

Vergaderjaar 2013–2014

21 501-31

Raad voor de Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken

Nr. 341

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 26 juni 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 24 april 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 16 april 2014 houdende de geannoteerde agenda voor de informele Gezondheidsraad van 28–29 april 2014 te Athene (Kamerstuk 21 501-31, nr. 333);**
- **de brief van de Minister van Buitenlandse Zaken van 24 januari 2014 inzake de stand van zaken implementatie richtlijnen en kaderbesluiten in vierde kwartaal 2013 (Kamerstuk 21 109, nr. 214);**
- **de brief van de Minister van Buitenlandse Zaken van 4 april inzake het fiche Verordening nieuwe voedingsmiddelen (Kamerstuk 22 112, nr. 1824).**

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 vier leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Pia Dijkstra, Neppérus en Van Veen,

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

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg over de informele EU-Gezondheidsraad, die op 28 april zal plaatsvinden. Ik heet de Minister en haar ondersteuning welkom, net als de dapperen op de tribune, degenen die dit debat thuis volgen en de collega's die aan dit debat meedoen. Kennelijk zijn er nog enkelen onderweg. Ik zie mevrouw Dijkstra en de heer Van Veen. De spreektijd is vier minuten. Ik ben heel mild. De woordvoerders mogen er deze keer ook viereneenhalve minuut van maken.

De heer **Van Veen** (VVD): Voorzitter. Ik heb slechts een aantal korte vragen. Naar aanleiding van de notities wil ik van de Minister weten of Nederland vorderingen maakt om de zelfredzaamheid van patiënten te vergroten in het kader van eHealth en mHealth. Zetten wij ook op Europees niveau stappen om tot de koplopers in Europa te behoren? In hoeverre kunnen wij iets leren van andere Europese landen, die dit onderwerp klaarblijkelijk steeds weer op de Europese agenda plaatsen? Zijn zij dan veel verder dan wij? Kan de Minister ons laten weten hoe ver die landen zijn?

De privacydiscussie is hieraan gekoppeld, in ieder geval in Nederland. Wordt deze in Europa op dezelfde wijze gevoerd? Als we mHealth en eHealth beter hebben georganiseerd, kunnen we naar een situatie gaan waarin door opt-in chronische patiënten mobieler worden en gemakkelijker naar het buitenland kunnen gaan. Dat moet wel zekerheden bieden. Daarnaast wil ik van de Minister weten hoe het staat met de onlangs aangenomen Verordening medisch-wetenschappelijk onderzoek. Hoe duidt zij deze? Wat betekent deze voor de Nederlandse wetgeving en de zaken waarmee de Minister aan het werk gaat?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het is jammer dat we hier met zo weinig mensen zitten, want Europa is voor D66 heel belangrijk. Juist op het gebied van de gezondheidszorg kun je veel zaken alleen met Europese samenwerking aanpakken. Virussen en falende artsen trekken zich niets aan van landsgrenzen, en ook op het terrein van orgaantransplantatie kunnen we levens redden door in Europa de krachten te bundelen. D66 hamert er daarom op dat de Kamer over het belang van de Europese gezondheidszorg blijft spreken.

Ook op het terrein van de medische hulpmiddelen kan Europa de veiligheid en beschikbaarheid vergroten. Ik krijg signalen dat Nederlandse ziekenhuizen voor kunstknies en pacemakers soms 20 tot 30% meer betalen dan wanneer ze die in bijvoorbeeld Duitsland afnemen. Het blijkt voor Nederlandse ziekenhuizen lastig om deze producten in het buitenland in te kopen. Dat gaat tegen het idee van een vrije Europese markt in. Het betekent dat ziekenhuizen onnodig hoge kosten maken, waarvan de premiebetaler uiteindelijk de dupe is. Wil de Minister die inkoopbarrières in kaart brengen met de ziekenhuizen? Ik weet dat ze eerder onderzoek heeft laten doen door Ecorys. In dat onderzoek zijn aanbevelingen gedaan en blijkt dat het nog niet op orde is. Ik hoor graag van de Minister hoe het ervoor staat, of ze wil bekijken hoe die barrières kunnen worden weggenomen en of ze dit in Europa wil aanpakken.

Een van de onderwerpen op de agenda is migratie en publieke gezondheid. D66 denkt daarbij niet alleen aan verplaatsing van de bevolking, maar ook aan verplaatsing van artsen. We hebben gezien dat falende artsen die eenmaal over de grens zijn, toch weer aan het werk kunnen en patiënten duperen. Er komt een Europees waarschuwings-systeem om dit tegen te gaan. Kan dit in 2015 ingaan? De Minister maakt vooruitlopend op dit systeem afspraken met de Europese landen. Met welke landen zijn afspraken gemaakt, en hoe staat het met de gesprekken met de buurlanden België en Duitsland? D66 ziet liever een Europese zwarte lijst voor geschorste artsen, zodat patiënten zichzelf kunnen wapenen tegen kwakzalvers. Na de Europese verkiezingen zal er een nieuwe Commissie aantreden. Ik zie dat als een kans om die zwarte lijst een nieuwe impuls te geven. Wil de Minister dit oppakken en wil ze hieraan prioriteit geven bij het eerstvolgende Nederlandse EU-voorzitterschap begin 2016?

De Minister zal ook spreken over de invloed van de economische crisis op de gezondheidszorg. We zien dat onder invloed van die crisis in Europa preventieprogramma's worden gestopt. In Griekenland bijvoorbeeld is daardoor het aantal hiv-besmettingen gestegen. Wil de Minister de inzet op preventie bij haar EU-collega's aan de orde stellen?

Tot slot heb ik nog twee korte punten. Nederland loopt achter met de implementatie van de richtlijn Geneesmiddelenbewaking. De Europese Commissie heeft het kabinet in gebreke gesteld. Waarom loopt Nederland achter met de implementatie? Wat zijn de mogelijke financiële consequenties? Wanneer gaat de Minister de Kamer de noodzakelijke wetswijziging sturen?

Onlangs heeft de Commissie een consultatie over eHealth opengesteld. Gaat Nederland deelnemen aan deze consultatie? Zo ja, wil de Minister deze dan naar de Kamer sturen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Excuus dat ik iets te laat was. De Partij van de Arbeid vindt dat Europese samenwerking in de zorg loont. Samen kunnen lidstaten daadkrachtiger optreden. Zo kunnen we kwaliteit, innovatie, veiligheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg beter stimuleren. Ik begin met een aantal onderwerpen die de Partij van de Arbeid Europees graag stevig geagendeerd ziet. Het gaat om prijsbeleid van geneesmiddelen, innovatie en veiligheid van hulpmiddelen en de samenstelling van voedingsmiddelen. Welke stappen zet de Minister om deze onderwerpen te agenderen? Kunnen deze onderwerpen nog voor het Nederlands voorzitterschap in 2016 op de Europese agenda komen?

De **voorzitter**: De Minister mist een aantal punten. Wilt u deze herhalen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ja, we hebben twee uur de tijd. Ik zal iets langzamer praten. Het eerste punt is het prijsbeleid van geneesmiddelen, het tweede innovatie en veiligheid van hulpmiddelen en het derde de samenstelling van voedingsmiddelen. Mevrouw Dijkstra noemde terecht een Europese zwarte lijst van artsen. Die is al uitgebreid aan bod gekomen, dus ik sluit mij aan bij de opmerkingen van mevrouw Dijkstra. Ik ga er zo inhoudelijk op in.

De PvdA steunt de lijn van het kabinet over de toegang tot zorg voor migranten. Welke specifieke punten gaat de Minister inbrengen? Gaat dit agendapunt ook over de mobiliteit van zorgverleners? Kan de Minister duiden wat zij uit dit agendapunt hoopt te halen? We hebben alvast een suggestie. We worden gezond ouder, maar dat geldt niet voor iedereen. Migrantenvormen een risicogroep met een minder goede gezondheid en minder kwaliteit van leven. Kan dit vraagstuk Europees geagendeerd worden, aangezien het in alle Europese landen speelt?

Dan kom ik bij het agendapunt economische crisis en zorg. Opvallend is dat vooral wordt gesproken over zorg als kostenpost, waarop bezuinigd moet worden om de kosten in de hand te houden. Dat is op zich heel goed, maar is het niet interessanter om de zorg als investering te zien? Investeren in gezondheid en gezond houden van mensen levert immers veel op, niet alleen in termen van kwaliteit van leven, maar ook in financiële zin. Welke voordelen zijn er te behalen door dit onderwerp in Europees perspectief te bezien?

De Partij van de Arbeid ziet eHealth als een goede manier om informatie op maat en zorg dichtbij huis te geven. Iedereen in het veld is voor, maar toch blijft de ontwikkeling in Nederland vaak hangen in goedwillende projecten. Welke knelpunten signaleert de Minister? Welke specifieke vragen over het oplossen van implementatieproblemen van eHealth gaat zij inbrengen? Met welke kennis hoopt de Minister terug te komen, en op welke manier kunnen we de kennis uit Europa benutten?

De nieuwe Verordening nieuwe voedingsmiddelen leidt tot harmonisatie en efficiëntere toelating. Het zal de voedselveiligheid bevorderen. Dat is goed nieuws. In het kader van voedingsmiddelen maakt de Partij van de Arbeid zich zorgen over de grote hoeveelheid zout in voedingsmiddelen. Mijn collega Wolbert heeft daarover eerder al opmerkingen gemaakt. De Minister gaf in het notaoverleg Preventiebeleid aan dat ze met de voedingsindustrie afspraken heeft gemaakt over het terugdringen van zout in voedingsmiddelen. Daarbij wees ze naar Europa, omdat veel producten in Europa of daarbuiten worden geproduceerd. Gaat zij de regie pakken in Europa en in Athene pleiten voor een Europese norm voor zout in voedingsmiddelen? De eerdere uitspraken van de Minister duiden daar wel op, dus wij gaan uit van een positief antwoord.

Mijn laatste punt betreft de medische hulpmiddelen. Is de verwachting dat de Medical Devices Directive Europees wordt geïmplementeerd? Zal dit positieve effecten hebben op de veiligheid en innovatie van hulpmiddelen? Gaat de Minister pleiten voor duidelijke, Europese kwaliteitseisen voor keuringsinstanties die hulpmiddelen keuren? Ook vraag ik me af hoe het staat met een Europese dekking van registratiesystemen voor implantaten. Gaat de Minister pleiten voor een tot de persoon herleidbaar Europees register voor implantaten? Dat is namelijk een heel belangrijke preventieve manier om de gezondheid te behouden of verbeteren.

De voorzitter: Voor de mensen thuis leg ik het even uit. Er zijn drie commissieleden. Ze vertegenwoordigen de VVD, de PvdA en D66, partijen die samen meer dan negentig zetels hebben in het parlement. De Minister bespreekt dit onderwerp dus met een groot deel van de Kamer.

De vergadering wordt van 10.13 uur tot 10.18 uur geschorst.

Minister Schippers: Voorzitter. We spreken vandaag voornamelijk over de agendapunten van de informele Gezondheidsraad, die op 28 en 29 april in Athene wordt gehouden. Dat zijn migratie en publieke gezondheid, de economische crisis en gezondheid en eHealth.

Er is sprake van een faseverschil in de besprekingen. Het punt eHealth wordt redelijk informeel tijdens een lunch besproken. Landen vertellen hoe zij iets hebben gedaan, en geven aan waar het meerwaarde heeft om samen te werken. Alle landen hebben buitengewoon veel interesse in eHealth. De meeste landen verbinden het sterk aan kosten. Onze inbreng zal zijn dat het de zelfredzaamheid en vrijheid van mensen kan vergroten. Je hebt een grotere zelfredzaamheid als je niet hoeft te wachten op een hulpverlener, maar dingen zelf kunt. Je kunt het bovendien los van plaats doen. Onze inbreng richt zich op die aspecten. Wij hechten zeer aan het uitwerken en uitwisselen van goede voorbeelden tussen de lidstaten. Het gaat ons met name om interoperabiliteit, standaardisatie en wet- en

regelgeving die daarvoor bestaat. Onze inbreng is in lijn met hetgeen de heer Van Veen vroeg.

Ik zal de Kamer voor de zomer van 2014 een brief sturen over innovatie. EHealth is een grote component van deze brief. We bekijken hoe we een grote slinger aan deze toepassing kunnen geven, in plaats van alleen losse, leuke projecten te doen waarmee we niet verder komen. De staatssecretaris en ik werken er samen aan, omdat de verschillen tussen care en cure vervagen. Zeker voor de patiënt bestaan die niet. We leren wel van andere landen. Engeland en Denemarken hebben zo hun eigen aanpak. Het is goed om van elkaar te leren, maar je ziet dat de cultuur van landen een enorme invloed heeft. Duitsland is bijvoorbeeld van oudsher enorm strikt wat privacy betreft. Daardoor kan er heel weinig. Daar kom ik straks op terug bij de zwarte lijst, want daarbij lopen we er ook tegenaan. Het land wisselt niet eens informatie uit tussen deelstaten, laat staan internationaal. Scandinavië heeft dat veel minder. Die landen hebben een veel minder strikt privacybeleid.

In Nederland ligt een wetsvoorstel in de Kamer, waarin we op instigatie van de Eerste Kamer de kant van de patiënt kiezen en vragen waaraan een systeem voor de patiënt moet voldoen. We zeggen niet dat een patiënt een elektronisch patiëntendossier (epd) moet hebben of in een bepaald systeem moet. De keuze voor het systeem laten we over aan het veld. Dit raakt de opt-in en de beveiligings- en privacyaspecten. Het is goed dat we onze standpunten uitwisselen, als we deze wet bespreken.

Dan kom ik bij de rol van Nederland in het eHealth Network van de Europese Commissie. Dit netwerk komt tweemaal per jaar samen. De voorjaarsbijeenkomst vindt plaats in het land dat het EU-voorzitterschap bekleedt. Binnen dit netwerk staan zaken als standaardisatie, richtlijnen voor grensoverschrijdende medische informatie-uitwisselingen, health technology assessment en het delen van ervaringen en best practices op de agenda. Nederland participeert in dit netwerk. Wij wonen de vergaderingen bij en participeren in twee werkgroepen. Eén werkgroep buigt zich over het nieuwe meerjarenplan van het netwerk. De andere richt zich op semantische en technische interoperabiliteit.

Wij zien vooral samenwerking op het terrein van het uitwisselen van kennis en ervaringen, het uitvoeren van onderzoek en het gebruikmaken van ICT-toepassingen die ergens anders zijn ontwikkeld. Je hoeft niet altijd alles zelf uit te vinden. We doen dit omdat we kansen zien voor de kwaliteit van onze gezondheidszorg, maar ook voor onze economie. Het is ook belangrijk om internationaal afspraken te maken over eenheid van taal om zo het gebruik van ICT te standaardiseren. Nederland speelt een actieve rol in die standaardisatie, onder andere via Nictiz.

De heer Van Veen stelde een moeilijke vraag over medisch-wetenschappelijk onderzoek. Daarover is een verordening aangenomen. Die is heel complex. Wij hebben intern grote discussies of die ruim of minder ruim is. De ene jurist zegt dat de verordening minder ruim is, de andere juist dat die echt ruimer is. Maak er maar chocola van. Dat gaan we wel proberen, want we moeten in de Kamer verder met de commissie-Doek. Door deze verordening zijn onze handelingsmogelijkheden ingeperkt. Het is dus van belang hoe we dat duiden. Het leek simpeler dan het is. We hadden ons goed voorbereid en ik was erg enthousiast, want de verordening zou net iets ruimer worden dan de regels die wij hadden. Er zijn op het laatste moment allerlei aanpassingen gedaan in het Europees Parlement. Wij bestuderen die nu. Daarom hebben we nog geen reactie gegeven.

De heer **Van Veen** (D66): De procedure is dus dat de Minister komt met een reactie op de verordening, zodat mijn fractie daar kennis van kan nemen.

Minister **Schippers**: Dat zal wel moeten. We zitten in een wetgevings-traject. Er liggen allerlei amendementen.

De heer **Van Veen** (VVD): Kan de Minister een termijn noemen?

Minister **Schippers**: We hebben er even tijd voor nodig, omdat het complex is. Ik kan geen termijn geven, maar voor de zomer zullen wij met onze bevindingen komen.

Een onderwerp dat ons al lange tijd bezighoudt en waarmee ik me zeer verbonden voel is de zogenaamde zwarte lijst. Die moeten we overigens in Europa geen zwarte lijst noemen, want daar komen we niet verder mee. Voor die term is men allergisch. Je kunt springen zo ver als je polsstok lang is. Onze ideeën over het toegankelijk maken voor patiënten van een lijst van artsen die bijvoorbeeld geschorst zijn, komen niet overeen met de wijze waarop veel landen erin staan. Dat is voor veel landen een no-go. We zullen dit Europees dus heel lastig voor elkaar krijgen. We hebben niet alleen bilateraal afspraken gemaakt over uitwisseling van gegevens, maar er is ook een herziening van de EU-richtlijn Erkenning beroepskwalificaties. Die is eind 2013 aangenomen. Landen hebben twee jaar om de richtlijn in te voeren. Eind 2015 moet deze zijn geïmplementeerd, inclusief het waarschuwingsmechanisme.

Tot die tijd hebben wij een proactieve informatie-uitwisseling met het Verenigd Koninkrijk (VK), Zweden, Finland, Ierland, Slovenië en Noorwegen. Wij hebben met de volgende landen informatie-uitwisseling zodra een individu migreert: Denemarken, Estland, Oostenrijk, Polen en Letland. België en Duitsland zijn bereid actief informatie uit te wisselen, maar deze landen zitten met de verschillende bevoegdheden van de federale overheid, de regio's en de deelstaten. We hebben daarom afgesproken dat er één centraal contactpunt wordt aangewezen. Deze zijn inmiddels gerealiseerd in Brussel en Berlijn. Daarnaast wordt op ambtelijk niveau bekeken of met België verdere samenwerking mogelijk is. Door het Vlaams en Nederlands is dat een heel gemakkelijke stap. Ik sprak een tijd geleden mijn Franse collega. Hij vond samenwerking niet relevant. Ik vertelde toen dat we met bijna al onze buurlanden afspraken hadden gemaakt. Dat betekent dat als het daar niet lukt, de betrokken individuen een stapje verder gaan, en kijk, dat is Frankrijk. Toen zei hij dat hij misschien toch wel geïnteresseerd was. Frankrijk heeft nu aangegeven dat men deze problematiek samen wil aanpakken. Wij denken dat we met Frankrijk snel stappen kunnen zetten.

Naast deze afspraken stuurt Nederland iedere maand de lijst van personen met een bevoegdheidsbeperking aan alle EU-lidstaten toe. Andere landen kunnen dus niet worden overvallen. Verder werkt het CIBG voortdurend aan het optimaliseren van de website van het BIG-register voor buitenlanders, bijvoorbeeld door het vertalen van cruciale onderdelen in het Engels en het linken naar buitenlandse registers. Ons register is goed toegankelijk. Ik denk dat dit het meest haalbare is. We krijgen nu de herziening van de richtlijn Erkenning beroepskwalificaties. Daarin hebben we wat stappen kunnen zetten, door heel intensief duwen en trekken, totdat iedereen er ziek van werd. Het VK is heel open en transparant, net als de Scandinavische landen en Nederland. Voor veel landen geldt dit niet. Voor Duitsland is een en ander door de heel strikte privacywetgeving veel lastiger te realiseren. Men ziet daar het probleem wel sinds de casus Jansen Steur. Men wil er graag wat aan doen, maar de mogelijkheden in Duitsland zijn veel beperkter. Ik ben blij dat Duitsland meedoet met het waarschuwingsmechanisme en één centraal contactpunt heeft aangesteld.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Het is goed om te horen dat er voortgang wordt geboekt, hoe moeizaam dat ook gaat. Wat kan de Minister hierin tijdens

het Nederlands voorzitterschap van de EU doen? Dan kunnen we het hoog op de agenda zetten. Is de Minister dat van plan?

Minister **Schippers**: Het is mogelijk een van de onderwerpen. De onderwerpen die wij als prioriteit aanmerken bij de EU, worden bepaald door het kabinet. Wij zullen hier zeker aandacht aan moeten besteden, maar het kabinet besluit of het een prioritair onderwerp wordt. Ik heb daar zelf een rol in, omdat ik het al dan niet voorstel. Ik heb de Kamer al aangegeven dat ik een heel groot voorstander ben van het prioritair maken van antimicrobiële resistentie (AMR). Maar dat moet nog door het kabinet worden besloten. Gelukkig vindt mijn collega Dijkstra dit ook. Deze dingen zal ik voorstellen, maar we moeten afwachten welke keuze uiteindelijk wordt gemaakt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb nog een heel korte vraag. Als we het geen zwarte lijst mogen noemen, hoe mag het dan wel heten?

Minister **Schippers**: Uitwisseling van gegevens. «Zwarte lijst» werkt als een rode lap op een stier, dat heb ik zelf gemerkt in mijn contacten. Ik ben na gesprek twee afgestapt van het begrip «zwarte lijst». Daar kom je geen steek verder mee.

De **voorzitter**: Het lijkt wel juridisch.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik begrijp de moeilijkheid rondom de lijst die niet zwart genoemd mag worden. Ik heb een andere vraag. Het is belangrijk dat uitwisseling Europees wordt geregeld, maar we zien de knelpunten. Tegelijkertijd hebben we geen probleem als een ziekenhuis referenties natrekt van een arts die daar in dienst treedt. We willen iets Europees regelen. De Minister zit er bovenop en dat is goed. Wat zijn, los van een lijst, mogelijkheden om te kijken in hoeverre je Europees meer bindende afspraken kunt maken om een arts te toetsen en referenties op te vragen, voordat hij ergens begint? Daar ligt de kern.

Minister **Schippers**: Het gaat ook over naleving van interne wetten. Dat hebben we in Duitsland gezien. Er kunnen wetten zijn, maar een ziekenhuis moet die actie wel nemen. Voordat we deze helaas zware incidenten hebben gehad, kon een ziekenhuis in Nederland niet achterhalen of iemand een aantekening had in het BIG-register. Dat kan nu wel. Wij maken progressie, maar we zijn nog maar heel recent zo ver. Een heleboel landen zijn nog lang niet zo ver. We blijven hierover met de Europese Commissie in overleg en blijven duwen om het steeds een stap verder te brengen.

We hebben in Europees perspectief gezien grote stappen gezet. In 2015 volgt weer een grote stap, als de richtlijn is geïmplementeerd. Ik verwacht niet dat we in die periode meer grote stappen kunnen maken, maar we moeten blijven duwen zodat op een gegeven moment de geesten rijp zijn om weer een stap te zetten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor het antwoord. Ik ben het daar zeer mee eens. Voor een deel blijkt na jaren dat een arts niet functioneert. Voor een deel ligt het bij het ziekenhuis. Als het ziekenhuis in Duitsland even had gebeld naar het Medisch Spectrum Twente, dan had men de heer Jansen Steur nooit aangenomen. Voor een deel zit het in de BIG-registratie, voor een deel in een Europese lijst. De eerste stap is inderdaad de wetten naleven. Daar ligt een link met het toezicht per land. Als ik het goed heb begrepen, heeft elk Europees land een toezichthouder. Die heeft volgens mij de belangrijke taak om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen elke arts scannen, voordat hij begint aan zijn dienstverband.

Kan dit onderwerp worden toegevoegd aan de agenda die de Minister heeft neergezet?

Minister **Schippers**: Heel veel landen zijn helemaal niet zo ver. De bestaande uitwisseling vindt plaats tussen toezichthouders. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wisselt informatie uit met haar Europese kompanen. Zo werkt het systeem. Een ziekenhuis kan de inspectie in het eigen land bellen. Die partijen moeten actief uitwisselen. Bij ons kan men gewoon in het BIG-register kijken. Je hoeft niet eens de IGZ te bellen. We proberen ons register in het Engels te vertalen, zodat het voor buitenlanders toegankelijk is. Voor informatie over een Duitse arts moet worden gebeld met de Duitse IGZ.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Stel dat ik een Duits ziekenhuis ben en ik wil dokter A. uit Nederland aannemen. Dan mag ik toch gewoon bellen met de vorige werkgever van deze arts, een ziekenhuis in Nederland? Ik trek een referentie na voordat ik iemand aanneem. Dat kan toch gewoon?

Minister **Schippers**: Dat kan.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dan is de kern van het probleem toch dat dat niet wordt gedaan?

Minister **Schippers**: Daar ligt een kern van het probleem, maar daar kan ik niets aan doen. De vraag is wat ik Europees beter kan regelen, dat er nu nog niet is. Wat mevrouw Bouwmeester noemt, is een heel logische stap voor ziekenhuizen. In de praktijk blijkt deze vaak niet gezet te worden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het zou mooi zijn als dit aspect ook in de agenda wordt meegenomen. Dat is mijn enige suggestie.

Minister **Schippers**: We moeten oppassen dat we niet zeggen dat wij het in Nederland zo goed weten, en dat anderen het niet goed doen. Ik ben het geheel met mevrouw Bouwmeester eens. De eerste stap die je zet, als je iemand aanneemt, is dat je natrekt waar iemand vandaan komt en wat zijn record is.

De heer **Van Veen** (VVD): Ik ben het volledig met de Minister eens. Zij zegt iets belangrijks. Het is heel moeilijk om op Europees niveau afspraken te maken over disfunctionerende artsen. Wij focussen vooral op Nederlandse, disfunctionerende artsen die in het buitenland aan het werk gaan. We denken daarbij aan de heer Jansen Steur, en misschien aan anderen die ik zo niet op het netvlies heb. Wat vindt de Minister van artsen uit landen die moeilijk doen over het transparant maken van disfunctioneren, die in Nederland komen werken? Uiteindelijk moeten we in Europa de conclusie trekken dat sommige landen die transparantie niet kunnen bieden. Welke consequenties heeft dat voor een arts uit zo'n land die in Nederland in een ziekenhuis wil gaan werken? Ik ben het met de Minister eens dat we de verantwoordelijkheid moeten neerleggen bij de raad van bestuur. Daar hebben we in de Kamer al vaker over gesproken. De raad van bestuur moet natrekken wie het ziekenhuis in dienst heeft. Als dat niet lukt, volgt er voor de Minister een volgende stap. Ik wil graag weten wat die stap is.

Minister **Schippers**: Het is een drietrap. De eerste trap is dat de raad van bestuur zelf natrekt wie hij in dienst neemt. Voor de tweede trap hebben we straks het waarschuwingssysteem. Landen die het probleem niet zo groot achten en niets doen, moeten uiterlijk eind 2015 het waarschuwingssysteem implementeren. Uitwisseling vindt plaats tussen inspecties. Wij zouden verder willen voor een derde trap, maar in sommige landen

stuit men dan op de privacywetgeving. Die is niet zo een-twee-drie aangepast. Denk aan Duitsland, daar is het een zwaar punt. Sinds de Tweede Wereldoorlog zijn de privacywetten daar zo scherp, dat zelfs de uitwisseling tussen de deelstaten onderling een probleem geeft. Ze hebben niet eens een nationaal beeld. Dat gaat dus veel moeilijker, maar ook Duitsland gaat meedoen aan het waarschuwingssysteem. Ook Duitsland heeft met ons afgesproken om vooruitlopend daarop een centraal meldpunt in te richten. We kunnen handelen alsof dat waarschuwingssysteem er al is.

Waarom is de geneesmiddelenrichtlijn nog niet geïmplementeerd? Dit was een ontzettend taai onderwerp in Europa. Toen de richtlijn gereed was, bleken er nog een aantal verbeterpunten te zijn. Daarom was het noodzakelijk om een aparte richtlijn en dus ook een apart nationaal wetsvoorstel op te stellen. Het gaat vooral om de samenwerking tussen de Europese geneesmiddelenautoriteiten. Het CIBG handelt alsof de richtlijn al van kracht is. Het wetsvoorstel ligt bij de Raad van State. Wij verwachten dat dit voor de zomer naar de Kamer kan worden gestuurd.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb de Minister gevraagd of er mogelijke financiële consequenties zijn.

Minister **Schippers**: Vooralsnog worden die niet voorzien. Als je, vooruitlopend op zo'n richtlijn, al handelt alsof die bestaat, dan is de kans daarop natuurlijk minder. We moeten het nog wel wettelijk regelen. We zijn nog in beraad over deelname aan de consultatie eHealth. Als we meedoen, zullen we de Kamer daarover informeren.

Ik kom bij de vragen over kwaliteitseisen voor medische hulpmiddelen en het register. Wij hebben al besloten zo'n register in te richten, vooruitlopend op Europese besluitvorming. Ik heb de Kamer geïnformeerd over het feit dat dit langzamer is gegaan dan voorzien, omdat er een enorme technische reut achteraan komt. Soms kun je achter techniek ook belangen verbergen. Dat weet ik. We hebben nationaal stappen gezet, en internationaal werken we er ook aan. Dat gaat ontzettend moeizaam. Het is een traag geheel. Ik kan daar meer over zeggen in het algemeen overleg op 18 juni. Het is niet verkeerd dat wij vooruitlopend daarop beginnen met een implantatenregister.

In Nederland betalen we veel meer dan in Duitsland, tot 30% meer. We hebben één interne markt, maar toch zijn er beren op de weg. Mevrouw Dijkstra vraagt of we inkoopbarrières in kaart kunnen brengen en hoe we die kunnen slechten. Dit onderwerp staat ook op de agenda van het overleg op 18 juni. Als ik op de stand van zaken rond medische hulpmiddelen inga, zal ik dit onderwerp meenemen. Ik zal bekijken of het zo is. Ik ben in een aantal ziekenhuizen geweest die momenteel via Duitsland inkopen. Zij behalen daar enorme winsten. «Winsten» is niet het goede woord, het zijn inkoopvoordelen. Je moet het geld toch uitgeven. In de uitverkoop zeg ik zelf altijd dat ik veel heb verdiend. Het is waar: ik ken Nederlandse fabrieken die goedkoper verkopen naar Duitsland. Als je dat in Nederland gemaakte product via Duitsland koopt, heb je enorme voordelen. Ik moet nagaan waar de barrières momenteel zitten en wat al is opgelost. Mijn voorstel is daar op 18 juni op terug te komen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Deze informatie krijg ik via de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Er is kennelijk het nodige aan de hand. Dat zal de Minister ook wel horen. Ik heb haar gevraagd of ze dit in Europees verband wil bekijken en aankaarten. Het zal niet alleen om Nederland gaan. Ik denk dat in elk Europees land anders wordt geprijsd voor de eigen ziekenhuizen.

Minister **Schippers**: Ik kan dat doen, maar deze informatie hebben we niet voor juni beschikbaar. Ik kan op 18 juni een stand van zaken geven.

Inventariseren of dit een Nederlands probleem is of dat het elders ook speelt, gaat tijd kosten. Die inventarisatie kan ik niet voor het overleg op 18 juni opleveren. Ik kan wel vragen of de mensen daarover iets kunnen opdiepen, maar ik kan het niet beloven.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik kan me voorstellen dat dit lastig wordt. Ik vind het wel belangrijk dat de Minister bekijkt hoe ze dit in Europees verband aan de orde kan stellen.

Minister **Schippers**: Dat ga ik bekijken. Ik kom er op 18 juni op terug. Mevrouw Dijkstra vroeg naar de economische crisis en het stoppen van preventieprogramma's. Preventie is een belangrijk onderwerp op de Europese agenda sinds ik deelneem. De Scandinavische landen agenderen het vaak, en het is altijd een onderwerp van gesprek. Het ligt anders als mensen echt in de economische crisis zakken. Ik sprak een tijd geleden mijn Ierse collega. Wij vinden dat we in Nederland goed bezig zijn, omdat de groei dit jaar naar 1,5% en volgend jaar naar 1% gaat. Mijn Ierse collega moest 18% bezuinigen. Min 18% betekent hakken in de zorg. Ik kan dan wel heel belerend doen, maar hij weet ook niet waar hij het geld vandaan moet halen. Over het belang van preventie in Europa en investeringen daarin wordt veel gesproken. Er worden best practices uitgewisseld. Roken is vaak een thema. Dat blijkt uit alle maatregelen die uit Europa komen. Ook wordt altijd over obesitas gesproken. Er wordt veel uitgewisseld, maar het is een nationaal besluit om preventieprogramma's te sluiten. Ik kan daar een oordeel over hebben, maar ik zit in een positie van groei van 1,5%. Dat is heel wat anders dan min 18%.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb dit onderwerp aan de orde gesteld, omdat er een direct verband is tussen de crisis en het toenemende aantal hiv-besmettingen, in dit geval in Griekenland. Je ziet het directe resultaat van het loslaten van zo'n programma. Het gaat mij erom dat de Minister niet alleen anderen toespreekt, maar dat we ons dit zelf ook aantrekken. Het is goed om preventie met de Europese collega's te blijven bespreken en te bezien waar de keuzes worden gemaakt. Die keuzes hebben vergaande consequenties.

Minister **Schippers**: Dit thema wordt veel besproken. Vaak vraag ik mij af of dit de subsidiariteitstoets wel kan doorstaan. Europa kan zaken regelen waarvan ik inschat dat ze cultureel gezien bij ons niet aanslaan, maar die in andere landen wel aanslaan. De notie van het belang van preventie is groot. Het wordt vaak besproken. De Ministers van Volksgezondheid zien zeker het belang hiervan. Dat zijn vaak dokters. Ik ben terughoudend in het inzetten van EU-programma's. Dat leidt tot schoolfruit en allerlei andere dingen. Vanuit Europa is er ooit een antirokencampagne geweest. In cultureel opzicht liggen de landen van Europa te ver uit elkaar om met één campagne iedereen te bereiken op de manier waarop je dat wilt. Preventie is echt geen onderwerp waarvoor onvoldoende aandacht is in de uitwisselingen.

Ik kom bij zorg als kostenpost in plaats van als investering. In Europa zit ik altijd met volksgezondheidsmensen. Die zien zorg als investering. Ik was in Davos met de Ministers van Financiën. Zij zien zorg helemaal niet als investering, maar als een gigantische kostenpost waaraan nodig wat gedaan moet worden. Deze notie kom je overigens in ieder land bij Ministers van Financiën tegen. Het is dus afhankelijk van het gremium. Zo hoef je Ministers van Gezondheidszorg over het algemeen niet te overtuigen van het nut van preventiemaatregelen. Ministers van Financiën vinden die vaak te duur. Het moet uiteindelijk op te brengen zijn, dus moet er balans zijn in wat je uitgeeft en wat niet. Nederland geeft heel veel uit aan gezondheidszorg. Wij zitten qua percentage bruto nationaal product (bnp) in de top van Europa en de wereld.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik begrijp heel goed hoe het in Europa gaat. Dat is meteen de uitdaging, om het woord «probleem» te vermijden. Als de Ministers van Financiën voorgerekend krijgen wat investeringen in gezondheid en het gezond houden van mensen opleveren, niet alleen in termen van kwaliteit van leven – dat is niet hun primaire taak – maar ook in termen van financiering, dan kan dat leiden tot een soort common sense om mensen gezond te houden. Wat investeert je? Hoe haal je het beste uit elke geïnvesteerde euro? Veel geld aan zorg uitgeven wil niet per definitie zeggen dat je de gezondste mensen krijgt. Ik zoek naar een manier waarop de kijk in Europa veranderd kan worden. Daar hebben wij hopelijk in 2016 een belangrijke taak in. Als we doorgaan op de manier waarop we het nu doen, zegt de Minister van Financiën dat we moeten korten. Ierland heeft een veel groter probleem dan wij. Dan verander je niets in termen van besparingen en het vergroten van de kwaliteit van leven. Welke manieren ziet de Minister in aanloop naar het voorzitterschap om daarin een positieve rol te vervullen en deze denkwijze te doorbreken?

Minister **Schippers**: In de gremia waar ik ben geweest is het «preaching to the converted». Ik zit eigenlijk nooit bij de Ministers van Financiën. Dat was die ene keer toevallig zo, omdat we in Davos werden gemixt. Het was een heel andere context dan waarin ik normaal zit. Het standpunt van mevrouw Bouwmeester is common sense in de raden waarin ik zit. Iedereen gaat dan mopperen op zijn Minister van Financiën. Daar heb je ook niets aan. Een kabinet spreekt immers met één mond. Ik ben ervan overtuigd dat de waarheid in het midden ligt. Er moet altijd een balans zijn in wat je samen kunt betalen en wat mensen zelf moeten opbrengen. Die balans is een dunne lijn.

Ik vind het bijzonder dat de systemen in Europa naar elkaar toe groeien. Er waren eerst echt publieke en echt private systemen. Het zijn nu allemaal mixen. Je ziet dat de publieke systemen een eigen markt creëren, waarin concurrentie ontstaat. Innovatie en kostenbeheersing via de markt, en solidariteit en mensen helpen die weinig geld maar een grote medische behoefte hebben, groeien in Europa naar elkaar toe. Dat vind ik heel interessant. Zonder dat een Europese regering zegt hoe het moet, groeien die stelsels toe naar modellen die erg op elkaar lijken, ook al hebben ze heel verschillende achtergronden. Daarin zie je de verhouding tussen enerzijds de kostenbeheersing en anderzijds zorgen dat mensen die weinig geld hebben toch goede medische zorg kunnen krijgen, zodat zij ook kwaliteit van leven hebben en productief kunnen zijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat stelsels naar elkaar toe groeien is belangrijk. Iedereen moet dezelfde zorg krijgen en eerlijke en gelijke kansen op kwaliteit van leven. Als ik de Minister zo hoor, is het meer dan ooit zaak dat er een pact wordt gesloten tussen de Ministers van Volksgezondheid en de Ministers van Financiën om te bekijken hoe ze de gezondheid vooruit kunnen helpen. De grootste bedreiging voor kwaliteit van leven en daarmee voor de financiën zijn de voorspelbare ziektes: het aantal vrouwen dat rookt, overgewicht, ik hoef het allemaal niet op te noemen. Wil de Minister een voortrekkersrol spelen om te bezien hoe je tot zo'n pact komt en welke voorbereiding dat vraagt? Hoe kunnen wij dit met enige ambitie inzetten als wij in 2016 voorzitter zijn?

Minister **Schippers**: Ik zit met het subsidiariteitsprincipe, dat we in het kabinet hebben afgesproken. Ik vind het belangrijk dat er informeel veel uitwisseling is, zeker op informele raden. We moeten actief meedoen met lunchbesprekingen en het uitwisselen van best practices. Ik verzet me ertegen dat we vanuit Europa meer regelgeving op dit gebied krijgen. Preventie is echt iets van de samenleving. Het verschilt van samenleving tot samenleving wat werkt en wat niet, en wat de inzet is. Het is een

belangrijk onderwerp, maar in de aanpak zitten verschillen. Je kunt best practices uitwisselen. Zo zijn we een heel nieuwe weg ingeslagen met publiek-private samenwerking (pps). Ook op dat vlak willen we onze kennis delen. Misschien brengen we anderen op ideeën door het daadwerkelijk uitwisselen, maar om er een prioriteit van te maken ... Je kunt vijf prioriteiten stellen, maar dan heb je geen prioriteit. Het kabinet heeft besloten dat alle bewindslieden heel summier moeten zijn met het stellen van prioriteiten voor het voorzitterschap. Antibioticaresistentie is absoluut een Europees en wereldprobleem. Voor het geneesmiddelen-beleid regelen we de zaak in Europa muurvast. De zwarte lijst is een derde prioriteit. Dan vind ik preventie op Europees niveau geen prioriteit voor ons voorzitterschap. Wij doen al aan uitwisseling.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mijn vraag was een heel andere. Mijn vraag over zorg is overkoepelend en gaat meer over de waarde. Je kunt zorg als kostenpost of als investering zien. Preventie is daar een klein onderdeel van. Alle andere punten die de Minister noemde, horen daar ook bij. De vraag is of je er een overkoepelend thema van wilt maken, en hoe je de gezondheid vooruit helpt en daarmee geld bespaart. Alleen kijken naar preventie is veel te smal. Daarmee bereik je dat niet. Zolang de Ministers van Financiën de hand op de knip houden, kom je niets verder. Dat was mijn punt. Dat reikt voor nu te ver. Ik heb het aangereikt en kom er bij het volgende algemeen overleg op terug, in de hoop dat we in ons voorzitterschap één breed thema neer kunnen leggen.

Minister **Schippers**: Ik waarschuw dat ik daar heel huiverig voor ben. Ik zou de woordvoerders bijna willen uitnodigen om eens bij de ministerraad aan te schuiven. Dan zullen ze zien dat het in de ministerraad niet veel anders gaat dan in Europa. Iedereen heeft zijn belangen. De Minister voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking vindt het heel belangrijk dat we meer gaan doen aan haar onderwerpen. De Minister van Onderwijs vindt onderwijs het belangrijkste, omdat de kenniseconomie niet vanzelf gaat draaien en onderwijs kinderen baggage meegeeft voor heel hun leven. Zo heeft iedereen zijn dingen. Het heeft geen zin mijn gezondheidszorgonderwerpen heel groot te maken. De waarheid is dat alle Ministers gelijk hebben. Het is een kwestie van het zoeken naar de balans. Dat is hier zo, en dat is op Europees niveau ook zo.

De **voorzitter**: Die uitnodiging nemen we graag aan.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik kom morgen een vurig pleidooi houden. Ik help de Minister graag.

Minister **Schippers**: Ik kom bij het onderwerp migratie en gezondheid. Mevrouw Bouwmeester wilde weten wat mijn inbreng is op dit punt, omdat migranten een risico lopen op een minder goede gezondheid en daardoor minder kwaliteit van leven. Het Grieks voorzitterschap heeft dit op de agenda geplaatst om een gedachtewisseling te houden. De insteek is om kort weer te geven hoe de lidstaten de toegang tot de gezondheidszorg voor migranten hebben geregeld en daar goede voorbeelden over uit te wisselen. In Nederland hebben alle burgers recht op kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg. Dat geldt ook voor migranten. Het gaat om een grote groep burgers. Het vraagstuk van gezondheidszorg voor migranten is in Nederland een gewoon vraagstuk van kwaliteit en effectiviteit van zorg. Zorgverleners moeten rekening houden met verschillen tussen migranten en niet-migrant, maar dat geldt ook voor verschillen in de autochtone bevolking. Vanuit ons stelsel zetten wij de cliënt centraal. Alle cliënten hebben specifieke kenmerken, waarmee zorgverleners rekening moeten houden bij het leveren van goede zorg. De

culturele achtergrond kan er daar een van zijn. Wij zien dit dus als een vraagstuk dat past binnen onze gezondheidszorg, waarin ieder zijn eigen aspecten heeft. Goede zorg aan migranten betekent geen cultuurspecifieke zorg, maar cultuursensitieve zorg. Oog voor diversiteit en specifieke achtergrond bevordert de kwaliteit en effectiviteit van de zorg in den brede.

Het is van groot belang dat het reguliere stelsel niet alleen in Nederland, maar ook in andere landen goed werkt voor migranten. Professionals en burgers hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De zorgsector en de professionals hebben een verantwoordelijkheid om aan migranten goede en veilige zorg te bieden. We zien ook een verantwoordelijkheid voor de migrant zelf, net zoals we die voor de patiënt in zijn algemeenheid zien. De patiënt heeft een eigen inbreng en verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid en de keuzes die er daarbinnen zijn. Wij hebben een vrij toegankelijk en open stelsel. Dat stellen wij centraal in de discussie. Ik heb een extra beleidsimpuls ingezet op zout. Ons eten is veel te zout. Als je een gezond eetpatroon hebt, mag je niet te veel zout binnenkrijgen. Als je zelf een kilo zout op je eten gooit, is het je eigen verantwoordelijkheid. We leven in een vrij land. Als je echter gewoon brood en normale maaltijden koopt, moet je niet te veel zout binnenkrijgen. Ik heb de beleidsimpuls ingezet omdat veel dingen de interne markt betreffen en Europees geregeld moeten worden. Het staat niet op de agenda van deze Raad, maar we hebben een actief beleid binnen de Europese Unie. Tegelijkertijd hebben we nationaal met de industrie afgesproken om een verminderingprogramma in te zetten. We willen daar transparant over zijn en publiceren erover. De partijen hebben een convenant ondertekend. Iedereen kan volgen of het convenant wordt nageleefd, en elkaar daarop aanspreken. Dat is belangrijk, omdat sommige producenten echt bereid zijn om hier veel werk van te maken. Dat betekent nogal wat. Zout zorgt ervoor dat je eten langer kunt bewaren en het heeft een bepaalde smaak. Op beide aspecten moet dus productontwikkeling plaatsvinden. Een andere blikkenfabrikant wil bijvoorbeeld niet mee doen. Daarom hebben we het convenant gemaakt. Iedereen heeft getekend. Zo kunnen we zichtbaar maken hoe het zit en volgen wie wat doet.

In het algemeen overleg over geneesmiddelen heb ik gesproken over het Europese prijsbeleid voor geneesmiddelen. Wij zijn daar erg voor. Wij willen heel graag een Europees prijsbeleid, zeker voor weesgeneesmiddelen. De grote landen willen dat echter niet. Daar komen we geen steek verder. De grote landen willen het prijsbeleid zelf regelen. Bij kleine landen is wel bereidheid om dit Europees aan te pakken. Ik heb in het algemeen overleg over het geneesmiddelenbeleid gezegd dat we in ieder geval kijken of we met de kleine landen stappen kunnen zetten. Veel kleine landen samen zijn evenveel als een groot land. Het gaat erom dat we allemaal weinig patiënten en dezelfde problemen hebben. Dat is heel jammer, maar in plaats van te trekken aan een dood paard beginnen wij met de kleinere landen, om te bezien of we op dit terrein vorderingen kunnen maken.

De heer **Van Veen** (VVD): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Het is goed dat er een brede discussie over eHealth gaat plaatsvinden, ook in de Kamer. Laten we kijken of we de geboekte successen kunnen delen, zowel in Europa als in Nederland. Het proces voor de verordening medische wetenschap en de gevolgen voor de Nederlandse wetgeving is mij duidelijk. Ik heb begrepen dat er ook een implementatieplan moet zijn. Ik zou het prettig vinden als we daar kennis van kunnen nemen.

Voor het voorzitterschap van Nederland in 2016 hoor ik al wat suggesties. Misschien dat we nog eens kunnen nadenken over de antibioticaresistentie.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik dank de Minister voor haar antwoorden. Ik heb begrepen dat ze op het punt van medische hulpmiddelen en de aanschaf daarvan terugkomt in het algemeen overleg dat we daarover in juni hebben. Wat betreft het medisch-wetenschappelijk onderzoek waaraan de VVD refereerde, wil ik graag weten hoe het traject voor de wetgeving in dat proces is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Ik heb nog twee vragen. Wat ziet de Minister als het grootste knelpunt voor eHealth in Nederland waardoor het niet snel en goed wordt ingevoerd, zoals we dat idealiter zouden willen? Wat wil de Minister uit Europa halen? Wat wil ze bespreken?

Mijn tweede vraag betreft het zout. De Minister zegt dat we in Europa actief hebben ingezet op zoutreductie. Het staat nu niet op de Europese agenda, maar we zijn er wel mee bezig. Hoe is ze daarmee bezig en wanneer kunnen we daar iets over verwachten?

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer Van Veen vraagt naar het implementatieplan en mevrouw Dijkstra naar het wetgevingstraject. Het wetgevingstraject en de implementatie overlappen elkaar, die snijden elkaar. We moeten bekijken of we in het wetgevingstraject dingen moeten wijzigen aan het wetsvoorstel om in de pas te lopen met de Europese richtlijn. De woordvoerders weten dat er een amendement ligt dat in ieder geval niet in lijn is met de Europese richtlijn en veel verder gaat. Dat is dus een onmogelijkheid geworden. We moeten bekijken waar de grenzen liggen, dus we moeten het goed bestuderen.

Ik hoef voor het voorzitterschap niet na te denken over AMR. Ik zie resistentie tegen antibiotica als een van de grootste bedreigingen van onze gezondheidszorg. Het is echt grensoverschrijdend. We kunnen van alles doen, maar ik maak me serieuze zorgen als we op dit punt de krachten niet bundelen. Het is een onderwerp voor deze commissie en de commissie voor Economische Zaken. Daarin is het een groot onderwerp. Mevrouw Dijkema voert het veterinaire beleid voor antibioticagebruik. Wij werken heel nauw samen op dit dossier. Je kunt het niet los van elkaar zien. Voor mij is het dus niet meer nadenken over, ik wil gewoon dat Nederland daarop inzet. We staan hierin niet alleen. Het VK en Zweden zijn onze medestanders. Ik stuur de Kamer binnenkort een brief over AMR, om inzicht te geven in wat we tot nu toe hebben gedaan en wat er op de agenda staat. Ik zal een aantal keren weg zijn, of niet beschikbaar voor de Kamer, omdat wij hierover in juni samen met de World Health Organization (WHO) een grote conferentie organiseren. In Amerika willen beleidsmakers en politici van alles met AMR. We proberen internationaal de krachten te bundelen.

Ik kom in het algemeen overleg in juni terug op de medische hulpmiddelen.

Een groot knelpunt bij eHealth is bijvoorbeeld het feit dat niet iedereen de standaarden gebruikt die er zijn. De Kamer krijgt binnenkort een brief waarin ik aangeef dat zorgverzekeraars moeten gaan inkopen op het gebruik van deze standaarden. Een groot probleem is verder dat we de wet nog niet hebben. Die wet regelt wat nodig is ten faveure van de patiënt. We kunnen van alles doen rond eHealth met interactiviteit en dossiers, maar de rechten van de patiënt moeten worden vastgelegd. Het wetsvoorstel ligt in de Kamer. Dat gaan we bespreken. Dat vind ik een heel belangrijke voorwaarde. Verder kom ik hierop in de brief uitgebreid terug.

Wat wil ik uit de EU halen? Het is heel belangrijk dat we kunnen leren van de ervaringen die elders zijn opgedaan. Iedereen heeft met open mond gekeken naar de hoeveelheid geld die het VK investeerde in eHealth. We hebben gezien dat het vastliep en eigenlijk is mislukt. Het is goed om dan te analyseren wat de oorzaken zijn. Ons epd is vastgelopen in de Eerste

Kamer. Waarom is dat gebeurd? Als die ervaringen worden gedeeld met andere landen, voorkom je dat fouten opnieuw worden gemaakt. Zout staat nu niet op de agenda. In andere gremia spreken we er wel over. We kijken naar marges van zout, vet en suiker, en de mogelijkheden om op dit punt gezamenlijk op te trekken. Wij bekijken een en ander ook in WHO-verband. Als mevrouw Bouwmeester precies wil weten in welk gremium we het bespreken, en of dat meer op landbouw zit of ergens anders, kan ik haar daarover informeren. Dat zal ik doen voor het algemeen overleg op 18 juni.

De **voorzitter**: We zijn daarmee aan het einde van de tweede termijn van dit algemeen overleg gekomen. Ik dank de Minister en mijn collega's.

Sluiting 11.09 uur.