

Vergaderjaar 2010–2011

21 501-31

Raad voor de Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken

Nr. 248

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 5 juli 2011

¹ 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), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsens (D66), Klijsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (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 Van Tongeren (GroenLinks).

² Samenstelling:

Leden: Van Bommel (SP), ondervoorzitter, Van der Staaij (SGP), Albayrak (PvdA), Verburg (CDA), voorzitter, Ormel (CDA), Ferrier (CDA), Nicolaï (VVD), Eijsink (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), 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), Omtzigt (CDA), Azmani (VVD), Samsom (PvdA), Timmermans (PvdA), Elissen (PVV), Hennis-Plasschaert (VVD), Thieme (PvdD), Voordewind (ChristenUnie), Driessen (PVV), Dijkers (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Van Veldhoven (D66), Van Tongeren (GroenLinks), Pechtold (D66), Huizing (VVD) en Kortenoeven (PVV).

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ en de vaste commissie voor Europese Zaken² hebben op 31 mei 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 mei 2011 met de aanbieding van het verslag van de Informele Gezondheidsraad van 4 en 5 april 2011 te Gödöllő (Budapest, Hongarije) (21 501-31, nr. 242);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 mei 2011 met de geannoteerde agenda formele Gezondheidsraad 6 juni 2011 (21 501-31, nr. 244);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 december 2010 inzake Fiche Mededeling gehandicaptenstrategie (22 112, nr. 1117).**

Van het 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: Van der Veen
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn vier leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Dijkstra, Van der Veen en Venrooy-van Ark,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet alle aanwezigen welkom. Aan de orde is de formele Gezondheidsraad.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Allereerst spreekt mijn fractie haar steun uit voor de inspanningen van de minister voor de zwarte lijst, om het zo maar te noemen, van beroepsbeoefenaren in de zorg die hun beroep niet goed hebben uitgeoefend. De komende tijd zullen we de minister en haar acties hieromtrent op de voet volgen. Wanneer zijn de resultaten van de concrete uitwerkingen van de maatregelen van Europa te verwachten? Het kan natuurlijk even duren voordat er daadwerkelijk in Europa tot actie wordt overgegaan. Is de minister van plan om in de aanloop naar de Europese maatregelen bilaterale afspraken te maken met die landen waarmee Nederland al regelmatig een uitwisseling van beroepsbeoefenaren in de zorg heeft?

In de raadsconclusies van het European Mental Health Pact staat dat Nederland een terughoudende positie bij het onderwerp inneemt. Waarom is dat? Er wordt ook geschreven dat de raad verwijst naar het uitwisselen van evidence based werkwijzen. Verwacht de minister dat de dwang en drang waarover we in de Kamer veel gesproken hebben, onderdeel gaan uitmaken van die evidence based werkwijzen?

Er is een uitgebreide fiche gekomen over de gehandicaptenstrategie. We kunnen in grote lijnen de fiche zeker steunen. We vragen wel de aandacht van de minister voor de implementatie van de strategie op nationaal niveau. We moeten uiteindelijk tot concrete actie overgaan. We moeten oppassen dat er straks niet te veel Europese regelgeving is met technische normen die enorme administratieve lasten met zich meebrengt waardoor ook de kosten kunnen stijgen. We zien dat het kabinet hard werkt aan een verschillende zaken die in de fiche genoemd worden, zoals participatie aan het werk en toegankelijkheid van goederen en diensten. Graag hoor ik een reactie van de minister op eventuele administratieve lasten en kosten die uit de Europese regelgeving voortvloeien.

Mevrouw **Venrooy-van Ark** (VVD): Voorzitter. Ook mijn fractie bedankt de minister voor het toezenden van de stukken en de informatie. Ik vind de naam van de plaats waar de minister is geweest nogal apart: Gödöllő. Het klinkt een beetje Zweeds maar het ligt in Hongarije. Ik heb begrepen dat er vooral gesproken is over het uitwisselen van ideeën en best practices. Gezien het subsidiariteitsbeginsel en het feit dat de zorg een nationaal terrein is, is dat goed. We juichen dat ook toe. We vragen ons wel af of er op deze manier niet via de achterdeur de dreiging ontstaat dat er toch nog extra Europese regelgeving op ons afkomt. Graag hoor ik reactie van de minister hierop.

Met betrekking tot de situatie van mensen die werkzaam zijn in de zorg, kreeg ik een beetje het gevoel dat in de raad een sfeer heerste van «gedeelde smart is halve smart». De zorg is tenslotte een probleem dat in meerdere Europese landen speelt. Tegelijkertijd zijn er ook positieve constateringingen geweest, namelijk dat zorg investeren in mensen en maatschappijen is en dat er belangrijke economische effecten uitgaan van de grote sector die de zorg in al deze landen aan het worden is of al is. Kan de minister zeggen of er voor Nederland ook kansen liggen voor de

organisatie van onze zorg als je het vergelijkt met andere Europese landen?

Met betrekking tot de fiche over mensen met een beperking vragen we ons af hoe de relatie met de ratificatie van het VN-verdrag door het kabinet gelegd wordt. Het is een heel breed terrein dat zich verder uitstrekt dan de VWS-portefeuille. We horen graag van de minister of en, zo ja, op welke manier ze verworven kennis op Europees niveau verspreidt naar de andere vakministers in het kabinet.

We vragen ons af of antibioticaresistentie niet bij uitstek een onderwerp is om EU-breed aan te pakken. Graag krijgen we hierop een antwoord van de minister.

Wat betreft de zwarte lijst sluiten we korthedshalve aan bij de opmerkingen van de CDA-fractie.

Ik ben nog wat vergeten bij de fiche over de mensen met een beperking, de gehandicaptenstrategie. We steunen van harte de uitspraak van de minister dat de kosten binnen de financiële kaders van de huidige Europese begroting moeten blijven; die is immers al fors genoeg. Dit is bij uitstek een onderwerp dat binnen die kaders kader opgelost moet worden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik heb met belangstelling kennisgenomen van het verslag van de Informele Raad van EU-ministers van Gezondheid op 4 en 5 april. Ik heb het met name over de intentie van de gezamenlijke ministers om meer te investeren in de gezondheidszorgsystemen van de EU. Toch is mij niet helemaal duidelijk met welk concreet voorstel de Europese Commissie straks komt. Daarom heb ik enkele vragen aan de minister hierover. Hoe moet ik mij het EU-brede gemeenschappelijke denkproces voorstellen als de lidstaten op voorhand uitspreken dat de principes van subsidiariteit en proportionaliteit gerespecteerd dienen te worden? Men stelt juist vast dat goede voorbeelden op EU-niveau op het gebied van innovatie in de zorg en medische technologie kunnen bijdragen aan oplossingen op nationaal niveau. Waarom stellen de collega's van minister Schippers dan op voorhand voorwaarden vast die zo'n gemeenschappelijk denkproces belemmeren?

Hoe ver reikt het voorstel van de Europese Commissie straks? Gaat het alleen over mogelijke samenwerkingsvormen binnen de EU of doet de Europese Commissie ook concrete voorstellen?

De minister geeft aan dat het wenselijk is om gegevens over de arbeidsmarkt verder in kaart te brengen. Verder wil ze een gelijk speelveld in de EU voor elkaar krijgen zodat hulpverleners makkelijker tussen de verschillende lidstaten kunnen switchen. Toch blijkt uit de reactie van de minister dat het niet zo gemakkelijk is. Nog niet iedere lidstaat heeft bijvoorbeeld de code van de World Health Organization (WHO-code) geïmplementeerd. Ik hoor graag van de minister wat de concrete doelstellingen zijn met betrekking tot een open Europese arbeidsmarkt. Kan de minister een paar voorbeelden noemen waaruit blijkt dat de uitwisseling van zorgpersoneel succesvol is geweest?

Ik ben heel blij dat de andere Europese lidstaten het idee van een zwarte lijst van de minister steunen om het probleem van zwervende disfunctionerende artsen en verpleegkundigen in Europees verband aan te pakken. De minister schetst dat er verschillende aanpakken mogelijk zijn. Wat is haar favoriete aanpak: een herziening van relevante EU-richtlijnen of bilaterale afspraken met de buurlanden in de EU?

Er zijn nog grote verschillen in beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg tussen de lidstaten van de EU. Dit geldt onder meer voor de rechtspositie van patiënten en voor de aandacht voor stigmatisering. Met betrekking tot onderwerpen als suicidepreventie valt er veel te leren van succesvolle methoden. Ik lees echter dat Nederland hierbij een terughoudende positie in zal nemen. Misschien begrijp ik de minister verkeerd. Nederland heeft toch een vooraanstaande positie in Europa ten aanzien van de ggz? Kunnen wij

juist niet een voorbeeld zijn voor andere lidstaten? Hoe moet ik die terughoudendheid van de minister interpreteren?
Vandaag is bij de mondelinge vragen de EHEC-bacterie aan de orde geweest. Ik ga het hier niet dunnetjes overdoen, maar ik heb nog wel een vraag. Zijn er afspraken binnen de EU over het vroegtijdig opsporen dan wel aanpakken van besmettingshaarden? Zo ja, in hoeverre wordt het nakomen van dergelijke afspraken belemmerd door het nationale of sectorale belang in de lidstaten? Is de minister het met me eens dat de EU doorzettingsmacht moet hebben om maatregelen te treffen in het belang van de Europese bevolking? Kan de minister ook aangeven wie die rol dan op zich moet nemen: Commissaris Dalli of de European Food Safety Authority (EFSA)?

Voorzitter: Bruins Slot

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Allereerst complimenteer ik de minister voor de wijze waarop ze in Europa de zogenaamde zwarte lijst onder de aandacht heeft gebracht. Uit het verslag blijkt dat de minister dat met overtuiging heeft gedaan. Acht lidstaten steunen dit voorstel. We zijn wel nieuwsgierig naar de argumenten van lidstaten die dit niet doen. Bij het vorige overleg hebben we een aantal punten genoemd die we graag aan de orde hadden gezien bij het overleg. Die kan ik in het verslag niet terugvinden. Waarom zijn die punten niet aan de orde geweest? Het betreft het EU-gezondheidsprogramma, grensoverschrijdende aspecten als preventiebestrijding, en monitoring van infectieziekten. We hebben toen met name aandacht gevraagd voor de hoeveelheid zout in het voedsel en de wijze waarop dat eventueel teruggedrongen kan worden. Wat heeft de minister daarmee in Europees verband gedaan?
We hebben samen met de fractie van GroenLinks en de CDA-fractie een vraag gesteld over de situatie van Nederlanders die in Duitsland wonen maar in Nederland werkzaam zijn en daardoor niet in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget of Pflegegeld. Die vallen tussen wal en schip. Ik dacht dat de minister ook hieraan in Europees verband aandacht zou besteden.

Hetzelfde geldt voor de weesgeneesmiddelen. We willen een Europese samenwerking op het gebied van weesgeneesmiddelen. Hoever is Nederland? De Stuurgroep Weesgeneesmiddelen (WGM) werkt al bijna een jaar aan een visie op de expertcentra. Maakt de minister haast met dat project? We willen zo snel mogelijk weten hoe het met die weesgeneesmiddelen staat.

Hoe staat het in Europees verband met de afspraak dat er voor 2013 een nationaal programma Zeldzame ziekten zou starten? Kan de minister opheldering geven over de tussenstand?

Over de gehandicaptenstrategie hebben de collega's al een en ander ingebracht. Waarom hebben pas zestien lidstaten het verdrag ondertekend? Hoever zijn wij ermee? Het kabinet wil dat aanpassingen om producten en diensten voor gehandicapten toegankelijk te maken geen onevenredige kosten meebrengen. Welke maatregelen nemen we hiervoor in Nederland?

In de Gezondheidsraad in Luxemburg op 6 juni 2011 komen een aantal punten aan de orde waaronder het European Mental Health Pact. In 2005 vroeg de Europese Raad om meer aandacht voor de geestelijke gezondheid van patiënten, familie en samenleving. De EU werkt hierbij samen met de WHO en wil de uitwisseling van evidence based werkwijzen stimuleren. We steunen dit, zeker als het gaat om suïcidepreventie, want in Nederland lopen we achter op dat dossier.

Er zijn grote verschillen tussen de kindervaccinatieprogramma's in de EU. De raad wijst op de eigen verantwoordelijkheid van lidstaten maar wil een geharmoniseerde minimuminhoud van de vaccinatieprogramma's. We willen graag werken aan gelijke methodologie zodat kwaliteit en dataver-

zameling mogelijk wordt, en procedures om vaccinaties van emigrerende individuen voort te zetten. Dat vermindert naar ons idee ook de volksgezondheidsrisico's.

We willen dat Nederland voldoende zeggenschap blijft houden over ons eigen zorgsysteem. De Lissabonstrategie moet niet worden uitgebreid met een nieuw expliciet doel als gezondheidszorg. Dit vergroot de kans dat er een Europese hervormingsagenda voor de nationale zorgsystemen komt. Daar voelen we niets voor. Natuurlijk mag er op Europees niveau wel een uitwisseling van de efficiëntste en effectiefste investeringen in de zorg komen.

De Europese Commissie wil de medischehulpmiddelenrichtlijnen herzien zodat de sterke punten van dit systeem verder worden ontwikkeld en de zwakke punten worden aangescherpt. Wel wordt benadrukt dat het huidige EU-markttoelatingssysteem al flexibel en innovatievriendelijk is. Wat zijn de verbeteringen van de herziening dan? Is er een verplichte effectiviteits- en doelmatigheidsevaluatie van de innovatie op Europees niveau? Hoe groeit de regelgeving van de medischehulpmiddelensector en de geneesmiddelensector naar elkaar toe?

Tot slot sluiten we ons aan bij de vraag van mevrouw Dijkstra over de EHEC-bacterie.

Voorzitter: Van der Veen

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik dank de leden voor hun vragen en hun inbreng. Ik dank ze ook voor de steun voor de zwarte lijst, hoewel ik die al had voordat ik naar de Europese informele Gezondheidsraad ging. In de vergadering kregen we onverwachts behoorlijke steun, maar op Europees niveau is zo'n zwarte lijst nog niet zo snel geregeld. Een van de woordvoerders vroeg wat ik liever had: een goede Europese regeling of een bilaterale regeling. Ik wil het bij voorkeur in één klap goed op Europees niveau regelen, maar ik heb het vermoeden dat het best lang kan duren. Daarom wil ik bilateraal alvast beginnen.

We hebben in de raad contact gelegd met de landen die positief met ons meedenken. Dat zijn met name de Scandinavische landen. Die hebben zelf al een uitwisselingssysteem en begrijpen ons punt heel goed. We hebben contact gelegd om te kijken of we bij hen kunnen aansluiten of wat we er eventueel al mee kunnen doen. We gaan pragmatisch aan de gang en gaan al werkend van start.

We zetten tegelijkertijd in op Europese regelingen. Formeel weten we niet waarom landen het niet willen. Ik heb informeel met een aantal collega's gesproken en dan blijkt dat in hun landen de artsen dit soort dingen zelf regelen. De overheid in die landen vindt ook dat het een zaak van de artsen is. Dat kun je ook zien. Als we de Spaanse overheid erop attenderen dat er in Spanje een Nederlandse arts werkt die bij ons niet meer mag werken, wordt gezegd dat het niet de zaak van de overheid is en dat die arts zijn diploma's heeft. Er is hier en daar dus nog wel een weg te gaan.

Ik heb toevallig vandaag een brief gekregen van EU-Commissaris Dalli, die zelf ook enthousiast was. Hij schrijft dat hij een zwarte lijst een goed initiatief vindt en dat hij zoekt naar aanknopingspunten binnen zijn eigen beleid. Je kunt zo'n zwarte lijst namelijk aan verschillende richtlijnen koppelen. Er worden een aantal richtlijnen in de nabije toekomst herzien. Daaraan zou je zo'n lijst kunnen koppelen of aan de richtlijn inzake de erkenning van beroepskwalificaties. Je zou ook aan kunnen sluiten bij een bepaald systeem waarvan ik de naam niet kan lezen. In ieder geval heb ik ook in de raad al gezegd dat het me eigenlijk niet kan schelen, zolang we het maar regelen. Ook tegen de lidstaten die het graag willen maar dan wel gekoppeld aan de richtlijn inzake de erkenning van beroepskwalificaties, zoals Engeland, heb ik gezegd dat ik het allemaal prima vind zolang we het maar met zijn allen regelen. Omdat ik niet weet hoe snel het gaat,

hebben we tegelijkertijd parallelcontacten. Het is natuurlijk wel Europa; ik ben positief omdat het idee goed is ontvangen, maar ik ben bang dat we er hard aan moeten trekken om er een beetje tempo in te houden. Ten aanzien van de European Mental Health ben ik niet terughoudend in het uitwisselen van best practices of kennis. Dat ben ik zeker niet als we van andere landen kunnen leren bijvoorbeeld over suicidepreventie. Ik wil geen inmenging in ons beleid. Ik wil dat we zelf ons beleid voeren, maar leren van de ervaringen van anderen. Dat is zo'n beetje de inzet. Ik heb het stukje tekst nog even nagelezen. Ik heb het er zelf bijgezet, dus ik kan niet een ambtenaar de schuld geven. Ik geef toe dat het er inderdaad wat onhandig staat. Ik had het iets meer kunnen toelichten; dat heb ik bij dezen dus gedaan.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik vraag waaruit die terughoudendheid dan bestaat. Ik heb vastgesteld dat we zelf met goede voorbeelden kunnen komen. Ik neem aan dat de minister niet terughoudend wil zijn in het uitventen van goede voorbeelden.

Minister **Schippers**: Nee, en ook niet in het leren van goede voorbeelden van anderen. Ik heb het er iets te kort door de bocht bij geschreven. Ik heb bedoeld te zeggen dat mijn terughoudendheid zit bij het beleid dat we op nationaal niveau moeten voeren en formuleren. Ik ben blij dat ik het nog even heb kunnen toelichten.

Mevrouw Bruins Slot vraagt aandacht voor de kosten die uit de Europese regelgeving naar voren komen inzake de EU-gehandicaptenstrategie. Ik ben het geheel met haar eens. Een randvoorwaarde voor implementatie is dat alle acties die hieruit voortvloeien beoordeeld worden op financiële en praktische gevolgen voor zowel nationale en regionale overheden als het bedrijfsleven. We moeten goed opletten dat het geen hoge kosten meebrengt en dat de financiële gevolgen passen binnen de bestaande financiële kaders van de EU-begroting. Dit is ook de inzet van Nederland tijdens de onderhandelingen in Brussel.

We moeten alert zijn op de dreiging van Europese regelgeving via de achterdeur en we zijn er altijd zelf bij. In het verleden zijn we hierop niet altijd even alert geweest. Je moet inderdaad alert blijven en goed opletten wat het voor de eigen regelgeving betekent. Ik ben het dus met mevrouw Venrooy-van Ark eens.

Ten aanzien van mensen die werkzaam zijn in de zorg geldt: gedeelde smart is halve smart. We hebben presentaties gehad en je ziet dan dat we allemaal hetzelfde probleem hebben. Je kunt proberen het probleem van de burens te vergroten en het jouwe te verkleinen, maar dat helpt ook niet. We moeten inzetten op innovaties, anders komen we er met z'n allen niet uit. Dit is dus een gedeelde analyse. We proberen op het gebied van arbeid te bereiken dat de diploma's up-to-date blijven en goed uitwisselbaar zijn. We proberen die zwarte lijst. Er is natuurlijk ook een vrij verkeer van diensten. We proberen het goed te regelen, maar we hebben allemaal hetzelfde probleem. Daarvan ben ik me zeer bewust.

We hebben een van de toegankelijkste en in onze ogen rechtvaardigste gezondheidssystemen. Anderen kunnen daar anders over denken, maar ik vind dat wel. We vinden dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland vrij groot zijn. In andere landen zijn die veelal nog groter. Ik heb gemerkt dat ontzettend veel mensen geïnteresseerd zijn in ons gezondheidssysteem. De nieuwe Ierse minister wilde meteen een afspraak maken en iedereen wil weten hoe je binnen publieke randvoorwaarden meer concurrentie op gang krijgt, zodat je de kosten naar beneden drukt en de kwaliteit omhooggaat. Er is ontzettend veel animo voor.

De Mededeling gehandicaptenstrategie legt duidelijk een relatie met het VN-verdrag, gezien de breedte van de terreinen waarop de mededeling zich richt zoals participatie en toegankelijkheid, inclusief onderwijs. Er is

een interdepartementale coördinatiestructuur onder leiding van het ministerie van SZW. Die zorgt voor een goede kennisverspreiding. Op Europees niveau wordt samengewerkt met betrekking tot antibiotica-resistentie. We hebben het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), dat overigens onder leiding van een Nederlander staat. Dat is ook aan de gang gegaan met zijn kennisuitwisselingssysteem toen de EHEC-bacterie opdook. Het is een systeem waarin je de stand van zaken internationaal binnen de Europese landen met elkaar kunt uitwisselen, zodat je heel snel signaleert als er ergens iets uitbreekt. Het systeem loopt goed en we hebben er tot nu toe geen klachten over. Dat kan natuurlijk altijd nog komen, maar vooralsnog loopt dat Early Warning and Response System (EWRS) goed. Dat gebeurde ook bij de vaccinatie tegen griep, waarbij de slaapziekte, narcolepsie, opdook. Ook toen zat het ECDC er bovenop en signaleerde het dat narcolepsie in de Scandinavische landen meer voorkwam. Wij kregen toen via het ECDC die berichten ook binnen en er konden onze kennis op uitwisselen. Vooralsnog loopt het goed, maar we moeten regelmatig evalueren of we er tevreden mee zijn. We moeten niet te overdreven doen over het gemeenschappelijke denkproces. Het is een vrij warrig proces, want ieder land heeft zijn eigen prioriteiten. Ik merkte dat toen we het rondje deden. Iedere lidstaat bracht zijn eigen prioriteiten in, zodat je in no time een enorme hoop prioriteiten in het midden hebt liggen waarvan ieder land zijn eigen prioriteiten natuurlijk het belangrijkste vindt. Het moet wat gestructureerd worden. Het is tot nu toe ook een vrijblijvende ad-hocgroep van experts. Deze groep zal aangestuurd worden door een EU-werkgroep op hoog niveau. De onderwerpen zullen nog bezien worden. In die informele ronde vond ik het alle kanten opgaan. Het ligt in de verwachting dat er vraagstukken over effectieve benaderingen van macro-economische gezondheidsproblemen en maatschappelijke uitdagingen naar voren zullen komen. We moeten kijken hoe dat proces precies vorm krijgt. Ik vind zelf dat het nog wel wat focus verdient.

Doelstellingen op het arbeidsmarktbeleid betreffen voornamelijk uitwisseling van beroepsbeoefenaren, waarbij je de diploma's wederzijds erkent en waarbij je uiteindelijk ook maatregelen neemt als iemand zijn beroep niet zo netjes heeft uitgeoefend, dus een erkenning van die zwarte lijst. Daarbij ligt het in het bijzonder. We hebben verschillende analyses gezien. We moeten oppassen niet alles dubbel te gaan doen. In de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) wordt ook onderzoek gedaan. Er zijn verschillende onderzoeksclubs. Niet alleen wij maar ook andere landen hebben benadrukt dat we die onderzoeken meer moeten stroomlijnen en er niet weer een laagje bovenop moeten doen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb de minister gevraagd of er voorbeelden zijn waaruit blijkt dat uitwisseling van zorgpersoneel al succesvol is geweest. Of kunnen we dat nog helemaal niet zeggen?

Minister **Schippers**: Er wordt inmiddels heel veel zorgpersoneel uitgewisseld. In de grensgebieden ligt uitwisseling het meest voor de hand. Ik ben op werkbezoek geweest in Zeeuws-Vlaanderen. Een derde van zowel de artsen als de verpleegkundigen in de ziekenhuizen in Zeeuws-Vlaanderen komt uit België. Je ziet ook Nederlandse artsen die bij de pensionado's in Spanje aan het werk gaan. Daar zie je wel een grote uitwisseling. Het is ook mijn zorg. We hebben een probleem als we de maatregelen niet uitwisselen. Ik denk dat die uitwisseling behoorlijk loopt. Duitse tandartsen zijn ook zoiets. Je ziet ook fysiotherapeuten door heel Europa gaan als wij een overcapaciteit hebben. Op gegeven moment zie je ze dan ook weer terugkomen. Ik heb het idee dat die uitwisseling heel aardig werkt. We hebben er met name zorg over dat we straks allemaal een tekort hebben. Hoe gaan we daar dan mee om?

Met betrekking tot de EHEC-bacterie wordt op dit moment binnen de EU heel intensief samengewerkt. Ik heb niet gemerkt dat daarin sectorale belangen interfereren. Vaak zitten de RIVM en dergelijke in die systemen. Daar zitten de tuinders niet in. Die hebben de gevolgen van bepaalde zaken. De sectoren spelen er geen rol in. Het is allemaal gericht op de gezondheid.

De PvdA-fractie had een lange lijst van vragen. Als ik iets oversla, moeten we misschien iets schriftelijk doen. Voor het zomerreces wordt de Kamer door de staatssecretaris geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot de ratificatie van het VN-verdrag. Lidstaten lopen bij de ratificatie tegen een aantal zaken aan, bijvoorbeeld de vraag of de wetgeving voldoet aan het verdrag, wat het verdrag precies van hen vraagt en wat de consequenties voor het nationale beleid zijn. Daarmee is ratificatie een veelomvattend proces waarin Nederland, net als alle andere lidstaten, zorgvuldig naar alle consequenties moet kijken.

De **voorzitter**: Ik had nog een vraag over bepaalde maatregelen die kosten met zich mee kunnen brengen bij voorzieningen voor gehandicapten. Hoe zit dat precies?

Minister **Schippers**: Dat weet ik niet precies omdat niet ik maar de staatssecretaris het in haar portefeuille heeft. De staatssecretaris is van plan om voor de zomer de Kamer schriftelijk te informeren over wat het precies voor Nederland betekent. Het lijkt me goed dat u het daar dan bekijkt. Wij zullen dit expliciet aan de staatssecretaris doorgeven. Voorzitter. Over de Nederlandse strategie ten aanzien van het nationale programma Zeldzame ziekten zal ik voor de zomer een brief naar de Tweede Kamer sturen.

Ik heb bilateraal verschillende gesprekken gevoerd over weesgeneesmiddelen. Dat kwam met name van de Scandinavische landen, die hun zorgen uiten over het misbruik van deze regeling door de farmaceutische industrie. Ze willen dat er eens goed naar gekeken wordt. We moeten zorgvuldig zijn, zodat er geen misbruik plaatsvindt. Het is een belangrijke regeling voor zeldzame ziektes. We moeten er met z'n allen dus ook goed naar kijken. Ik hecht er zeer aan dat we op Europees niveau op de weesgeneesmiddelen blijven samenwerken. We moeten heel zorgvuldig met die regeling omgaan en als er daadwerkelijk misbruik van wordt gemaakt, moeten we goed bekijken hoe we die regeling zuiver kunnen houden. Ik zeg eerlijk dat ik er geen aanwijzingen voor heb, maar als andere landen er wel aanwijzingen voor hebben, moeten we er goed naar kijken. Anders gaat de regeling kapot aan het misbruik, en dat moeten we voorkomen.

De Europese Commissie heeft de prioriteit gesteld van 16% zoutreductie op vrijwillige basis door de lidstaten voor 2014. Ik vind het een belangrijke reductiedoelstelling. Ik zeg graag toe dat Nederland eraan gaat trekken om die doelstelling te halen. Ik zal dit in de contacten met de voedselindustrie doornemen. Het was mij ontgaan, dus het is goed dat de heer Van der Veen me eraan herinnerde. Ik zal het oppakken, want het is belangrijk dat we in EU-verband met zijn allen hieraan werken en daarop resultaat behalen.

We vinden dat de medischehulpmiddelenregeling te weinig kwalitatieve aspecten heeft en dat de geneesmiddelenregeling niet flexibel genoeg is. We willen dat deze regelingen een beetje naar elkaar toegroeien. Bij medische hulpmiddelen heb je een soort KEMA-KEUR. Bij medische hulpmiddelen denken we allemaal aan een rollator of een kruk, maar medische hulpmiddelen zijn ook de middelen die in het menselijk lichaam gebruikt worden. We willen voorkomen dat de regeling inflexibel wordt en er eigenlijk niet meer op dat terrein geïnnoveerd kan worden. We willen wel zwaardere eisen aan de kwaliteit stellen waaraan dit soort hulpmid-

delen moeten voldoen. Daardoor zullen deze regelingen ook naar elkaar toegroeien.

Op de vraag over pgb en Pfliegengeld kan ik nu geen antwoord geven. Misschien moeten we daar schriftelijk op terugkomen.

De **voorzitter**: Ik zal het nog even toelichten. De vraag gaat over Nederlanders die in Duitsland wonen en daardoor niet in aanmerking komen voor een pgb maar ook niet voor Pfliegengeld.

Minister **Schippers**: Ik zou het niet weten, maar we komen erop terug.

De **voorzitter**: Dit ligt ook Kamerbreed. Alle partijen hebben gezegd dat ze hiervoor de handen ineen willen slaan.

Minister **Schippers**: De Lissabonstrategie gaan we niet uitbreiden met de gezondheidszorg. Dat blijft een nationale aangelegenheid. Ik zet er in Europa echt op in dat we van elkaar kunnen leren en kennis kunnen uitdelen, zonder dat we zware dingen optuigen. Wij moeten vooral gebruikmaken van de al bestaande uitwisselingszaken. Het beleid moet een nationale aangelegenheid zijn. Ik zie wel een meerwaarde in infectieziektebestrijding op Europees niveau. Antibioticagebruik agenderen we ook op Europees niveau.

Die meerwaarde van EU-bemoeienis met de kindervaccinatieprogramma's strekt zich uit over verschillende gebieden. Primair gaat het erom dat er meer informatie en best practices gedeeld worden tussen landen, zodat de vaccinatiegraden verhoogd worden. Infectieziekten houden zich namelijk niet aan landsgrenzen, en een hoge vaccinatiegraad elders is dus ook in het belang van Nederland. Uiteindelijk moeten de verschillen tussen de landen vervagen waardoor vrij reizen door de EU veiliger wordt. Eén EU-vaccinatiebeleid zie ik voorlopig nog niet zitten. Ik heb gezien – en dan ben ik er nog maar eenmaal langs gefietst – hoe verschillend op Europees niveau gedacht wordt, ook door deskundigen, over vragen als waar je moet vaccineren en of je twee keer of één keer moet vaccineren. Eén ding is me wel duidelijk geworden bij bijvoorbeeld griep. We moeten ervoor zorgen dat niet het ene land voor de zekerheid 100 000 vaccinaties in voorraad heeft, terwijl een ander land niets heeft. Eén vaccinatiebeleid zit er voorlopig niet in, maar laten we wel kijken hoe we stappen kunnen zetten om dichterbij elkaar toe te groeien, ook ten aanzien van deskundigheid en beleid.

De **voorzitter**: Dat is ook de strekking van mijn opmerking. Je moet met name streven naar één methodologie, zodat je de programma's vergelijkbaar kunt maken.

Minister **Schippers**: De deskundigen die ik hierover gesproken heb, zijn het absoluut oneens met elkaar over de methodologie. We hadden het over de Mexicaanse griep en over de vraag of er één of twee keer gevaccineerd moest worden en welke mensen van onder of boven welke leeftijd er gevaccineerd moesten worden. Hier is dus nog een weg te gaan, maar het is wel een uitdaging voor wetenschappers om daar een modus in te vinden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording. Ik heb een kleine vraag ter verduidelijking. Het is goed te horen dat de minister eerst gaat inzetten op bilaterale afspraken over de zogenoemde zwarte lijst. Ze zegt dat ze hierover ook actief benaderd is door de Scandinavische landen. Zijn dit de landen waaruit de meeste artsen komen die we over de vloer hebben of waar onze artsen het meest naar toe gaan om te werken? Weet de minister met welke landen we het

meeste uitwisseling hebben van beroepsbeoefenaren? Is het geen zaak om die landen dan actief te benaderen om afspraken mee te maken?

Minister **Schippers**: Voorzitter. We zullen het tegelijkertijd doen. Het is niet zo dat ik eerst op bilaterale afspraken inzet. De EU-Commissaris heeft dit ook al heel voortvarend opgepakt. Ik probeer het echt alle twee te doen. Natuurlijk wisselen we het meest uit met onze buurlanden, Duitsland en België. Dat is logisch maar die zijn nou net niet de makkelijkste landen ten aanzien van de zwarte lijst. Ik weet niet in hoeverre het representatief is maar in de vergadering ging België niet door het dak en was zeer gereserveerd. Duitsland heeft een ander probleem. Duitsland heeft het zelf niet op nationaal niveau geregeld. Voor de Duitsers is de stap naar een internationaal niveau nog veel groter. We moeten met name prioriteit geven aan onze buurlanden om te bekijken of we iets met ze kunnen afspreken. De uitwisseling met de Scandinavische landen is inderdaad substantieel minder, maar de samenwerking is weer veel makkelijker. Het moet zo zijn dat je op gegeven moment zo'n goed pact hebt gesloten met een aantal landen, dat andere landen er ook bij willen horen. Dat hoop ik eigenlijk. Van Duitsland vind ik overigens dat de politici zeer bereidwillig zijn om te bekijken wat we voor elkaar kunnen betekenen, maar het is daar gewoon anders georganiseerd.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor de beantwoording en sluit deze vergadering.