heel belangrijk element als er sprake is van een pandemie en er inmiddels dodelijke slachtoffers vallen. Dan wordt alles een tikje serieuzer dan wanneer je in hypothesen praat. Je loopt het risico dat er geen overeenstemming komt tussen de lidstaten over de minimaal te vaccineren risicogroepen. Is er ingeval van een ernstige epidemie een harde garantie dat de vaccins daadwerkelijk in Nederland aankomen en dat ze niet achterblijven in het land waar de vaccins door de fabrikant worden geleverd of geproduceerd? Daar heeft men ze immers ook nodig. Wellicht wordt er door het omvangrijkere contract later geleverd. Als land dat het op dit moment goed regelt, is er een reële kans om af te glijden naar een gemiddeld niveau. Er is op dit moment een aantal farmaceuten die voor armere landen lagere tarieven hanteren. Indien deze landen zich aansluiten bij een EU-contract, worden de kosten voor hen natuurlijk hoger. Dan zou het niet meer dan logisch zijn dat de rijkere landen dit weer compenseren en dat betekent een hogere prijs voor Nederland.

Kortom, veel dilemma's en overeenstemming is ver te zoeken. Ik moet u zeggen dat ik mijn verantwoordelijkheid zo interpreteer dat voor mij de volksgezondheid in Nederland bovenaan staat. Die moet ik waar kunnen maken. Dat is mijn uitgangspunt. Als tweede heb ik alle voordelen en de internationale solidariteit op mijn lijstje. Het gesprek hierover is voorlopig niet afgerond in Europa. Mijn inzet is dat ik voldoende garanties wil hebben dat wij het in Nederland goed voor onze mensen kunnen regelen. Zonder die garanties ga ik niet akkoord met een Europees beleid. Mevrouw Kuiken stelde een vraag over de definitie van de pandemie die door de WHO vlak voor de pandemie gewijzigd zou zijn. Dat zijn geruchten. Ze zijn heel sterk en heel divers. Enerzijds wordt ontkend dat dit gebeurd is en anderzijds wordt juist weer bevestigd dat het gebeurd is. Wij weten het niet, maar we zijn het aan het uitzoeken. Het lijkt erop dat er in de toelichting bij de definitie wijzigingen zijn gemaakt. Wij onderzoeken momenteel zelf, ook in het kader van de nationale evaluatie, hoe dit

precies zit en wat de gevolgen daarvan zijn geweest. Zodra wij dat weten, gaan we die kennis graag met de Kamer delen.

Dan kom ik op het gezondheidsbeschermingsinitiatief 2011. Ik ben van mening dat Europa juist op het gebied van grensoverschrijdende zaken zoals infectieziekten een toegevoegde waarde heeft en dat we daarop moeten inzetten. Op andere terreinen heeft Europa dat niet. Wij zetten erop in dat er meer samenhang komt in de risicobeoordeling en het management voor alle grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. Het gezondheidsperspectief moet leidend zijn. Dit sluit aan bij de «all-hazards»-benadering van de internationale gezondheidsregeling van de WHO. Hier moeten beslissingen binnen de Europese Commissie aangepast worden. Dat betreft de vroegtijdige waarschuwing en maatregelen ter voorkoming en beheersing van overdraagbare ziekten. Kortom – ik heb hier een enorme lap tekst voor me liggen, maar ik ga dat niet allemaal voorlezen – wij zetten ons in allerlei lagen in. We hebben nu een groot instituut op Europees niveau, dat een jaar of vier, vijf geleden is opgericht voor de bestrijding van infectieziekten. Het is van belang dat wij inzetten op alles wat Europa kan doen om ervoor te zorgen dat we grensoverschrijdende infectieziekten gezamenlijk te lijf gaan.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Het lijkt mij interessant als de minister haar bevindingen met de Kamer wil delen nadat zij straks overleg heeft gehad. Ik doel op de bevindingen rondom het huidige ambitieniveau en haar eigen inzet. Ik kan mij voorstellen dat zij zich daar ook een beetje op moet oriënteren met haar bevindingen op dit punt.

Minister **Schippers**: Dat zeg ik graag toe. Enerzijds zijn er dilemma's. Als er daadwerkelijk slachtoffers gaan vallen in lidstaten, komt iedere regering op voor de eigen bevolking. Anderzijds is het evident dat samenwerking een enorme meerwaarde heeft op het gebied van voorhanden kennis, bij het bepalen van het tijdstip waarop je de grenzen sluit en je crisismaatregelen in gang zet, bij het beantwoorden van de vraag of je dat alleen doet of dat België en Duitsland meedoen. Ik kom daar zeker op terug. Mevrouw Kuiken heeft gevraagd hoe het zit met het versterken van de eerste lijn en met beleid ten aanzien van chronisch zieken en meer preventie. Daarin wordt eigenlijk in Europa de kennisuitwisseling en spiegelinformatie gedeeld. Het versterken van de eerste lijn is een topprioriteit van het kabinet. Het regeerakkoord spreekt van het zo veel mogelijk terugbrengen van de zorg naar de buurten en wijken. Dat gebeurt in de eerste lijn. Wij willen zo veel mogelijk zorg uit het ziekenhuis naar de eerste lijn krijgen. Er zal een heel pakket aan maatregelen naar de Kamer komen om dat daadwerkelijk te bewerkstelligen. Ten aanzien van preventie heb ik de Kamer in mijn eerste debat hier toegezegd dat er een gezondheidsnota komt in het voorjaar. Daarin zal ik het preventiebeleid uiteenzetten. Heel belangrijk daarin is de vraag wat we nu eigenlijk collectief regelen en wat niet. Wat regelt het Rijk, wat regelt de gemeente? Heel erg duidelijk is dat ik af wil van betutteling en het wijzende vingertje en dat preventiebeleid voor mij echt een positief beleid moet zijn. Het moet mensen verleiden tot gezond gedrag in plaats van geboden en verboden over de natie uit te strooien. Natuurlijk betrekken wij daar internationale kennis en kennis vanuit de Europese Unie bij. In de gezondheidsnota komt ook de kennis over de verkleining van de gezondheidsverschillen aan de orde.

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de hiv/aids-epidemie in Nederland? Nederland heeft een geconcentreerde hiv-epidemie. Dat betekent dat vooral bepaalde groepen zijn getroffen, zoals mannen die seks hebben met mannen en mensen afkomstig uit landen waar hiv/aids vaker voorkomt. Hiv-transmissie in Nederland vindt voornamelijk plaats onder mannen die seks hebben met mannen. Het aantal hiv-geïnfecteerden in Nederland is geschat op ruim 20 000 mensen. Het percentage



hiv-geïnfecteerden onder volwassenen is geschat op 0,2%. Naar schatting is 40% van de hiv-infecties in Nederland niet gediagnosticeerd. Behandeling van hiv/aids is bij 25 gespecialiseerde hiv-behandelcentra ondergebracht. Bestaat er in Nederland stigmatisering en discriminatie op basis van een hiv-status? Dit is nog steeds een probleem in Nederland. VWS verstrekt subsidies aan organisaties die met deze problematiek werken. Wat de financiering van het tegengaan van hiv/aids betreft: de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, de heer Knapen, is primair verantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van OS en de UNAIDS-bijdrage van Nederland.

Wat Europa betreft, zetten wij het beleid zoals uiteengezet in de EU-mededeling over hiv/aids voort. We korten dus niet op de bijdrage van Nederland aan de hiv/aids-bestrijding in Oost-Europa en dergelijke. We hebben ook geen kortingen in petto voor de bestrijding van hiv/aids op nationaal niveau.

Mevrouw Smilde gaf aan dat zij de waarde van het rapport Gezondheidsstelsels in Europa groot vindt. Dat vind ik ook. Het is ongelofelijk belangrijk. Ik zie ook aardige overeenkomsten en verschillen. Ten aanzien van het budgettaire beslag zie je onverwacht grote stelselovereenkomsten binnen Europa. Het is een heel belangrijk rapport. We nemen de adviezen serieus. Voor een belangrijk deel verwerken wij die adviezen in beleid of zitten ze zelfs al in beleid.

De Kamer zegt dat het geneesmiddelenbeleid in de EU beter moet en dat we dat dus moeten bundelen. Dat ben ik met de Kamer eens. Wij moeten erop inzetten dat het beter gaat, dat het sneller gaat, dat het effectiever gaat. We hebben EMEA voor de toelating van de geneesmiddelen op de markt. Uiteindelijk ben ik van mening dat wij zelf over het pakket gaan en over wat wij vergoeden aan geneesmiddelen.

Ik ben niet bekend met het healthy ageing in Groningen, maar mijn ambtenaren zijn er wel mee bekend. Zij zeggen dat het inderdaad een heel goed voorbeeld is en dat we dat inderdaad kunnen inbrengen.

Bij de richtlijn patiëntenrechten en grensoverschrijdende zorg rijst de vraag hoe ons stelsel nu eigenlijk in die richtlijn past. De inzet van Nederland was en is nog steeds codificatie van de uitspraken van het Hof. Onze Zorgverzekeringswet past behoorlijk goed in die richtlijn en dat is ook onze inzet. We willen dat wat wij al hebben in de richtlijn zit en vice versa. Eigenlijk is onze inzet dat wij niets hoeven te veranderen in Nederland als wij die richtlijn aannemen. Dat is ook niet zo moeilijk, want onze Zorgverzekeringswet is nog niet zo oud. We hadden vooruitlopend daarop al een aantal dingen meegenomen. Dit loopt echter allemaal nog en er worden harde gevechten gevochten in Europa over deze richtlijn. Uiteindelijk zullen we moeten kijken of we hier nog mee wegkomen of niet. Dat is wel onze inzet en wij schatten zo in dat dit ook de uitkomst zal zijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): We hebben natuurlijk in 2005, 2006 erg ons best gedaan om de Zorgverzekeringswet Europa-proof te maken. Het gaat mij om een aantal concrete maatregelen in die richtlijn, zoals voorafgaande toestemming en het voorkomen van directe betaling. Bij sommige dingen kan ik mij ook wel voorstellen dat ze voor ons praktisch goed zouden kunnen uitpakken. Bij andere dingen weer niet. We moeten echt voorkomen dat we majeure wijzigingen moeten aanbrengen in ons stelsel. Als we de patiënten behulpzaam kunnen zijn met concrete praktische dingen, dan ben ik daar wel voorstander van. Het is een kwestie van behoedzaam laveren. Dat geef ik de minister graag in overweging.

Minister **Schippers**: Dat is eigenlijk precies wat wij aan het doen zijn. Dat komt aardig overeen. Als de Kamer dat wil, kan ik haar een brief toesturen over het resultaat van die onderhandelingen. Dat lijkt mij wel handig. Wij

zitten er heel praktisch in. Dat is wat mevrouw Smilde ook aangaf. Onze patiënten kunnen natuurlijk al zorg halen over de grens. Bij een heleboel andere landen is dat nog niet het geval, dus die zitten daar net wat anders in. Ik wil de Kamer die brief graag toesturen zodra wij de uitkomsten hebben.

Voorzitter. Dan ben ik er doorheen.

De **voorzitter**: Ik kijk even of de Kamer nog behoefte heeft aan een tweede termijn. Mevrouw Smilde heeft nog een vraag.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik ben het eens met het verhaal over EMEA, maar ik zit met het punt dat het vaak heel lang duurt voordat medicijnen worden geregistreerd. Ik krijg regelmatig bericht van gefrustreerde mensen die zeggen dat ze een bepaald geneesmiddel niet vergoed krijgen, omdat het nog niet geregistreerd is, terwijl de specialist zegt dat het toch een heel goed middel is. Wat kunnen wij eraan doen om die registratie te bespoedigen? Zit dat hem inderdaad in de toetsing door EMEA of zit het ergens anders?

Minister **Schippers**: De registratie voor de markt zit bij EMEA. EMEA bepaalt of het op de markt komt, want we hebben één Europese markt. Vervolgens krijg je in Nederland de hele procedure voor de vergoeding en voor opname in het pakket. Volgens mij zit in die procedure ook het besluit voor welke ziekte het geneesmiddel in kwestie wordt voorgeschreven. Dat bepalen wij volgens mij ook op nationaal niveau. Dat is de hele CVZ-route. Ik weet uit mijn betrokkenheid dat die veel klachten oplevert. We zullen er vanuit onze rol op aandringen dat een geneesmiddel zo snel mogelijk beschikbaar komt voor iedereen, want we zien vaak dat het in andere landen toch wat sneller kan dan in Nederland. Dat is zeker iets wat ik kan toezeggen.

De **voorzitter**: Dan concludeer ik dat wij klaar zijn. Dat is volgens mij een nieuw record. Ik heb in ieder geval twee toezeggingen gehoord. De Kamer krijgt een brief over de grensoverschrijdende patiëntenrechten. En mocht dat nodig zijn, dan zullen we de volgende keer nog eens nader doorpraten over infectieziekten.

Ik dank alle aanwezigen voor hun aanwezigheid en wens u allen nog een fijne middag.