

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20017  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

**Ons kenmerk**  
IZ 2908000

**Bijlagen**

**Uw brief**  
141877.03u

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum: 9 februari 2009

Betreft: nadere vragen inzake het voorstel voor een richtlijn patiëntenrechten  
grensoverschrijdende zorg (COM (2008)414)

Geachte voorzitter,

Hierbij ga ik graag in op de door u gestelde vragen in uw brief met bovengenoemd kenmerk.

*Balans*

U vraagt allereerst naar de gewenste balans tussen de rechten van patiënten op (vergoeding van) grensoverschrijdende gezondheidszorg en de rechten van lidstaten om hier in het belang van het collectief beperkingen op aan te brengen. In dit kader zou ik, om misverstanden te voorkomen, allereerst het volgende willen opmerken. Bij de discussies over de richtlijn spreken we over deze balans. Maar met de introductie van de Zorgverzekeringswet en de werelddekking die daarin is opgenomen, hebben we er in Nederland voor gekozen om patiënten al de ruimst denkbare vrije artskeuze te bieden voor geïndiceerde zorg. Hierbij maken we geen onderscheid tussen zorgaanbieders in binnen- en buitenland. Andere lidstaten kennen deze vrijheid echter niet of in veel beperktere mate. Hoewel het Europese Hof van Justitie de lidstaten enerzijds aanspreekt op hun verantwoordelijkheid om deze vrijheid voor burgers te creëren, heeft het Hof anderzijds aangegeven dat het recht van de patiënt op vrij zorgverkeer niet onbeperkt is en door lidstaten kan worden ingeperkt. Daarom wordt hier in het kader van de richtlijn over gesproken.

Alhoewel wij in Nederland dus op basis van de Zorgverzekeringswet niet voor een dergelijke beperking kiezen, ben ik van mening dat andere lidstaten die ruimte niet ontnomen mag worden. Het kan redelijk zijn om het recht van een patiënt op vergoeding van geïndiceerde zorg in een andere lidstaat te beperken, indien dat nodig is voor een lidstaat om te voldoen aan zijn verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg voor al zijn ingezetenen. Dit volgt ook uit de jurisprudentie van het Hof die de richtlijn beoogt te codificeren.

Een systeem dat in balans is geeft de individuele patiënt recht op vergoeding van grensoverschrijdende gezondheidszorg, maar nooit in ruimere mate dan waar hij in eigen land recht op heeft. Hiernaast mag dit recht worden ingeperkt indien de omvang van de door burgers gezochte zorg dusdanig wordt dat dit een bedreiging vormt voor de houdbaarheid van die zorg in eigen land. Het door de richtlijn beoogde systeem moet naar mijn mening de lidstaten ruimte bieden om hierin eigen afwegingen te maken, maar inperkingen moeten wel gemotiveerd kunnen worden.

Het richtlijnvoorstel van de Commissie kiest vooral het perspectief van de individuele patiënt. Het Franse voorzitterschap van de Raad presenteerde op 16 december 2008 in de Raad van Europese ministers van gezondheid, een voortgangsverslag van de onderhandelingen binnen de Raad, waarin de rechten van patiënten en lidstaten meer in evenwicht zijn gebracht. Hoewel het Franse voorstel op veel punten een duidelijke verbetering is, vraag ik mij wat betreft het vrije zorgverkeer af of daar niet teveel afbreuk aan wordt gedaan. Ik zal mij ervoor inzetten dat het beoogde systeem rekening houdt met beide belangen.

Ons kenmerk  
IZ 2908000

#### *Subsidiariteit en proportionaliteit*

U vraagt naar de subsidiariteit en proportionaliteit van het richtlijnvoorstel. In het eerder opgestelde BNC-fiche heeft het kabinet aangegeven dat het voorstel van de Commissie niet proportioneel is. Een belangrijke reden hiervoor is het feit dat lidstaten ook zelfstandig kunnen overgaan tot incorporatie van de jurisprudentie van het Europese hof in de eigen gezondheidszorgsystemen, zoals Nederland dit heeft gedaan. Dat zou, puur vanuit Nederlands perspectief bezien, een lichtere vorm van harmonisatie zijn dan harmonisatie via een richtlijnvoorstel. Hierbij is echter ook aangegeven dat het de politieke realiteit is dat de overgrote meerderheid van de lidstaten de jurisprudentie niet in het nationale recht heeft geïncorporeerd en dat de Raad de Commissie heeft gevraagd om met een richtlijnvoorstel hiervoor te komen.

Het kabinet heeft de politieke realiteit geaccepteerd dat het voor veruit de meeste lidstaten efficiënter is om een richtlijn op te stellen. Ik zal mij er voor inzetten dat deze richtlijn zo min mogelijk in strijd komt met de wijze waarop de jurisprudentie in Nederland nu al in de nationale wetgeving is geïncorporeerd.

Het kabinet vindt het voorstel van de Commissie verder niet proportioneel omdat het een omvangrijk hoofdstuk over de kwaliteit en veiligheid van de zorg bevat. Naar onze mening zijn bepalingen die de Europese Commissie en of de Europese rechter mogelijk zeggenschap geven over het kwaliteits- en veiligheidsbeleid in de lidstaten, niet noodzakelijk om de hofjurisprudentie te incorporeren. Nederland vindt het niet wenselijk om bepalingen over kwaliteit en veiligheid van zorg dwingend in de richtlijn vast te leggen aangezien we kwaliteitsbeleid primair als een nationale competentie zien. Wel steunt Nederland het uitgangspunt om via (vrijwillige) samenwerking te komen een hoger kwaliteits- en veiligheidsniveau in de zorg in Europa. Dit acht ik in het belang van zowel de lidstaten als patiënten. Het ontwikkelen van indicatoren om kwaliteitsbeleid ook in internationaal verband vergelijkbaar te maken, kan hiertoe een belangrijke stap zijn.

Het kabinet acht de subsidiariteit van het voorstel positief. In het BNC-fiche dat eerder voor dit richtlijnvoorstel werd opgesteld is hierover de volgende passage opgenomen: "Gebleken is dat de jurisprudentie van het Hof niet in elke lidstaat even consequent wordt nageleefd. Als gevolg hiervan kan het voorkomen dat burgers geen gebruik kunnen maken van zorg in het buitenland. De jurisprudentie van het Hof heeft ook vragen opgeroepen. Om deze onduidelijkheden weg te nemen, en de recht van burgers op gezondheidszorg in alle lidstaten te garanderen, is verdere actie op Europees niveau noodzakelijk. De subsidiariteit van het voorstel wordt daarom positief beoordeeld."

#### *Financiële gevolgen richtlijnvoorstel*

U vraagt waarop ik mijn aanname dat de financiële houdbaarheid van de zorg in Nederland niet in gevaar komt als gevolg van de komst van deze richtlijn en de aanname dat er maar een beperkte groei zal optreden van het aantal patiënten dat gebruik zal maken van de mogelijkheid van grensoverschrijdende zorg, baseer.

U heeft twijfels hierover, mede gezien de situatie in Zeeland, zoals door u in uw brief gememoreerd.

De Zorgverzekeringswet kent momenteel al een werelddekking en Nederlandse patiënten hebben nu dus ook al ruime rechten om naar het buitenland te gaan. Toch gebeurt dit maar in beperkte mate. Ik verwacht niet dat alleen het feit dat er een richtlijn komt, die de Nederlandse verzekerde in financieel opzicht geen extra rechten toekent ten opzichte van de huidige situatie, zal leiden tot grote stromen Nederlandse patiënten die naar het buitenland gaan voor zorg. Dit blijft alleen interessant voor specifieke groepen patiënten, bijvoorbeeld woonachtig in grensstreken zoals Zeeuws-Vlaanderen. Maar zoals hiervoor weergegeven hebben deze patiënten die rechten nu ook al. Ten aanzien van de overgrote meerderheid van onze patiënten ben ik echter van mening dat zij geen reden zien om naar het buitenland te gaan voor de gezondheidszorg.

#### *Naturapolis*

U vraagt naar mijn opstelling indien belangrijke sturingsinstrumenten uit ons zorgstelsel niet gehandhaafd kunnen worden met de komst van de richtlijn. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de mogelijkheid die zorgverzekeraars hebben om een korting op de vergoeding aan te brengen indien een verzekerde met een naturapolis zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ik ben van mening dat Nederland daar niet mee in zou moeten stemmen. Overigens bestaat er veel begrip voor onze problemen op dit punt en ik verwacht dan ook dat we hiervoor een goede oplossing zullen weten te vinden en dat de korting gehandhaafd kan blijven.

#### *Rol van de beroepsbeoefenaren*

U vraagt verder naar mijn mening over het feit dat in Nederland de beroepsbeoefenaren een belangrijke rol spelen bij het formuleren van het kwaliteitsbeleid voor de zorg en dat het richtlijnvoorstel hierbij uitgaat van een centrale rol voor de lidstaten. Naar mijn mening betreft het hier geen principiële verschil van inzicht. Ik verwacht dat hiervoor een afdoende oplossing gevonden zal worden.

#### *Studie naar aansprakelijkheidssystemen*

Op dit moment wordt geen studie verricht naar de gevolgen van de overgang naar een aansprakelijkheidssysteem waarbij de zorgaanbieder altijd aansprakelijk is voor medische fouten. Ik ga ervan uit dat de richtlijn ons voldoende ruimte zal laten om ons huidige regime op dit terrein te handhaven.

#### *Tijdschema*

U vraagt naar een tijdschema voor wat betreft de behandeling van de richtlijn en beslismomenten. Een dergelijk schema is niet voorhanden. De enige concrete datum betreft die van de Raad van Ministers onder Tsjechisch voorzitterschap, welke plaatsvindt op 9 juni 2009. Op dit moment is echter niet bekend of en op welke wijze het richtlijnvoorstel daar behandeld zal worden.

#### *Analyse door externe experts*

In uw brief heeft u verzocht om dit voorstel te laten analyseren door (naar ik aanneem) externe experts. Ik heb het voorstel laten analyseren door mijn eigen specialisten.

Zij hebben hierbij overlegd met relevante partijen zoals bijvoorbeeld de NPCF en Zorgverzekeraars Nederland. Ik ben van mening dat ik op basis van deze analyse een goed beeld heb gekregen van de impact van dit richtlijnvoorstel.

Ons kenmerk  
IZ 2908000

#### *MRSA-problematiek*

U vraagt in uw brief naar de financiële gevolgen van de opname van een Nederlandse patiënt in een Nederlands ziekenhuis, na eerdere opname in een buitenlands ziekenhuis, vooral in relatie tot de MRSA problematiek. Het richtlijnvoorstel regelt deze situatie niet. De kosten van een Nederlandse patiënt in een Nederlands ziekenhuis komen voor rekening van de Nederlandse zorgverzekeraar.

Overigens worden de grensoverschrijdende aspecten van de MRSA problematiek wel op andere plaatsen besproken. Zo start er dit jaar een onderzoek naar de MRSA-problematiek in relatie tot zorgverkeer tussen Nederland en Duitsland.

#### *Gevolgen voor de risicoverevening*

U vraagt waarom het richtlijnvoorstel geen consequenties heeft voor de risicoverevening, vooral vanwege de verwachting dat buitenlandse zorgverzekeraars zich op de Nederlandse markt zouden kunnen vestigen en een beroep zouden kunnen doen op het risicovereveningsfonds. De richtlijn gaat echter niet over de vestiging van verzekeraars in andere lidstaten. Het ziet op de rechten van patiënten op vergoeding van in het buitenland genoten zorg. Aan de mogelijkheden en aanspraken van buitenlandse verzekeraars die zich in Nederland willen vestigen, verandert het voorstel niets.

#### *Gevolgen van verschillen tussen gezondheidssystemen*

U geeft terecht aan dat de gezondheidssystemen en de verhouding tussen overheid, zorgaanbieders en verzekeraars, in de verschillende lidstaten verschillen. U vraagt naar mijn mening over het belang van deze verschillen in het licht van het richtlijnvoorstel. Het richtlijnvoorstel geeft aan dat de bepalingen van het voorstel gelden, ongeacht de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Naar mijn mening zal de invloed van een richtlijn op de verhouding tussen de drie genoemde actoren daarom beperkt zijn.

#### *Een of twee vergoedingskaders*

U refereert er verder nog aan dat ik heb aangegeven dat het richtlijnvoorstel er naar mijn mening nog onvoldoende in slaagt om te komen tot een eenduidig en helder vergoedingskader voor de patiënt. U vraagt naar mijn inzet bij de onderhandelingen op dit punt en met name of ik de Europese sociale zekerheidsverordening, dan wel de interne markt regels centraal wil stellen. Dit is in technisch-juridische zin een van de lastigste vraagstukken van dit dossier. De sociale zekerheidsverordening ziet op de coördinatie tussen de sociale ziektekostenverzekeringen en heeft derhalve betrekking op sociaal verzekerden. De interne markt regels zien ook op andere vormen van grensoverschrijdend zorgverkeer en hebben betrekking op iedereen. In Nederland zijn beide groepen hetzelfde, maar in sommige andere landen niet. Het in elkaar schuiven van beide systemen is vanuit Europees perspectief daarom minder eenvoudig dan het wellicht lijkt. Het is goed mogelijk dat er twee vergoedingssystemen die zien op verschillende situaties, naast elkaar zullen bestaan. In ieder geval is goede voorlichting aan patiënten van belang. Uiteindelijk zou ik graag een systeem zien dat burgers kunnen begrijpen.

### *Kwaliteit van de zorg en de keuze voor zorg in het buitenland*

Ons kenmerk  
IZ 2908000

Iedere lidstaat kent zijn eigen kwaliteits- en veiligheidsbeleid en ik ben van mening dat iedere lidstaat hier primair zelf over gaat. De IGZ heeft dus inderdaad alleen zeggenschap in Nederland. Het richtlijnvoorstel wil komen tot een vorm van een Europees kwaliteitskader. Dit voorstel kan op weinig steun rekenen van de lidstaten en ook ik ben hier geen voorstander van.

In de eerder genoemde voortgangsrapportage van het Franse voorzitterschap wordt aangegeven dat er van uit wordt gegaan dat zorg in ieder land wordt verleend volgens de zelf bepaalde kwaliteits- en veiligheidskaders. Die kaders gelden dan binnen die lidstaat voor zorg verstrekt aan alle patiënten, dus ook die aan patiënten die uit een andere lidstaat komen. Dit uitgangspunt kan wel op steun rekenen van de lidstaten en ook ik vind dit een beter uitgangspunt. Tevens ben ik van mening dat we gezamenlijk moeten werken aan transparantie van kwaliteit- en veiligheid in Europa zodat patiënten beter weten wat ze in het buitenland kunnen verwachten. Tegelijk ben ik ook van mening dat een patiënt een eigen verantwoordelijkheid heeft. Patiënten in de grensstreek kunnen met vertrouwen naar de Duitse en Belgische ziekenhuizen gaan en vaak bestaan daar ook arrangementen voor. Kiest een patiënt echter voor zorg in landen verder van huis, dan heeft hij hier nog veel sterker een eigen verantwoordelijkheid voor. Hij zal dit voornemen goed met zijn huisarts moeten bespreken. De huisarts zal overigens zijn poortwachtersrol behouden en naar ik verwacht goed met zijn patiënt bespreken of zorg in het buitenland voor hem een goede optie is. Het gezonde verstand dient hierbij een belangrijke rol bij spelen.

Op dit moment wordt er nog tussen de lidstaten gesproken of zorgverzekeraars ook kwaliteitscriteria mogen gebruiken om de vergoeding van zorg in het buitenland te weigeren. Ten slotte heeft een patiënt in het buitenland alleen recht op zorg die in Nederland ook door de basisverzekering wordt gedekt.

### *Gegevensuitwisseling en privacy*

Op grond van artikel 457 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek bestaat er een geheimhoudingsplicht voor hulpverleners met betrekking tot het medisch dossier van de patiënt. Zij mogen op grond van deze bepaling geen inlichtingen over de patiënt verstrekken aan anderen dan de patiënt zonder toestemming van de patiënt. Deze geheimhoudingsplicht is echter niet absoluut. Op grond van de tweede volzin van artikel 457, eers te lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, kan verstrekking van inlichtingen over de patiënt geschieden zonder toestemming van de patiënt indien het bij of krachtens wet bepaalde daartoe verplicht. Een voorbeeld van een wettelijke bepaling die een dergelijke verplichting bevat is artikel 87, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.

Ik vertrouw erop dat ik hiermee afdoende heb geïnformeerd.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink