

Vergaderjaar 2012–2013

21 501-31

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

Nr. 308

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 3 april 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 28 februari 2013 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 februari 2013 inzake de geannoteerde agenda van de informele EU Gezondheidsraad Dublin (Ierland) op 4–5 maart 2013 (21 501-31, nr. 304).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

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

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

Voorzitter: Neppérus
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Neppérus en Arno Rutte,

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

Aanvang 14.00 uur

De **voorzitter**: Welkom bij dit algemeen overleg. De spreektijden bedragen drie minuten per fractie.

De heer **Arno Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik kan het kort houden, mede gezien het bekende standpunt van de VVD dat de gezondheidszorg toch vooral een nationale aangelegenheid is. We kunnen in Europa over van alles praten, ideeën hebben en dingen uitwisselen – daar is niets mis mee – maar de besluitvorming over de wijze waarop onze gezondheidszorg er uitziet doen we toch heel graag vooral nationaal. Dat lees ik ook terug in de stukken, waarin heel verstandige nationale zaken staan. Ik zie het Europese verband echter niet altijd.

Ik maak één specifiek punt, want over roken komen we in een volgend overleg nog wel te spreken, en dat betreft de patiëntveiligheid. De VVD-fractie ziet graag dat de minister vaart zet achter het opstellen van een Europese zwarte lijst van geschrapte en veroordeelde artsen en dat zij andere lidstaten in ieder geval de mogelijkheid biedt om actief onze schorsingsregistratie in te zien via het BIG-register. Graag hoor ik daar meer over.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Op verzoek van de fracties van D66 en het CDA wordt op dit moment het nationaal preventieprogramma uitgewerkt. Europa heeft preventie op de prioriteitenlijst staan doordat het Ierse voorzitterschap het onderwerp hoog op de agenda heeft gezet. Dat biedt ons dus een mooie kans om het onderwerp vol in de schijnwerpers te zetten. Het is een nadrukkelijke wens van de Kamer dat het nationaal preventieprogramma breed wordt gedragen. Naast zorgverzekeraars moeten gemeenten, het bedrijfsleven, sportclubs, huisartsen en patiëntenorganisaties betrokken zijn. Ik weet natuurlijk dat dit dossier vooral bij de staatssecretaris ligt, maar met het oog op de Europese agenda vraag ik de minister of VWS op dit moment al met deze partners aan tafel zit. In Europa moeten we vooral bekijken wat we kunnen leren van andere lidstaten. Wil de minister bij de Gezondheidsraad in Dublin pleiten voor een overzicht van de concrete preventieprojecten in alle lidstaten? Als we daar iets mee kunnen, is het jammer als we hier alles weer overdoen. We komen straks inderdaad uitgebreider te spreken over het stoppen met roken en het tabaksbeleid. Vier jaar geleden deed de Europese Unie de aanbeveling voor een meer rookvrije omgeving. Nu komt er waarschijnlijk een evaluatie. Ik heb wat vragen over het naleven van het rookverbod in de horeca. We zien dat dit in Nederland ondermaats is. Zojuist zijn antwoorden van de staatssecretaris binnengekomen over de handhaving. Ik heb ze nog niet goed kunnen bestuderen, maar hoor graag of de controles inderdaad worden opgevoerd. Ik heb begrepen dat de staatssecretaris een onderzoek heeft aangekondigd naar de wijze waarop dit mogelijk is. Op welke termijn horen we daar meer over? Ook in dit verband vraag ik de minister om in Europa goede voorbeelden te zoeken die naleving van het rookverbod kunnen bevorderen. Wil ze ook bekijken of in andere Europese landen in plaats van boetes een «three strikes and you're out»-systeem effectief is?

D66 pleit al langer, evenals de minister, voor een Europese zwarte lijst van disfunctionerende artsen. Dan weten patiënten in heel Europa bij welke artsen ze veilig terecht kunnen. Er zijn echter tegenspuiterende lidstaten en er is ingewikkelde regelgeving, zodat de lijst maar niet van de grond komt. Wat is de laatste stand van zaken? De minister heeft al eerder gezegd graag aan de slag te willen met de lidstaten waar wel de wil bestaat om tot een eigen lijst te komen. Hoe staat het daarmee?

Ten slotte heb ik begrepen dat de minister volgende week tijdens de lunch met haar Europese collega's spreekt over de impact van de economische crisis op de gezondheidszorg. Ik hoor graag van haar wat zij als de grootste crisisbedreiging voor de zorg beschouwt en wat ze daar zal inbrengen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik kan mijn inbreng kort houden omdat de belangrijkste punten al door mijn collega's zijn aangedragen. Ik had voor een groot deel dezelfde vragen als mevrouw Dijkstra over het nationaal preventieplan, een initiatief dat D66 en CDA aan het kabinet hebben voorgelegd. Ik ben er nog steeds heel blij mee dat dit concreet handen en voeten krijgt. Het is inderdaad vooral van belang om van andere lidstaten te leren. In Nederland moeten we zo min mogelijk opnieuw het wiel uitvinden. De concrete vervolgvraag is dus hoe de minister denkt een aantal initiatieven uit de Europese landen te verzamelen en daarvan een overzicht te presenteren.

Dan is er het belangrijke punt van de patiëntveiligheid. De afgelopen twee maanden zijn we enorm opgeschrikt door berichten over horrorartsen en prutsartsen – om de woorden van de minister te gebruiken – die in het buitenland werkzaam zijn. Kamerbreed zien we graag dat de zwarte lijst er komt. Dat deel ik met mijn collega van de VVD-fractie. Is de minister van plan om dit onderwerp ter sprake te laten brengen, bijvoorbeeld bij de lunch? Het staat niet concreet op de agenda, maar misschien is er tijdens de bijeenkomst nog gelegenheid om dat wel te doen. Hoe staat het met de bilaterale afspraken met diverse landen, vooral met Duitsland? Duitsland is natuurlijk buitengewoon lastig vanwege de decentrale inrichting. Ik krijg er graag een update van.

Een punt dat niet zozeer ziet op datgene wat in de Gezondheidsraad ter sprake komt, maar wel bij het onderwerp hoort, betreft kinderen met autisme. De vorige staatssecretaris heeft op dit punt een werkgroep opgezet. Hoe gaat het daarmee?

Ten slotte hoor ik graag of de minister zelf naar Ierland gaat of dat zij haar gewaardeerde ambtenaren erheen stuurt.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Over het onderwerp «kinderen met complexe ontwikkelingsstoornissen» heeft mijn fractie enkele vragen. In Nederland wordt gewerkt aan nieuwe richtlijnen omtrent ADHD. Hoe zit dat in Europa? Hoe verhoudt zich dit tot de ontwikkeling van het psychiatrisch handboek DSM-V? Medicatie is een heel gevoelig onderwerp, maar er zijn indicaties dat er een toename is van het onnodig gebruik van medicatie. Is daar een Europese aanpak voor? Wordt die gemaakt? Is de minister bereid om dat aan haar collega's te vragen? De rol van de farmacie hierin is groot, zo wordt gezegd. Wat mijn fractie betreft zou transparant moeten worden hoe groot die rol dan is. Ook moet duidelijk worden hoe ervoor kan worden gezorgd dat de farmacie zich op de goede dingen richt – mensen beter maken en noodzakelijke medicatie geven – en hoe kan worden voorkomen dat met name heel kleine kinderen met ADHD om oneigenlijke redenen medicijnen krijgen. Ik hoop dat ik het zo heel netjes heb ingekleed.

Bijna tegelijkertijd vindt er een overleg plaats met de staatssecretaris over roken, dus het onderwerp «rookvrije horeca» laat ik even aan mijn collega Myrthe Hilken. Het punt van «three strikes and you're out», dat de PvdA in de Drank- en Horecawet heeft gezet, vinden wij echter heel interessant

om ook mee te nemen in de Tabakswet. Daarin zijn wij het dus eens met de fractie van D66.

Ik heb nog wat vragen over de patiëntveiligheid. Hoe staat het met de zwarte lijst van artsen die, om de woorden van de minister te gebruiken, prutsers zijn? In hoeverre wordt gesproken over goede innovatieve voorbeelden binnen Europa van manieren waarop, naast het menselijk proces waarmee het allemaal begint, ook technische innovaties mogelijk zijn om de patiëntveiligheid te vergroten? De TU Delft heeft bijvoorbeeld bepaalde chips bedacht die op instrumenten kunnen worden geplaatst om te voorkómen dat er scharen in mensen blijven liggen, om het kort door de bocht te zeggen. Worden dergelijke initiatieven in Europa met elkaar vergeleken of uitgewisseld?

Mijn laatste vraag betreft het lunchdebat. De collega van D66 vroeg wat de minister in het kader van de economische crisis als grootste bedreiging ziet voor de gezondheidszorg. Mijn vraag is wat de grote kansen zijn. Hoe pakken andere landen het aan? Wat kunnen we daarvan leren? Wat is de insteek: gaan we kansen of bedreigingen bespreken of – wat mijn voorkeur heeft – bespreken we allebei?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik dank de leden voor de inbreng in eerste termijn. Alle woordvoerders hebben zeer terecht gevraagd naar patiëntveiligheid en de zwarte lijst. Patiëntveiligheid is wel breder dan dat. Ik heb afgelopen dinsdag met de Eurocommissaris over voedselveiligheid gesproken, bijvoorbeeld over het paardenvleesgebeuren. Daarin wordt de consument niet goed voorgelicht, wat natuurlijk onacceptabel is. Ook hebben we gesproken over antimicrobiële resistentie (AMR), een onderwerp waarvan ik vind dat het topprioriteit moet hebben, niet alleen in Nederland maar ook in Europa. De antibioticaresistentie vormt echt een bedreiging voor de toekomst en voor toekomstige generaties, die ook nog antibiotica nodig hebben. Wij spelen dan ook met de gedachte om dit onderwerp tijdens het Nederlands voorzitterschap te agenderen als topprioriteit. In het genoemde gesprek heb ik aangegeven dat de Nederlandse ziekenhuizen zowel Europees als mondiaal gezien het erg goed en humaan doen en dat wij bereid zijn om onze ervaringen te delen met iedereen die daarvoor interesse heeft. Veterinair zijn we op de goede weg. We zijn er nog lang niet, maar er worden enorme stappen gemaakt. Het is belangrijk om dit in het kader van patiëntveiligheid aan te geven. Ik heb besloten om een ambtelijke afvaardiging naar Dublin te sturen. Ik heb besloten om de tijd die ik anders in Dublin zou zijn geweest – twee dagen – te besteden aan bilaterale bezoeken in het kader van de zwarte lijst. Ik zal langsgaan in Londen en in de Duitse deelstaat die het belangrijkste is voor Nederland. Ik heb mijn Duitse collega-minister en de staatssecretaris al eerder hierover gesproken, maar ik ga met hen verder spreken. De situatie verandert ook voor Duitsland, dus de urgentie verandert ook. Ik ga ook naar mijn Vlaamse collega. De meeste artsen vestigen zich vanwege de taal natuurlijk in Vlaanderen. De grootste stroom van artsen gaat dus naar Vlaanderen, daarna komt Duitsland. Ten aanzien van de besprekingen met andere Europese landen zeg ik het volgende. Ik weet zeker dat ik zaken ga doen in het Verenigd Koninkrijk. Het Verenigd Koninkrijk volgt namelijk dezelfde denkrichting als wij. Duitsland ligt zoals bekend heel moeilijk. Daar is sprake van een federale overheid en zijn er privacywetten. De Duitsers zijn echter wel bereid om het gesprek aan te gaan, zoals de minister mij heeft laten weten. Hij is ook zeer bereid om in een gezamenlijke brainstorm te bekijken welke stappen we verder kunnen zetten. Dan zijn er de Scandinavische landen. Ik denk dat het voor ons veel gemakkelijker en sneller gaat om bilateraal bij elkaar aan te sluiten, omdat deze landen ook transparante en inzichtelijke systemen hebben. Het wordt alweer veel moeilijker met de zuidelijke landen, omdat het daar vaak een zaak is die artsen betreft en de overheid in die landen vaak geen rol voor zichzelf ziet. Dat zal dus lastiger worden.

Het algehele beeld is nu als volgt. Met de nieuwe richtlijn, die zeer binnenkort verschijnt, zal er op Europees niveau passieve uitwisseling plaats hebben. «Actief» is dat je het in het systeem zet en «passief» is dat je erin kijkt. Dat is niet de situatie die wij graag zouden willen, dus dat je het als patiënt kunt zien. Dat gaat in een aantal landen gewoon niet gebeuren. Wij proberen op te trekken met de landen die het al wel hebben. Wij boeken ook vorderingen en zien progressie op dat vlak. Het maken van afspraken duurt echter altijd iets langer dan je graag zou willen. Er zijn dus twee trajecten, die ik in een eerder overleg al eens heb geschetst. Enerzijds zijn er de bilaterale trajecten, waarvoor ik speciaal naar een aantal hoofdsteden ga die voor ons zeer relevant zijn. Anderzijds is er het Europese traject, waarin je gewoon wat minder stappen zet. Iedere stap daar is echter ook een stap.

De **voorzitter**: De heer Rutte wil interromperen. Of is uw vraag inmiddels beantwoord, mijnheer Rutte?

De heer **Arno Rutte** (VVD): Grotendeels wel, voorzitter. Ik waardeer het enorm dat de minister op dit terrein probeert om bilateraal zo veel mogelijk te bereiken. Zoals ik net al zei, zou Europa zich wat de VVD-fractie betreft niet met volksgezondheid moeten bemoeien. Ik zie allerlei richtlijnen komen, bijvoorbeeld op het gebied van tabak, waarvan ik denk: waar bemoeit u zich mee? Dit is echter een grensoverschrijdende problematiek en nu zit de minister misschien voor een deel met de handen in het haar omdat het maar beperkt Europees te regelen is. Hoe kunnen we dit rijmen? Zijn er wegen om dit te verbeteren?

Minister **Schippers**: Ik zit niet met de handen in het haar. We konden aansluiten bij een richtlijn die ten aanzien van beroepskwalificaties toch al vergevorderd was, waardoor we eigenlijk sneller resultaten konden boeken dan we ooit hadden kunnen denken. Dat is mede te danken aan de vorige Eurocommissaris, maar de nieuwe Eurocommissaris zit er net zo in. Toen Nederland het onderwerp «zwarte lijst» in Europa agendeerde, heeft de heer Dalli het meteen opgepakt. Hij heeft meteen gezegd het ook belangrijk te vinden. Ik heb echter ook met mijn Spaanse collega gesproken, die zei dat de artsen in Spanje het onderling regelen. De overheid heeft daar verder helemaal geen rol. In die landen is het dus heel veel moeilijker om verder te gaan dan we nu in de richtlijn kunnen regelen. Omdat wij een veel hogere ambitie hebben, gaan we zo veel mogelijk door met de landen die ook al veel verder zijn en systemen hebben die qua transparantie veel meer te vergelijken zijn met het onze. Nedersaksen heeft al toegezegd nauw te willen samenwerken met ons. Dat zijn voor ons heel relevante partijen, omdat het partijen zijn waarnaar onze artsen neigen uit te wijken. Wij maken dus vorderingen, maar dit soort dingen moet altijd in een internationale context worden gezien. Wil je hard en ga je heel hard sleuren en trekken, dan gaat het toch niet zo snel als je eigenlijk zou willen, want ik wil het eigenlijk al geregeld hebben.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is goed om te horen dat de minister bij andere ministers op bezoek gaat. Eind 2011 hebben we het onderwerp van de bilaterale contacten voor de eerste keer ter sprake gebracht. Heeft de minister voorafgaand aan de genoemde bezoeken al eens bezoeken aan buitenlandse ministers gebracht? Waarom is hun opstelling nu veranderd?

Minister **Schippers**: Ik zeg niet dat hun opstelling is veranderd; dat hangt ervan af. Meestal kom je in een eerste gesprek nog niet tot een volledige uitwerking. Ik heb bijvoorbeeld een gesprek gevoerd met minister Bahr. Daarvoor had ik al eens een gesprek gevoerd met zijn staatssecretaris, die

ik op een EU-bijeenkomst was tegengekomen. Ik heb het onderwerp toen geagendeerd en met haar besproken. Daarna heb ik het besproken met minister Bahr, die zeer bereidwillig was en uitsprak eraan te willen werken. Vervolgens gaan de ambtenaren het verder uitwerken, waarna de ministers weer bij elkaar komen en de stand van zaken bekijken. Als er nog een duwtje moet worden gegeven, geef je nog een duwtje et cetera. In Duitsland is het gecompliceerder, omdat de macht in Duitsland niet bij mijn counterpart ligt. Wij gaan dus in gesprek met aparte Bundesländer, zoals Nedersaksen, omdat die de macht hebben. In Engeland ligt het anders, minder gecompliceerd. Als ik naar Engeland ga, weet ik nu al dat we daar een deal hebben omdat daar heel weinig interne hobbels hoeven worden overwonnen. België ligt gecompliceerder, want ook daar is sprake van een federatie. Ik heb eerder met een Vlaamse bewindspersoon gesproken en heb gemerkt dat men daar zeer bereidwillig is om stappen te zetten. Je zet echter nooit in een eerste gesprek alle stappen. Het zijn nogal wat gesprekken en er moet altijd voor worden gereisd. In die context vind ik eigenlijk dat het wel voortvarend gaat. Het neemt veel tijd in beslag en dat is jammer, maar dat is nu eenmaal zo.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wil de minister de Kamer een brief sturen over de resultaten van de bezoeken die ze gaat afleggen en daarin wat meer vertellen over de concrete uitwerking daarvan?

Minister **Schippers**: Laten we afspreken dat ik vóór het volgende AO over de EU een update geef. Dan heb ik de bezoeken afgelegd en hebben we ambtelijk het een en ander kunnen doen. Dat is in juni. Ik geef dan een update van wat zich heeft afgespeeld in de verschillende bilaterale contacten. Het Europese traject loopt gewoon door.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het AO vindt half juni plaats. Het zou mooi zijn als we net iets eerder worden geïnformeerd. Als er bepaalde zaken tussen zitten die de Kamer graag nog met de minister wil doorspreken, is dat toch wel weer lastig. Er komt ook nog een debat over de bevindingen rondom de zaak-Jansen Steur. Ik verzoek de minister dus om de brief iets eerder naar de Kamer te sturen.

De **voorzitter**: Het genoemde AO schijnt 18 juni plaats te vinden.

Minister **Schippers**: Als ik de Kamer eind mei een brief stuur, heeft zij tijd om de informatie tot zich te nemen. In het genoemde debat kunnen we er dan uitgebreid over spreken.

De **voorzitter**: De brief komt dus eind mei.

De heer **Arno Rutte** (VVD): De wetenschap dat sommige landen, zoals Spanje, een wat minder transparant systeem hebben brengt mij tot de volgende vraag. Zou dit niet iets moeten betekenen voor Spaanse artsen die in ons land werkzaam willen zijn? Hoe kunnen we weten of aan zo'n arts misschien wel een vlekje zit of dat hij eigenlijk op een zwarte lijst had moeten staan als hij in Nederland werkzaam zou zijn?

Minister **Schippers**: Doordat we aanhaken bij de richtlijn, wisselen we wel gegevens uit van artsen die uit hun beroep zijn gezet. Nederland wil graag dat dit wordt uitgebreid, dus dat ook bijvoorbeeld fysiotherapeuten eronder gaan vallen. Ook wil Nederland dat niet alleen artsen die uit hun beroep zijn gezet, maar ook artsen die enkele jaren geschorst zijn op de lijst komen te staan. Het is nog niet af; we willen het graag nog wat uitbreiden en oprekken. Die stappen worden op Europees niveau gezet. Tot de heer Rutte zeg ik dat de Europese Unie met betrekking tot de gezondheidszorg van meer betekenis kan zijn dan alleen de zwarte lijst.

Antibioticaresistentie is een goed voorbeeld daarvan, evenals voedselveiligheid. We hebben open grenzen; alles kan in en uit. Ik denk ook aan zaken zoals beroepskwalificaties. Ik kom met enige regelmaat dingen tegen waarvan ik denk: nou... Er staat een aantal punten op de agenda waarop we van elkaar kunnen leren en waar het goed is om kennis uit te wisselen, maar waar het in mijn ogen een nationale bevoegdheid is om beleid vast te stellen. Dat ben ik dus met de heer Rutte eens. Toch zijn er ook dingen waarvan we op Europees niveau juist veel meer kunnen maken dan we nu doen. Laten we dat eens gaan doen. Ik zit er dus misschien iets genuanceerder in, maar misschien valt dat reuze mee als we er even over zouden doorpraten.

Mevrouw Dijkstra heeft gesproken over het nationaal preventieprogramma. Zij zei dat dit onderwerp met name de staatssecretaris betrof. Dat wil ik echt bestrijden. Het ligt er een beetje aan hoe je het begrip «preventie» opvat. Vat je preventie op als leefstijl en beperk je het tot het drinken van alcohol en roken, dan valt het onderwerp inderdaad onder de staatssecretaris. Hetzelfde geldt voor seksueel overdraagbare ziektes. Onder preventie kunnen echter ook dingen zoals darmkankerscreening vallen. De overheid is daar nu mee begonnen en er wordt ontzettend veel in geïnvesteerd: tientallen miljoenen in de komende jaren. Dat vind ik ook onder preventie vallen. Ook op het gebied van tandheelkunde en jeugd tandheelkundige zorg heb ik nog wel ambities. Ook dat is preventie. Ik wijs tevens op de vaccinatiediscussie en op screeningsprogramma's. Er wordt steeds weer opnieuw gediscussieerd over de vraag of een borstkankerscreeningprogramma effectief genoeg is en of de last die het voor vrouwen met zich meebrengt, opweegt tegen de opbrengst. Eens in de zoveel tijd vragen we de Gezondheidsraad om de nieuwe ontwikkelingen te bekijken. Ook dat valt voor mij allemaal onder preventie. Ik wil het graag zo breed houden. Uit mijn hoofd zeg ik dat we hebben toegezegd in maart met een hoofdlijnenbrief te komen. Onze ambitie is om bij de begrotingsstukken een stuk over preventie te leveren. Daar zit dus tempo achter. Intern is capaciteit vrijgemaakt om hieraan te werken. De meerwaarde van een overzicht van de preventieactiviteiten ligt vooral in de uitwisseling van best practices en joint actions. Ik zal een overzicht samenstellen van de lopende joint actions op preventiegebied en de Kamer dat doen toekomen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat stel ik zeer op prijs. Ik denk dat hetzelfde geldt voor mevrouw Bruins Slot, die er ook naar heeft gevraagd, maar zij kan voor zichzelf spreken. Ik vind het belangrijk om te weten wanneer we dit ongeveer kunnen verwachten. Het is mooi als we straks ons eigen preventieprogramma kunnen vergelijken.

Minister **Schippers**: Het komt over een maandje. Ik streef ernaar om het te koppelen aan de brief. Dat zou het leukste zijn, maar ik weet niet of dat te snel is. Ik moet dit nog bekijken. Mijn ambitie is dus om het te koppelen aan de hoofdlijnenbrief. We gaan dat proberen. Als het niet lukt, krijgt de Kamer het net even wat later. Het JOGG-programma in Nederland komt voort uit EPODE, een succesvol programma dat in Frankrijk is ontwikkeld en uitgerold, zoals dat in vreselijk jargon heet. Laten we wel wezen: alle westerse geïndustrialiseerde landen met auto's en afstandsbedieningen hebben te maken met een dichtgroeiende bevolking en kampen met ongeveer dezelfde problemen. Het is dus wel degelijk nuttig.

Over roken vindt straks een overleg plaats met de staatssecretaris. Het is zijn portefeuille; hij kent de laatste stand van zaken over van alles en nog wat. Ik wil dat dus echt bij hem laten.

Ten aanzien van de bedreigingen van de crisis voor de zorg ga ik, zoals ik al zei, niet zelf naar Dublin. Ik stuur een ambtelijke delegatie omdat ik heb afgewogen, zeker gezien de druk van alle dingen die wij moeten leveren, wat de meest effectieve besteding van mijn tijd zou zijn. Ik heb toen

bedacht dat ik toch beter hier en daar wat korte tripjes kan maken. Dan ben ik net zo veel tijd kwijt als wanneer ik naar Dublin zou gaan. Er gaat, zoals altijd, natuurlijk wel een heel goede ambtelijke afvaardiging naartoe. Als het gaat om de bedreigingen van de crisis voor de zorg, zal die natuurlijk ook vertellen hoe wij proberen het tij te keren. Door uitwisseling van informatie en ervaringen wordt duidelijk wat wij doen en wat zij doen. Ik moet wel zeggen dat Nederland in dit kader niet het beste voorbeeld is. Nederland heeft de snelst groeiende zorgkosten van niet alleen Europa, maar ik vrees ook de wereld. Wij zijn dus echt heel duur.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Sneller dan in Amerika?

Minister **Schippers**: Ja, we halen Amerika in. Het duurt gelukkig nog heel lang voordat we op nummer 1 staan en dat gaan we ook voorkómen. Daartoe hebben we een heel programma opgezet. Niet voor niets moet in deze kabinetsperiode meer dan 7 miljard worden omgebogen in de zorg. Als je vergelijkt hoe hard de kosten groeien, in deze situatie en met deze economische crisis, zie je dat ze in Duitsland met 1% groeien, in Frankrijk met 2% en in Nederland met 5%. Andere landen schroeven hun zorgkosten dus nog veel harder terug dan Nederland. Dat moeten we ons wel realiseren. We zullen de maatregelen die wij nemen om de zaken om te buigen, delen. Ik ben er ook van overtuigd dat dit soort situaties naast bedreigen ook kansen bieden. Dat ben ik helemaal met mevrouw Bouwmeester eens. Ik wijs in dit kader op e-health. Als je elektronisch informatie uitwisselt en daaraan systemen koppelt waarmee e-health mogelijk wordt gemaakt, heb je een instrument in handen om de wal het schip te laten keren en om een deel van je zorgkosten te voorkómen. Je kunt innovaties stapelen en stapelen zodat het duurder wordt, maar je kunt innovaties ook gebruiken om het goedkoper te maken. In het kader van ons topsectorenprogramma hebben wij tegen de industrie gezegd: jullie maken tot nu toe dingen die het duurder maken; wij willen eigenlijk alleen dingen die het efficiënter maken en een betere kwaliteit bieden voor minder geld.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De minister is er dus in Dublin zelf niet bij; ambtenaren gaan dat verhaal houden. Ik neem aan dat er een terugkoppeling komt. We hebben het vaak over de enorme kostenstijgingen in Nederland, dat die de pan uit rijzen en dat we daar iets aan moeten doen. Ik ben me zeer bewust van het verschil in systemen en stelsels in de verschillende Europese landen. Het zou toch interessant zijn om op dat terrein eens te horen wat wij misschien echt heel anders kunnen doen, zonder daar meteen alle consequenties uit te trekken. Ik zou die vergelijking graag eens zien.

Minister **Schippers**: Ik wil de Kamer best een vergelijking van een aantal Europese landen toesturen. Er zitten 27 landen in de EU, dus dat is een beetje veel, maar ik wil best een aantal landen vergelijken. Ik kan de Kamer sowieso al zeggen waarom bijvoorbeeld de langdurige zorg in Duitsland veel goedkoper is. Dat komt omdat je daar eerst je hele eigen vermogen opeet. Als je eigen vermogen op is, ga je naar je kinderen. Als je kinderen het niet kunnen betalen, komt de overheid een keer aan bod. Het is allemaal niet heel erg ingewikkeld. In andere landen is het vaak goedkoper omdat de eigen betalingen echt veel, veel hoger zijn dan in ons land. Wij hebben ook een ontzettend breed pakket als je het vergelijkt met andere landen. De kosten zijn dus heel goed te verklaren. Ook wij staan voor moeilijke besluiten. Het is altijd moeilijker om dingen terug te draaien dan om ze uit te breiden. Daarover heb ik het toevallig ook gehad met mijn Duitse collega. Duitsland kent geen traditie van langdurige zorg die langzaam maar zeker door de overheid wordt geleverd en door de collectiviteit wordt gefinancierd. Duitsland is dat aan het opbouwen terwijl

Nederland eigenlijk terug moet. Dat is dus een heel groot verschil, ook politiek gezien. Mij wordt door mijn ambtenaren verteld dat er al een overzicht is van de verschillende maatregelen van de overheden, dus ik kan de Kamer dat vrij snel doen toekomen. Dat overzicht is gemaakt door de WHO. Het lijkt mij heel interessant om dat eens met elkaar te bespreken, als ik die suggestie mag doen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vroeg het vooral om de volgende reden. De vaste commissie is vorig jaar zelf in Duitsland geweest om de langdurige zorg te bekijken. Het zijn natuurlijk heel andere stelsels. Heel veel wat wij vanuit de VWS-begroting bekostigen, komt in Duitsland bij Sociale Zaken vandaan. De verdeling is dus ook heel anders. Als je er op die manier naar kijkt, zie je dat de kosten anders worden verdeeld en dat je soms misschien kunt worden misleid door uitgaven in de zorg, die daar namelijk elders drukken. De minister legde even uit hoe het daar zat, maar er zitten heel veel dingen achter die ook het nodige geld kosten. Ik vind het goed om daarvan een overzicht te krijgen, zodat we wat zicht krijgen op zowel de verschillen als de overeenkomsten. Dat lijkt mij heel nuttig, dus ik dank de minister voor haar toezegging.

Minister **Schippers**: Ik zal voor de Kamer een pakketje maken van de Europese Unie, de WHO en de OESO. Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens, maar ik moet zeggen dat ik in de contacten met mijn buitenlandse collega's niet merk dat men met veel jaloezie naar ons stelsel voor langdurige zorg kijkt. Dat geldt dan met name voor de kosten ervan. Wij hebben een studie gemaakt getiteld «De zorg: hoeveel extra is het ons waard?». Je ziet daarin dat onze zorgkosten eigenlijk van de bladzijde aflopen, terwijl ze in andere landen teruggaan; dit terwijl bij ons de piek van de vergrijzing nog moet komen en die in veel andere landen al is geweest. Zonder te overdrijven hebben wij wel een probleem in dit land. Ik zeg niet dat het onoverkomelijk is. Niet omdat ik een rasoptimist ben – wat ik overigens wel ben – maar omdat ik echt denk dat er nieuwe ontwikkelingen zijn die ons gaan helpen om een goede, beschaafde gezondheidszorg overeind te houden die minder kost. We zullen dan echter veel harder moeten inzetten op e-health en innovatie. Mevrouw Bruins Slot vroeg naar de stand van zaken met betrekking tot kinderen met autisme. De vorige staatssecretaris heeft in dit kader een werkgroep opgericht. Ik zou bijna willen dat de huidige staatssecretaris hier was, want hij weet precies hoe het met de werkgroepen loopt. Ik kan het niet zeggen, omdat dit zijn portefeuille betreft en hij zich hiermee intensief bezighoudt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Misschien kan het antwoord op deze vraag dan worden meegenomen in een binnenkort te verwachten brief van de staatssecretaris.

Minister **Schippers**: Ik zal vragen of dat kan worden doorgegeven. Mevrouw Bouwmeester heeft gevraagd of er een Europese aanpak is in het kader van overmedicalisatie. Die is er niet specifiek voor ADHD, maar er is wel een breder programma verantwoord geneesmiddelenbeleid. Nederland heeft afgelopen oktober een internationale conferentie georganiseerd over een verstandig gebruik van geneesmiddelen. Met therapietrouw is ongelooflijk veel winst te behalen. Dat heeft ook op Europees niveau de aandacht. Op Europees niveau is er de Europese Gehandicaptenstrategie 2010–2020, waarmee samen met de lidstaten wordt geprobeerd om de sociale en economische positie van mensen met een handicap te verbeteren. Deze strategie biedt een kader waarbinnen ook over ontwikkelingsstoornissen van kinderen kan worden gesproken. Er zijn acht prioriteiten benoemd, waaronder opleiding, training,

gezondheid en participatie. Het gaat ook hier met name om de uitwisseling van best practices.

Ik ondersteun van harte datgene wat is gezegd over innovatie. Innovatie is ook wel een belangrijk issue binnen de Europese Unie. Niet alleen houdt mevrouw Kroes zich bezig met allerlei ICT-toepassingen en -innovaties, maar ook wordt met enige regelmaat gesproken over wat innovatie kan betekenen, juist in het kader van de bedreigingen, en over de wijze waarop we van bedreigingen wellicht kansen kunnen maken. Dit is een terugkerend onderwerp.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): In de brief over de beleidsvoornemens heeft de minister het gehad over een klein aspect van de innovatie in de zorg, namelijk e-health. Dat is een technologische innovatie. Als je innovatie in de zorg breder beschouwt, heb je het ook over diensteninnovaties. Is de minister van plan om ook in bredere zin het innovatiebeleid van de regering op het gebied van zorg nog eens te formuleren?

Minister **Schippers**: Zeker. Ik heb dat ook geschreven in de strategische brief. Je ziet dat in de zorg productinnovatie wel tot stand komt, omdat dokters zeer gemotiveerd zijn om het leed van hun patiënten te verlichten en patiënten dat ook graag willen. Het grote probleem in de zorg zit wat mij betreft bij de procesinnovatie. Ik heb in de strategische agenda aangegeven dat het een gemeenschappelijk onderwerp is van de minister en de staatssecretaris, omdat dit ook in de langdurige zorg natuurlijk een grote rol speelt. Wij pakken dit dus samen op en communiceren er ook samen over met de Kamer.

De **voorzitter**: Ik geef gelegenheid tot een korte tweede termijn voor de leden die daaraan behoefte hebben.

De heer **Arno Rutte** (VVD): Voorzitter. Mij rest een korte opmerking. Ik deel de opvattingen van de minister ten aanzien van de vraag waar Europa over gaat op het gebied van volksgezondheid. Ik heb mij beperkt tot datgene wat hier op de agenda staat en heb daarop mijn oordeel gebaseerd.

Minister **Schippers**: Ik wil daaraan iets toevoegen. Het is interessant dat het programma Horizon 2020 voor onderzoek en innovatie prominent is opgenomen en dat Nederland relatief veel gebruikmaakt van de innovatieprogramma's in Europa. De heer Rutte is vast wel eens gaan kijken bij het Healthy Ageing-programma in Groningen, dat in samenwerking met veel instituten en universiteiten wordt ontwikkeld. Die ontwikkelingen zijn heel interessant.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik vind dat de minister goed bezig is met de Europese zwarte lijst en met de aanpak van artsen. Nederland heeft dit onderwerp geagendeerd en het is vervolgens overgenomen. Ik ben ook zeer blij dat de minister heeft gezegd de lijst ook actief te willen maken voor de patiënt. Zij maakte daarbij de opmerking dat de lijst niet altijd even goed toegankelijk is, maar de insteek is belangrijk. Krijgen wij een verslag van wat daar uit is gekomen? Kan dat de Kamer ter informatie worden toegestuurd?

Minister **Schippers**: Ja. Ik heb net toegezegd dat dit de Kamer eind mei zal worden toegestuurd. Ik zal het twee weken voor het AO over de officiële Raad versturen, zodat we er bij dat AO over kunnen spreken.

De **voorzitter**: Hiermee zijn we gekomen aan het einde van dit algemeen overleg. Ik dank de minister en haar ondersteuning, alsmede de collega's en de mensen op de tribune.

Sluiting 14.42 uur.