

Vergaderjaar 2008–2009

21 501-31

Raad voor de Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken

Nr. 170

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 19 mei 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 15 april 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 januari 2009 over het verslag WSBVC Raad (21 501-31, nr. 163);**
- **de brief van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken d.d. 27 januari 2009 over de richtlijn inzake vermindering vervalsting van geneesmiddelen (22 112, nr. 779);**
- **de brief van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken d.d. 27 januari 2009 over de fiche: Verordening inzake geneesmiddelenbewaking (22 112, nr. 780);**
- **de brief van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken d.d. 27 januari 2009 over de fiche: Verordening inzake patiënteninformatie (22 112, nr. 781);**
- **Overig d.d. 29 januari 2009 over VWS-prioriteiten Tsjechisch EU-voorzitterschap (2009Z01507);**
- **de brief van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken d.d. 11 februari 2009 over de fiche: Mededeling inzake patiëntveiligheid (22 112, nr. 807);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 februari 2009 over de Nederlandse inzet bij de e-Health conferentie (22 112, nr. 814);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 maart 2009 over het Groenboek gezondheidswerkers in Europa (22 112, nr. 823);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 maart 2009 met antwoorden op vragen over het Groenboek gezondheidswerkers in Europa (22 112, nr. 835);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 april 2009 over de Europese dimensie van het gezondheidsbeleid (21501-31, nr. 167);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 april 2009 over de stand van zaken EU-dossiers op het gebied van de volksgezondheid (21501-31, nr. 168).**

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Timmer (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heert-s(PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

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

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De **voorzitter**: De VVD-fractie sluit zich gewoonlijk bij dit overleg aan. Die fractie bezoekt op dit moment echter een begrafenis van een VVD-lid. Daardoor waren de commissieleden van de VVD niet in staat om een collega af te vaardigen naar dit overleg. Wij hebben ons voorbereid op een spreektijd van vier minuten. Die spreektijd handhaven wij.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Wij spreken vandaag met de minister over onderwerpen die in juni op de agenda staan van de Europese gezondheidsraad. Door hierover vandaag te spreken, kan de minister hiermee rekening houden bij de verdere voorbereiding van deze Raad. De CDA-fractie steunt de inzet van de minister in ieder geval op de volgende punten.

- Het positieve standpunt over samenwerking bij zeldzame ziekten.
- De aanpak ter voorkoming van vervalste geneesmiddelen.
- Het buiten de werkingsfeer van de patiëntenrichtlijn houden van de langdurige zorg.
- Het bewaken van de houdbaarheid van de verworvenheden van ons eigen zorgstelsel.

Voor het laatste is voor mijn fractie een belangrijk punt dat wij zullen bewaken. Over een aantal onderwerpen heb ik vragen en opmerkingen. Ik denk daarbij aan de patiëntveiligheid, de geneesmiddelen, de grensoverschrijdende zorg en orgaandonatie.

Onder patiëntveiligheid valt onder andere het voorkomen van zorginfecties. Het Nederlandse beleid is gericht op een restrictief gebruik van antibiotica, waardoor MRSA en andere resistente zorginfecties in Nederland relatief zelden voorkomen. De CDA-fractie vraagt de minister om dit beleid verder uit te dragen naar andere landen in en buiten de EU, en om de eigen procedure te beschermen.

Mijn fractie wil dat alleen geneesmiddelen die ethisch zijn getest, Europees kunnen worden geregistreerd. Hierop wordt beter gelet, maar er is hierbij nog een wereld te winnen. Uit recent onderzoek op verzoek van het development comité van het Europees Parlement blijkt onder andere dat onderzoek buiten de EU plaatsvindt voor studies die door de toetsingscommissies in West-Europa waren afgewezen vanwege het niet ethische karakter. Uit het onderzoek blijkt verder dat het voor de registratieautoriteiten onmogelijk is om uit de aangeleverde data op te maken of de studies inderdaad ethisch zijn verricht en dat de inspecties pas plaatsvinden tijdens het autorisatieproces, niet tijdens de trials zelf. Hoe zorgen wij ervoor dat inderdaad alleen ethisch geteste geneesmiddelen worden geregistreerd?

Een punt dat niet in de onderliggende stukken voor vandaag naar voren komt, maar waarvoor de CDA-fractie toch aandacht vraagt, is het feit dat het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) soms een aanvraag voor indicatie voor kinderen afwijst, maar dat niet openbaar maakt. Dat betekent dat artsen het medicament gewoon blijven voorschrijven aan kinderen, terwijl niet is bewezen dat het medicament veilig is. EMA moet volgens de CDA-fractie alle gegevens openbaar maken die van belang zijn voor een veilig gebruik van geneesmiddelen.

Een heikel punt bij het onderwerp geneesmiddelen is de informatie van de farmaceutische industrie direct naar de patiënt. Er ligt een voorstel voor een verordening en richtlijn hierover. Hierin krijgt de farmaceutische industrie de mogelijkheid om het publiek direct over receptplichtige

geneesmiddelen voor te lichten. Laat ik hierover heel duidelijk zijn; de CDA-fractie is hierop tegen. Zij staat daarbij overigens niet alleen, want in juni 2008 vonden de gezondheidsministers zelf ook dat het «direct to consumer advertising» voor receptplichtige geneesmiddelen verboden moest blijven, ook omdat de grens ten opzichte van reclame niet goed is te trekken. Ik heb hierover daarom maar één vraag. Hoe voorkomen wij dat dit voorstel toch wordt aangenomen en dat de trein op dit punt doordendert?

Geneesmiddelenbewaking is van cruciaal belang voor de patiëntveiligheid. Daartoe is een Pharmacovigilance Risk Assessment Advisory Committee opgericht of wil men zo'n comité oprichten bij EMEA. Het CDA steunt de minister in zijn mening dat het geen goede zaak is als er weer een extra gremium komt, waardoor ook nog eens de verantwoordelijkheid van de farmaceutische industrie wordt verschoven naar de overheid. Het is niet duidelijk of deze commissie er nu al is. Is de oprichting van deze commissie nog te voorkomen, of staan wij voor een voldongen feit? Uit de antwoorden van de minister op vragen van de CDA-fractie over ethische aspecten van werving van gezondheidswerkers van buiten de EU blijkt dat de minister de zorg van mijn fractie deelt over de mogelijke braindrain van zorgwerkers uit minder welvarende landen die zelf met een tekort aan zorgpersoneel kampen. Het CDA heeft zich al eerder sterk gemaakt voor het ter plaatse in ontwikkelingslanden opleiden en behouden van hulpverleners met behulp van ontwikkelingsgeld. Nederland doet het op dit gebied niet slecht en in ieder geval beter dan andere landen. Mijn fractie vraagt zich af of het groenboek ertoe zal kunnen leiden dat ook verbeteringen optreden in de landen waarin dit nog niet goed gebeurt. Ik noem als voorbeeld Engeland. De zorgwerkgevers hebben gezegd geen reden te zien voor het ontwikkelen van een gedragscode op dit gebied, omdat zij menen al genoeg instrumenten te hebben om met dit probleem om te gaan. De minister wil zijn definitieve standpunt pas kenbaar maken als het advies van de ZIP-commissie Arbeidsmarkt beschikbaar is. De CDA-fractie wil graag weten wanneer dit advies wordt verwacht, hoe de Kamer daarvan verneemt en hoe de minister dit wil gebruiken bij zijn verdere beleid rond dit onderwerp in Europa. Het is duidelijk dat zowel Eerste Kamer als de Tweede Kamer een richtlijn over orgaandonatie niet proportioneel vindt. Dat betekent dat de concept-richtlijn moet worden heroverwogen. Ook de CDA-fractie is van mening dat de richtlijn disproportioneel is en zij zal een nieuw concept weer op zijn merites beoordelen.

De CDA-fractie heeft al verscheidene malen aan de minister gevraagd om te komen tot een laagdrempelige manier om erachter te komen of een zorgprofessional uit het buitenland in zijn eigen land maatregelen opgelegd heeft gekregen. Uit het schriftelijk overleg blijkt dat de minister deze gedachte steunt. Hij zal dit inbrengen in de Europese overlegorganen en de Kamer op de hoogte stellen van de reactie van de andere lidstaten, zo schrijft hij. Wanneer horen wij meer over deze problematiek?

De heer **Van Gerven** (SP): Het standpunt van de CDA-fractie over adverteren bij receptplichtige geneesmiddelen is helder. Ligt het verstrekken van informatie door de industrie volgens het CDA op dezelfde lijn? Vindt mevrouw Schermers dat wij ook dat niet moeten willen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Wij zijn tegen informatieverstrekking over geneesmiddelen door de fabrikant. Informatie is immers in dit veld niet te scheiden van reclame. Wij moeten oneigenlijke beïnvloeding voorkomen. Patiënten moeten kennismaken van alles wat hun ziekte of aandoening betreft. Zij moeten die kennis echter niet via deze weg vergaren. Daarvoor moeten wij andere wegen vinden.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De minister heeft zijn positie bepaald bij het beantwoorden van de vraag op welke gebieden van de gezondheidszorg Europa wat te zeggen moet hebben. Hij stelt dat zorg deels op het terrein van artikel 95 valt, het artikel over vrij verkeer van goederen, personen en diensten. Juist dit artikel veroorzaakt veel problemen in de gezondheidszorg in Nederland, Europa en de rest van de wereld. Dit artikel is dus nogal controversieel.

Ik kom op het Groenboek over de gezondheidswerkers in Europa. Alle Europese lidstaten krijgen te maken met de vergrijzing en het daarbij behorende gebrek aan zorgpersoneel. Het uitgangspunt is dat de lidstaten de problemen daarmee vooral zelf oplossen. Dat is een goed uitgangspunt, want vrijwel alle landen hebben te maken met tekorten. In zo'n situatie is het geen oplossing om personeel uit het ene land weg te halen. Daarmee verschuiven wij immers slechts het probleem. Wij zitten dus niet te wachten op wervingscampagnes in andere lidstaten. Uiteraard spelen hierbij echter de interne markt en het vrije verkeer van personen een rol. De SP-fractie heeft al eerder gepleit voor een verbod op actief werven van zorgpersoneel in lidstaten die zelf zorgpersoneel tekort hebben. Wat vindt de minister van dit standpunt? Moet Nederland hierbij een voortrekkersrol spelen?

Hetzelfde geldt voor het werven van zorgpersoneel uit landen in de derde wereld. Ik heb onlangs met anderen een bijeenkomst bij Wemos bezocht. Wij werden niet vrolijk van de tekorten in bijvoorbeeld Afrika. De problemen daar zijn enorm veel groter dan de problemen bij ons. Actief werven in ontwikkelingslanden is per definitie niet solidair en onethisch. Ik hoor graag een reactie van de minister op dat standpunt. Als sluitpost wordt hierover iets genoemd. Wat houdt dat in? Wat verwacht de minister van het voorleggen aan het Zorginnovatieplatform (ZIP)? Volgens de SP-fractie moeten wij niet actief werven in arme landen. De resultaten van experimenten met het aantrekken van verpleegkundigen uit Zuid-Afrika waren niet onverdeeld positief. De Europese commissie wil in het groenboek een gedragscode vastleggen over het werven in arme landen. Daarbij ligt een aantal landen dwars, waaronder Engeland. De SP-fractie roept de minister op om op dit punt een voortrekkersrol te vervullen. De minister zegt niet voor een gedragscode te zijn. De SP-fractie is wel een voorstander van zo'n code. Op dit moment wordt nog niet veel geworven. Daarom kunnen wij juist nu hierover nog heel duidelijke afspraken maken. Mijn fractie overweegt daarom een motie in te dienen op dit punt.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Wat vindt de heer Van Gerven van het idee om ter plaatse zorgwerkers op te leiden en mensen daar te houden met behulp van ontwikkelingsgeld?

De heer **Van Gerven** (SP): Dat lijkt mij een sympathieke gedachte. Het is volgens mij een goede zaak als wij onze expertise aanwenden om landen te steunen die grote problemen hebben met het opleiden en vasthouden van personeel.

Volgens de eigen richtlijnen van de minister dringt de richtlijn over patiëntenmobiliteit binnen op het terrein van de nationale lidstaten. De SP-fractie hecht zeer aan de nationale autonomie bij zaken die betrekking hebben op de zorg. Welk standpunt neemt de regering in? Zal zij tegen deze richtlijn stemmen? Hoe staan de andere fracties in de Kamer in deze zaak? Wat zal het stemgedrag van hun fracties in het Europees Parlement zijn? De patiëntenrichtlijn houdt de deur open voor meer markt. Sommige zorgverzekeraars zien daarin wel brood. Wij zien daarom het liefst dat de minister dit plan tegenhoudt.

Er is weer sprake van een lobby van de Europese farmaceutische industrie voor consumenten- en patiëntenreclame. Men spreekt nu in dit verband over «informatie». Het doel van deze informatieverstrekking kan volgens mijn fractie niet anders zijn dan het vergroten van de omzet. Het nobele

doel om de informatievoorziening te verbeteren in het belang van de patiënt, wordt dus niet gediend. Volgens mijn fractie zijn de huisarts, specialist of apotheker de aangewezen personen om betrouwbare en onafhankelijke informatie over medicijnen aan gebruikers te verschaffen. Dit moeten zij desnoods in overleg met patiëntenorganisaties doen. En hoe zit het in dit verband met symptoomreclame? Dit is een kwestie die kan worden opgelost op nationale schaal. Op tv gaat het voortdurend over problemen met maagzuur, erecties en de blaas; het wordt elke dag gekker. Wat kunnen wij hiertegen doen? Dit is een plaag waar wij vanaf willen. De minister stelt dat ook hij hierbij de nodige vraagtekens plaatst. Hoe gaat hij deze symptoomreclame voorkomen?

Het is goed dat de minister heeft proberen te schetsen waar op het terrein van de zorg de invloed van Nederland eindigt en die van Europa begint. Veel wat van Brussel komt over marktdenken en dergelijke zaken, beïnvloedt wel degelijk de zorg. Ik noem als concreet voorbeeld de ambulancedienst. Over de komende aanbesteding hiervan is veel commotie. Brussel schrijft nergens voor dat deze dienst Europees moet worden aanbesteed. Bij de behandeling van de Ambulancewet hebben wij hierover veel gesproken. Toch is de minister van plan om Europees aan te besteden. Ongelukken laten zich niet vermarkten. De SP-fractie is daarom tegen aanbesteding van deze diensten. Moet dit van Brussel of van een hogere wetgeving uit het buitenland, of is dit een puur autonome beslissing die Nederland zelf kan nemen? Als het laatste het geval is, moeten wij dan niet voor een andere methode kiezen dan de openbare aanbesteding?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik vrees dat tijdens dit algemeen overleg geen grootste verschillen van opvatting naar voren zullen komen tussen fracties onderling en tussen de fracties en de minister. Toch wil ik een aantal zaken aanroeren.

Ik heb waardering voor de brief over de Europese dimensie van het gezondheidszorgbeleid. Daarin wordt een erg goed overzicht gegeven van de zaken die spelen. Ik kan mij goed vinden in wat in de brief staat. Dat sluit aan bij de opmerkingen die mevrouw Schermers hierover maakte. Toch wil ik het punt aanroeren van de steeds vagere grenzen tussen hulpmiddelen, medicijnen en voeding. De minister stelt dat de Europese Commissie zich op dit punt wat actiever zou kunnen opstellen. Mijns inziens is het ook aan de lidstaten, met name aan Nederland, om daarmee op een wat krachtiger manier bezig te zijn. Dit wordt steeds lastiger en door deze ontwikkeling ontstaan ook problemen rond kwaliteit. Ook de fractie van de PvdA is tegen vervalsing van geneesmiddelen. Wij delen dus de opvattingen van de minister hierover. Wij onderstrepen dat de richtlijnen die hiermee samenhangen wel handhaafbaar moeten zijn, zoals de minister ook stelt. Ook bij de andere punten komt dit aspect terug. Dat doet ons deugd.

Ook bij de geneesmiddelenbewaking is het zaak om de richtlijnen en procedures binnen Europa zo veel mogelijk op elkaar af te stemmen. Wij hebben begrepen dat er een nieuw comité wordt opgericht. Ons is niet helemaal duidelijk waar dit comité aan hangt. Volgens mijn fractie moeten, om voldoende draagvlak te creëren, alle landen van de EU in dit comité vertegenwoordigd zijn. Wij hebben begrepen dat dit nieuwe comité minder vertegenwoordigers kent dan in de huidige situatie. Over de informatie aan patiënten heeft de fractie van de PvdA een volstrekt helder standpunt. Wij vinden dat je de farmaceutische industrie niet bij deze informatieverstrekking moet betrekken. Dat leidt volgens ons alleen maar tot discussies over reclame. Volgens ons is het ook niet nodig om de industrie hierbij te betrekken, omdat binnen de bestaande richtlijn zaken kunnen worden verbeterd. Wij zijn het dus op dit punt eens met de Consumentenbond. Daar heeft men problemen met informatieverstrekking door de industrie aan patiënten. Uit een brief van Nefarma blijkt

echter dat de Consumentenbond dit toch weer wel een goed idee vindt. Wij zullen de bond zelf nog eens moeten vragen wat precies het standpunt is. Mijn fractie is echt tegen dit type informatieverstrekking. Over het Groenboek over de gezondheidswerkers in Europa zijn al de nodige opmerkingen gemaakt. Ik sluit mij aan bij de opvattingen van de andere woordvoerders hierover. Het is echt niet goed dat wij verpleegkundigen en artsen aantrekken uit laagontwikkelde landen. Ik kan mij zeer wel vinden in het voorstel van mevrouw Schermers om ervoor te zorgen dat de opleidingen verbeteren in de laagontwikkelde landen. Dat lijkt mij heel wat verstandiger dan het wegtrekken van mensen uit deze landen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Wat bedoelt de heer Van der Veen precies met de handhaafbaarheid van de regelgeving rond vervalste geneesmiddelen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): In de toelichting die wij bij dit punt hebben ontvangen, wordt gesteld dat het goed zou zijn om de richtlijnen en regelgeving wat meer op elkaar af te stemmen. Daarbij wordt echter terecht gesteld dat de regelgeving vervolgens wel handhaafbaar moet zijn, bijvoorbeeld voor de inspectie in Nederland. Wij moeten voorkomen dat wij te maken krijgen met regelgeving die ons op het punt van de administratieve lasten in de problemen brengt en die niet handhaafbaar is. Die opmerking wordt ook bij een aantal andere onderwerpen gemaakt. Wij vinden dit een verstandig uitgangspunt.

Antwoord van de minister

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik loop de vragen van de drie woordvoerders langs en zal bij vragen die deels overlappen ook af en toe wat pendelen tussen de personen. Mevrouw Schermers is het eens met de inzet van de regering in Europa op het punt van de zeldzame ziekten en de vervalste geneesmiddelen. Zij heeft gewezen op de zorginfecties, waar Nederland inderdaad een hoge conductestaat heeft. Wij hebben daar tijdens de raad van de afgelopen zomer in Frankrijk over gesproken. Toen is van alle kanten gewezen op de praktijk in Nederland. Hier zie je dat de bestpracticesbenadering, die overigens ook in de brief over de inzet van Europa gememoreerd wordt, kan werken, omdat Nederland op dat gebied kenmerkend zodanig voorbeeldig werkt dat men over de hele linie naar die Nederlandse aanpak kijkt en die als voorbeeld neemt. Dit kan ook van betekenis zijn voor de ziekenhuizen in de grensstreken en voor de wijze waarop bijvoorbeeld bepaalde infecties aan de bron bestreden worden. Nederland heeft op dat gebied in elk geval een hoge conductestaat. Die moeten wij handhaven. Sterker nog, die moeten wij Europees verbreiden. Er is althans een grote belangstelling voor de Nederlandse aanpak. Dat zal er ook toe leiden dat de Nederlandse aanpak navolging krijgt. Zij heeft voorts gesproken over de geneesmiddelen en over de vraag in hoeverre het testen van de werkzaamheid en de veiligheid daarvan voldoende humanitair gebeurt. Zij doelde daarbij vooral op landen buiten de Europese Unie. Hoe gaan wij daarmee om? Ik ben van plan om de Kamer daar nader over te berichten. Het is immers een intrigerend punt. Ik zie de dilemma's die zich daarbij aftekenen natuurlijk ook wel. Op het moment dat de hele opzet van het onderzoek als het ware niet voldoet aan de maatstaven die wij daarbij in de regel hanteren en die in Europa, de Verenigde Staten, Canada en dergelijke gehanteerd worden, en er desalniettemin een product uit voortvloeit dat uiteindelijk ziektes bestrijdt, kunnen wij achteraf lastig zeggen dat wij dat middel niet toelaten op onze markt. Er kunnen immers levens mee gemoeid zijn. Er worden in ieder geval gezondheidsrisico's mee ondervangen. Tegelijkertijd willen wij ook niet dat geneesmiddelen op die manier tot stand komen. Hier tekent zich

een dilemma af, maar ik kan op dit moment onze inzet niet helemaal overzien. Ik zal de Kamer daar schriftelijk over berichten.

Alle woordvoerders hebben gesproken over het ethisch rekruteren van zorgpersoneel. Die braindrain is van meet af aan een zorgpunt aan onze kant geweest. Wij vinden ook dat de zorginstellingen in Nederland daar niet aan zouden moeten meewerken. De heer Van Gerven heeft terecht gewezen op de ervaringen die in het verleden zijn opgedaan met mensen uit Suriname, Zuid-Afrika en de Filippijnen. Die zijn ook niet onverdeeld gelukkig geweest. Ik zie nog de beelden voor me van een NOVA-uitzending in 2001 of 2002, waaruit bleek dat de schade van het vertrek van goede verpleegkundigen vanuit Suriname naar Nederland aanmerkelijk was. De schaarste in Suriname werd alleen maar groter en de mensen daar ontvingen gewoon gebrekkige zorg vanwege het feit dat Nederland hen wegconcurrerde. Dat moeten wij gewoon niet hebben! In die zin is een braindrain onwenselijk, ook op het moment dat schaarste zich gaat aftekenen. Wij hebben de sector gevraagd om op dit gebied met een ethische code te komen. Er is al een keurmerk, maar er zou ook een gedragscode moeten komen. De sector heeft ons erop gewezen dat er op dit moment al een code bestaat voor het verantwoord besturen van zorginstellingen. In het kader van het Zorginnovatieplatform wordt een en ander desalniettemin toch opgepakt. In de loop van de zomer krijgen wij de rapportage van de arbeidsmarktcommissie van het Zorginnovatieplatform. Dan zal ik de Kamer daar nader over berichten. Maar onze inzet moge duidelijk zijn: dat moet gewoon niet. Ik vind ook eigenlijk dat het Europeesbreed niet zou moeten, ook in het Verenigd Koninkrijk niet, omdat er gewoon internationaal een morele plicht ligt om geen misbruik te maken van eventuele overschotten elders.

Ik kan me wel iets voorstellen bij de suggestie van de heer Van Gerven om mensen in het kader van zorgopleidingen tijdelijk een plek in Nederland te geven. Dan gaat het dus wel om tijdelijkheid, in die zin dat gegarandeerd wordt dat deze mensen weer teruggaan en in het land van herkomst hun kwalificaties aanwenden ten behoeve van de bevolking aldaar. Dat lijkt mij een randvoorwaarde voor het überhaupt oppakken van het traject. Ik sta dus positief tegenover deze suggestie van de heer Van Gerven.

Mevrouw Schermers heeft verder verwezen naar EMEA en heeft gesteld dat het onderzoek naar de werking van medicijnen bij kinderen niet zou volstaan. Dat kan dus betekenen dat overigens de werking en de veiligheid van de geneesmiddelen toereikend zijn, maar dat er risico's ontstaan als deze worden toegepast bij kinderen. Ik heb van mevrouw Schermers begrepen dat EMEA daarvan op de hoogte is, maar dat niet openbaar maakt. Als dat waar is, zou dat natuurlijk een kwalijke zaak zijn. Ik zal me daar nader over laten informeren.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Het punt is dat farmaceuten voor geneesmiddelen die al op de markt zijn, een half jaar extra patentbescherming krijgen als zij die specifiek voor kinderen laten registreren. Dat betekent dat specifiek voor kinderen onderzoek wordt gedaan naar de veiligheid van die geneesmiddelen. Als EMEA tegen een fabrikant zegt dat het dossier onvoldoende is om formeel die kinderregistratie af te geven, dan wordt dat niet bekend gemaakt. Dat betekent dus dat die geneesmiddelen nog steeds gewoon voor kinderen gebruikt worden, terwijl op hoog niveau aangegeven is dat niet is aangetoond dat dit veilig is.

Minister **Klink**: Ik kom daar graag uitvoerig op terug, desnoods schriftelijk. Voor zover ik weet, is het half jaar extra patent bedoeld als een aanmoediging om de geneesmiddelen ook te laten registreren voor kinderen. Op het moment dat de dossiers niet toereikend zijn, is daarmee niet op voorhand gezegd dat er schadelijke effecten voor kinderen zouden zijn. EMEA kan zeggen dat een dossier ontoereikend is en dat zij dus niet kan beoordelen in hoeverre er schadelijke effecten voor kinderen zijn. Ik

kan me voorstellen dat men dan terugvalt op de normale procedure waarin geen sprake is van een verplichting om de veiligheid en de werking van een medicijn apart voor kinderen te testen. Dan val je dus terug op de meer algemene problematiek, waarvoor het verlengen van een patent met een half jaar moet worden gezien als een oplossing, als een stimulans voor farmaceuten om dat te laten testen voor kinderen. Deze informatie staat mij nu ter beschikking. Ik wil daar graag schriftelijk op terugkomen om te bezien wat de achtergronden daarvan zijn. Daarbij gaat het met name om de vraag waarom registratie niet altijd verplicht wordt gesteld bij toepassing van medicijnen bij kinderen. Daar zit echter waarschijnlijk een wereld aan belangen achter, ook voor kinderen zelf. Je moet er toch ook niet aan denken dat geneesmiddelen niet meer beschikbaar zouden zijn voor kinderen op het moment dat die in de gebruikelijke controlegroepen werkzaam, effectief en veilig blijken te zijn. Je moet er niet aan denken dat die geneesmiddelen kinderen dan onthouden worden op grond van het feit dat niet specifiek gekeken is naar de werkzaamheid en de veiligheid van die geneesmiddelen bij kinderen. Zomaar zeggen dat het dossier ontoereikend is en dat het middel daarom niet meer beschikbaar mag zijn voor kinderen, lijkt mij dus een stap te ver. Het is inderdaad een aangelegen punt waarover ik – zo ik nu onvolledig ben – de Kamer graag nader schriftelijk zal informeren.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog een vraag stellen over het actief werven van personeel. Ik heb gevraagd of de minister niet met de SP van mening is dat er een duidelijke gedragscode zou moeten komen. Er is nu wel een code voor goed bestuur, maar die is in algemene zin geformuleerd. De SP wil dat in een code heel concreet wordt opgenomen dat er niet geworven wordt in derdewereldlanden – dat spreekt eigenlijk voor zich – maar dat er bijvoorbeeld ook niet geworven wordt in Europese landen waarin sprake is van een evident tekort. Daarbij doel ik bijvoorbeeld op bepaalde Oost-Europese landen. De vraag is dus of er niet een duidelijke code moet komen. De minister heeft gezegd dat hij afwacht wat er vanuit het ZIP komt, enzovoort. Wat de SP betreft, is dat onvoldoende en moet er gewoon een duidelijke code komen waar dat klip-en-klaar in staat.

Minister **Klink**: Ik heb aangegeven dat in Nederland het probleem op dit moment gewoon niet speelt. Van de code die wij kennen, zeggen de zorgaanbieders, de zorginstellingen, dat die zodanig toereikend is dat bij verantwoord zorg verlenen en verantwoord besturen dit eronder begrepen mag worden. Het is meer een algemene paraplu waaruit dit voortvloeit. Ik heb aangegeven, door het aan de zorginstellingen te vragen, dat ik zelf wel voor zo'n code ben. Ik kan mij die ook binnen de Europese Unie goed voorstellen. Ik wacht even op het Zorginnovatieplatform, maar in beginsel ben ik wel van mening dat deze regel nader geëxpliciteerd zou moeten worden. Ik kom hierop graag terug in het kader van het Zorginnovatieplatform. Het is best mogelijk dat ik nadere verzoeken in de richting van de zorginstellingen eraan koppel om er toch mee te komen.

Alle woordvoerders vroegen naar de richtlijn voor receptplichtige geneesmiddelen en de informatieverstrekking eromheen. Ik geef nogmaals aan dat wij daarin niet alleen terughoudend zijn, maar zelfs negatief wat de richtlijn betreft. Op dit moment vinden wij en vind ik dat de informatie die de patiënt kan krijgen, toereikend is gewaarborgd. Dit heeft alleszins te maken met het feit dat de zorgverlener die kan geven. Patiënten hebben via bijsluiters en dergelijke voldoende informatie. Ik zie dus geen enkele reden om de farmaceutische industrie nieuwe middelen, nieuwe methoden en nieuwe instrumenten te geven om met extra informatie te komen, die alleen maar zullen uitlopen op sluikreclame, symptoomreclame of directe reclame gekoppeld aan zogenaamde informatieoverdracht. Ik zal

daarin dus een redelijk blokkerende houding aannemen. Ik kan u melden dat de lidstaten het eens zijn geworden over het feit dat publieksreclame verboden dient te blijven. Wij zullen dit rondom de richtlijn blijven inbrengen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Dat laatste is belangrijk. Ik vroeg de minister ook hoe wij de voortdurende trein kunnen stoppen. Die is gestopt?

Minister **Klink**: De lidstaten zijn het eerder eens geworden over het handhaven van het verbod op publieksreclame. De lidstaten hebben zich in 2008 al eraan gecommitteerd dat zij er niets voor voelen. Dat zal implicaties hebben voor de beoordeling van deze richtlijn. Dat probeer ik aan te geven. Het krachtenveld is zodanig dat ik op dit moment niet verwacht dat een opening zal worden geboden voor de farmaceutische industrie om via patiënteninformatie uiteindelijk aan vormen van reclame te werken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij hebben vorige week op dit punt een rapportage gekregen van mevrouw Corbey. De heer Zijlstra was daar namens de VVD bij aanwezig. Er was toen een vrij strak eensluidend geluid te horen dat dit echt niet moest. Mevrouw Corbey liet doorschermen – wij spraken over een plan A en een plan B – dat er misschien een plan B kwam waarin toch geprobeerd zou worden om nog iets te doen. Ik begrijp dat de minister zegt dat wij daar gewoon niet aan meedoen en dat de meeste lidstaten er zo over denken.

Minister **Klink**: Ja. Ik heb het inhoudelijk onderbouwd door te zeggen dat de zorgverlener inhoudelijk voldoende informatie kan geven. De bijsluiter is toereikend. Ik zie geen enkele reden om met additionele bronnen van patiënteninformatie te komen.

Het krachtenveld waarop ik wees een vervolgvraag van mevrouw Schermers is ook van belang bij de richtlijn orgaandonatie. Daar ligt het anders. Nederland staat betrekkelijk alleen in het afwijzen van zo'n richtlijn vanwege het feit dat Nederland het niet proportioneel vindt. De andere lidstaten kijken er anders tegenaan. Ik heb eerder gemeld dat de risico's vooral zijn, dat zulke hoge eisen voor veiligheid en kwaliteit worden gesteld dat bijvoorbeeld non-heart-beating organen niet getransplanteerd zouden kunnen worden. Dat is dan ook een soort van plan B. Op het moment dat de richtlijn er komt, moeten lidstaten zodanig kritisch kijken naar de niveaus van veiligheid en kwaliteit en de eisen die daaromtrent worden gesteld, dat aan onze zorgen wel tegemoet wordt gekomen. Ik wil niet vooruitlopen op de uitkomsten, maar in antwoord op de vraag van mevrouw Schermers zeg ik dat ook wij de richtlijn orgaandonatie niet proportioneel vinden. Vervolgens is plan B om te kijken naar de inhoud van de richtlijn als wij niet de meerderheid achter ons krijgen. Ik ben er dan geruster op dat daaruit niet de risico's voortvloeien die ik eerder heb gemeld.

De laatste vraag van mevrouw Schermers betrof de zorgverleners achter wier naam een vinkje is gezet vanwege onverantwoord uitoefenen van het zorgverlenerschap. Ik verwijs naar de casus-Enschede. Betrokkene ging vervolgens in het buitenland werken. Voorwaarde was dat hij elke zorgaanbieder waaraan hij zich zou binden, zijn verleden zou melden. Dat is in Duitsland niet gebeurd. Dat is voor mij opnieuw een illustratie van het feit dat het een Europese inzet vraagt om afspraken over dit soort zaken te maken. Het hoeft niet eens altijd publiek te zijn, maar zorgverleners zouden over en weer altijd van elkaar moeten weten met wie zij te maken krijgen. Ik zal de Kamer nader berichten hoe ik dat wil aanpakken.

Mevrouw **Schermers** (CDA): De casus-Enschede is in die zin atypisch omdat de inspectie daar met betrokkene zelf de afspraken heeft gemaakt. Wij hebben ook te maken gehad met artsen die hier komen werken,

bijvoorbeeld een arts die uit Italië werd overgevoerd om advies te geven in een privékliniek, wat fataal afliep, die in Italië uit zijn ambt was gezet. Formeel staat hij in Italië in het register als geschorst. Dat moet veel laagdrempeliger zijn. Je zou bij wijze van spreken even moeten kunnen opbellen om te vragen of aan een arts die in een ander land gaat werken, een vlekje zit.

Minister **Klink**: Ik zal dit melden aan de inspectie. In de brief naar aanleiding van de casus in Enschede heb ik al gemeld dat dit voor ons een aandachtspunt is. De casus die u noemt, ging nog verder. Iemand was gewoon geschorst. Over de grens is dat dan kennelijk onbekend. Ik zal in juni beide zaken als aandachtspunt inbrengen wanneer het Groenboek in de Raad aan de orde is, nog afgezien van het te kiezen instrumentarium, om tot actie over te gaan.

De heer Van Gerven maakte een algemene opmerking over de brief naar aanleiding van onze inzet en de lijnen waarlangs wij op Europees niveau willen werken. Hij had een wat negatieve toonzetting ten opzichte van de interne markt op het terrein van VWS. Dat verbaast mij toch wel een beetje. Zie de voorbeelden waar Europa krachtens de Europese en interne markt bevoegdheden heeft gekregen en maatregelen eraan verbindt. Ik mag aannemen dat hij er moeilijk tegen kan zijn met betrekking tot voedselveiligheid, productveiligheid, de gezondheidszorg en het feit dat je over de grens ook zorg kunt krijgen. Het zijn echt wel zegeningen. Ik kan mij voorstellen dat bij sommigen marktwerking als zodanig niet over de gehele linie tot gejuich leidt, maar dit zijn toch zaken waarbij niemand er op tegen kan zijn dat zij Europees worden geregeld. Maar goed, dit was meer een algemene oprisping naar aanleiding van zijn algemene opmerking.

De heer **Van Gerven** (SP): De vraag is hoe je komt waar je wezen wilt. Er zijn meer wegen die naar Rome leiden.

Vorige week hadden wij de briefing van mevrouw Corbey. Die ging onder andere over voedsellabeling. In dat opzicht worden wij niet vrolijk van Europa. U kunt wel zeggen dat het een goede zaak is, maar het kwam erop neer dat een rapporteur die verantwoordelijk is voor de voedsellabeling, wat goed kan zijn voor de bevordering van verstandig eten, wordt ingezet om de belangen van de Duitse voedselindustrie te behartigen. Ik vat het maar even zo samen. Daar word ik niet vrolijk van. Hoe kijkt de minister daar tegenaan?

De **voorzitter**: De minister is niet bij de presentatie van mevrouw Corbey geweest. In die zin hoeft hij dus niet op deze vraag te antwoorden.

Minister **Klink**: Het is een vrij algemene volkswijsheid dat je van al het goede ook misbruik kunt maken, nog afgezien van deze afzonderlijke casus. Dat neemt echter niet weg dat er toch niets op tegen kan zijn, wanneer sprake is van grensoverschrijdend verkeer van voedsel en medicijnen, om vanwege de schaalvoordelen en de veiligheid internationaal bepaalde instrumenten en procedures af te spreken?

Men moet sluitposten niet lezen in de zin dat wij daartoe toch overgaan als de nood aan de man komt. Daarbij heb ik het opnieuw over het werven van zorgpersoneel in andere lidstaten dan wel niet-lidstaten. Ik vind dat het niet moet.

Ik heb eerder aangegeven dat wij vanuit het oogpunt van proportionaliteit hebben gezegd dat de richtlijn patiëntenmobiliteit er voor ons niet per se hoeft te komen. Daarbij heb ik ook inhoudelijke zorgpunten aangegeven die te maken hadden met de vraag of het referentiebeleid doorgang kon vinden of dat de natuurpolissen waarop kortingen worden gegeven, kunnen blijven werken. Daarbij was ook de kwaliteit en veiligheid van de zorg aan de orde. Gevraagd is in hoeverre systemen vanuit Europa komen

die aangrijpen op de organisatie van de zorg die wij kennen. In het verslag over december heeft men kunnen lezen dat er op die punten openingen zijn. Het zijn niet alleen openingen, maar het wordt ook geaccommodeerd. Op die punten hoeven wij niet te vrezen dat een richtlijn, zo die er komt, daar op ingrijpt. Dat neemt echter niet weg dat onze notie van proportionaliteit en dergelijke recht overeind blijft.

De heer Van Gerven vroeg naar de symptoomreclame. Een ding is duidelijk: wij willen geen directe informatie van farmaceuten aan de patiënt. Symptoomreclame is met de huidige Europese en Nederlandse wetgeving toegestaan. Er zijn geen aanwijzingen dat de Commissie een verbod op symptoomreclame zal voorstellen. Wij kennen dat in Nederland ook niet, voor zover daaronder wordt verstaan dat verwezen kan worden naar objectieve informatie, zonder dat er productinformatie meekomt of een herleiding plaatsvindt naar de farmaceutische industrie en de producenten.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister schetst de wet- en regelgeving, maar vindt hij niet dat er naar wegen gezocht moet worden om dit te verbieden? Het effect is namelijk hetzelfde als dat van reclame. Er zijn ook onderzoeken geweest. Wanneer iets in de markt wordt gezet, blijkt symptoomreclame effect te hebben op het gebruik van middelen die via een omweg daaruit afgeleid kunnen worden. De minister heeft zelf al aangegeven dat hij dit niet wenselijk vindt. Moet dan niet naar wegen gezocht worden? Feitelijk capituleert de minister voor het gegeven dat het bestaat en dat het wettelijk mag.

Minister **Klink**: Nee, ik capituleer daar niet voor. Ik heb zo-even gezegd dat het niet herleid mag worden naar een fabrikant. Daarop wordt toegezien door de commissie die over geneesmiddelenreclame gaat. Wij kennen daar een code voor. Het functioneert in die zin dat wel degelijk de vinger aan de pols wordt gehouden om te weten in hoeverre informatie uiteindelijk geen sluikreclame is. Wij geven daaraan dus nog steeds handen en voeten in termen van handhaving.

De **voorzitter**: Goed. Men kan hier in tweede termijn nog een punt van maken. De minister gaat door met zijn beantwoording.

Minister **Klink**: De nieuwe Wet ambulancezorg is aangenomen door de Tweede Kamer. Er zullen prestatie-eisen worden geformuleerd waarop vervolgens ingetekend kan worden. Wij doen dat vooral om de beste kwaliteit te krijgen ten behoeve van de zorg. De inschrijver die het meest aan de prestatie-eisen voldoet, krijgt de vergunning. Er is ook niets mis mee als er Europabreed ingetekend kan worden.

De Consumentenbond heeft een onderzoek gedaan naar het voorstel van de Europese Commissie om informatie over geneesmiddelen aan patiënten te verbeteren. De Consumentenbond concludeert dat de informatie aan patiënten verbeterd moet worden en dat dit kan binnen de bestaande regelgeving. De bond is voorstander van een scenario waarbij lidstaten kiezen voor een onafhankelijke informatiebron in de vorm van publiek-privaat partnerschap. Ook de farmaceutische industrie kan hierin volgens de bond een rol spelen. Die informatie staat mij ter beschikking wat de inzet van de Consumentenbond betreft. Voor ons is het belangrijk dat patiënten goed geïnformeerd zijn over hun ziekte en behandelopties, inclusief de geneesmiddelen, en dat zorgverleners primair de informatie geven, dat patiënten die meer informatie willen over geneesmiddelen, die binnen de huidige regelgeving kunnen krijgen van de fabrikant of registratiehouder en dat er geen noodzaak is om de regelgeving op dit punt te wijzigen. Dat meldde ik echter al eerder over de patiënteninformatie.

Het onderscheid tussen geneesmiddelen, voeding en hulpmiddelen, waarnaar de heer Van der Veen vroeg, vraagt op Europees niveau nadere aandacht. Op nationaal niveau krijgt het voldoende aandacht. Op Europees niveau, in Brussel, zeggen wij voortdurend dat men moet opletten, dat op dit moment een soort van symbiose ontstaat tussen hulpmiddelen en geneesmiddelen en dat wij in de regelgeving ervoor moeten zorgen, bijvoorbeeld via registraties, dat geneesmiddelen en hulpmiddelen op een congruente manier behandeld worden. Wij ontwikkelen een beleidslijn om het onderscheid tussen geneesmiddelen en voedingsmiddelen te operationaliseren. Die lijn wordt besproken met het bedrijfsleven. Dat zal deze maand gebeuren. Zodra die lijn besproken is, zal ik de Tweede Kamer informeren. Dat wordt afgestemd met de VWA en de inspectie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn vraag over het onderscheid tussen medicijnen en voedingsmiddelen was ingegeven door mijn zorg dat iedereen op iedereen gaat zitten wachten. In Nederland wacht men op Europees beleid en in Europa wacht men op Nederlands beleid. Mag ik het zo verstaan dat de minister in Nederland goed aan de slag gaat en niet op Europa wacht, maar dat hij uiteraard wel zijn best doet om in Europa over te brengen wat Nederland van belang vindt?

Minister **Klink**: Die dubbele boodschap bevestig ik. Nationaal zijn wij er mee bezig. Ik zei al dat de beleidslijn deze maand besproken wordt met het bedrijfsleven. Het gaat over voedingsmiddelen en geneesmiddelen en de relatie ertussen. Daarover zal ik de Kamer informeren. In mijn brief over onze inzet op Europees niveau heeft men kunnen lezen dat wij vinden dat er nog wel een tandje bij mag in Europa.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik had nog een vraag gesteld over de Pharmacovigilance Risk Assessment Advisory Committee, dat wij allen kennen. Waar moet ik mij dat Europese comité voorstellen? Waar hangt het aan? In het gesprek met mevrouw Corbey is het aan de orde geweest, maar ik zal dat niet herhalen. Wij willen dat alle landen in zo'n comité vertegenwoordigd zijn. Wij willen niet dat het draagvlak voor die commissie smaller wordt omdat niet alle landen vertegenwoordigd zijn.

Minister **Klink**: Ook ons zorgpunt was dat de commissie selectief zou zijn samengesteld, maar inmiddels is duidelijk dat alle Europese lidstaten erin zijn vertegenwoordigd.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Hoe is het organisatorisch geregeld?

Minister **Klink**: Misschien is het goed als ik daar in tweede termijn op terugkom.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Ik ben blij met de duidelijke uitspraak van de minister dat hij ons restrictieve antibioticumbeleid zal uitdragen en bewaken. Wij moeten niet geconfronteerd worden met richtlijnen die dat in de waagschaal stellen.

Ik ben blij met de toezegging dat wij een schriftelijke reactie krijgen over het ethisch testen van geneesmiddelen. Ik verzoek de minister om daarin mee te nemen dat de weg van geneesmiddelen die op de markt komen en geregistreerd worden via het Nederlandse CBG in de brief wordt beschreven. EMEA heeft namelijk naar aanleiding van het rapport gezegd dat het er wat strikter naar gaat kijken. Het moet echter niet mogelijk zijn om via een decentrale registratie van geneesmiddelen, onder andere via de CBG – het gebeurt vrij vaak via Nederland – de extra waarborgen rond ethisch

testen te omzeilen. Er mag geen «loop» ontstaan. Als de minister daar in zijn brief op wil ingaan, ben ik daar heel blij mee. Ten slotte de extra registratie ten behoeve van kinderen. Stel dat een farmaceutische industrie zegt dat zij onderzoek heeft gedaan en een sterke casus heeft om het geneesmiddel te laten registreren, ook voor kinderen, voor dat extra half jaar. Als het die stap neemt en daartoe een dossier aanlevert waarvan het zelf vindt dat het goed genoeg is, maar als dat door EMEA wordt afgewezen, dan vind ik dat dit minstens openbaar moet worden. Het is echt hartstikke belangrijk dat het feit dat het gebeurt, openbaar wordt. Wij kunnen nog praten over de inhoud, maar het feit dat het is gebeurd, wil ik openbaar hebben. Ook daarop krijg ik graag, al dan niet schriftelijk, een reactie van de minister.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik heb nog een paar puntjes. De minister herhaalt wat hij van plan is met de ambulancevoorziening. Dat is bekend. Mijn vraag was echter of er Europese regelgeving is die zich verzet tegen regionale gunning in plaats van een openbare aanbestedingsprocedure. Wat schieten wij ermee op als Falck en andere organisaties in Nederland dat gaan doen? Wij hebben over het algemeen een goede ambulancevoorziening. Kunnen wij dat niet gewoon op een andere manier doen? Mijn concrete vraag luidt: verzet regelgeving vanuit Europa zich daartegen of is het gewoon een autonome beslissing van het kabinet? Een volgend punt is de symptoomreclame. Een jaar of tien geleden werd er in de reclame veel aandacht besteed aan schimmelnagels. De reclame en de omzet van de middelen gingen gelijk op. Er wordt dan niet gerefereerd aan een concreet geneesmiddel of aan een fabrikant, maar men gaat wel naar de dokter. En de dokter kan vervolgens kiezen uit een aantal medicijnen. Die hebben er allemaal voordeel bij. Dat werkt dus. Is er niet een weg te bedenken waarmee dergelijke praktijken kunnen worden ingedamd en tegengegaan? Zoals de minister het nu formuleert, zal symptoomreclame gewoon blijven bestaan en ook een steeds grotere vlucht nemen, ook al wordt de weg afgeschermd via de DTC en dat soort zaken. Die weg zal steeds meer bewandeld worden. Ik wil voorts nog een opmerking maken over de hulpmiddelen. Het is nu toegestaan om reclame voor hulpmiddelen te maken of monsters te verstrekken om bepaalde hulpmiddelen als het ware in de pen te krijgen. Kan de minister nagaan of daar niet op een of andere manier paal en perk aan te stellen is?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Wat de gunning voor een ambulancevoorziening betreft, kun je zelf de eisen stellen. En ook al doe je een Europese aanbesteding, je kunt op grond van die eisen kiezen voor een lokale aanbieder.

De heer **Van Gerven** (SP): Volgens mij kan dat niet. Als je een openbare Europese aanbesteding doet en een pakket van eisen hebt op basis van kwaliteit en prijs, dan kun je niet zeggen dat je toch voor de lokale ambulancevoorziening kiest. Als Falck een aanbod doet met een betere prijs-kwaliteitsverhouding, dan krijgt die het. Dat is natuurlijk het effect van een openbare Europese aanbesteding. De SP is voorstander van een andere weg, die volgens haar ook bewandeld kan worden. Volgens ons verzet de Europese regelgeving zich er niet tegen om te zeggen: in principe krijgen de zittende partijen in die 35 regio's het, tenzij. Maar wij doen dat aan de hand van een pakket van kwaliteitseisen en een soort benchmarkprijs. Je zult immers wel een soort prijs moeten afspreken. Ik weet niet of «maatstafprijs» in dit verband een goede term is, maar dat is ook een begaanbare weg. Daar is natuurlijk ook al over gediscussieerd. Volgens ons heeft dat de voorkeur. Ook gezien de commotie die er in ambulanceland is ontstaan, denk ik dat wij die kant op moeten. Wij

moeten niet de kant van de aanbesteding op, waarbij wij niet weten waar we uitkomen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb nog een vraag aan de heer Van Gerven, puur uit nieuwsgierigheid. Als er uit die aanbesteding een organisatie à la Falck naar voren komt, die een betere prijs vraagt en een betere kwaliteit levert, dan vindt hij toch dat daar niet op ingegaan moet worden en dat de voorkeur moet worden gegeven aan een lokale instelling. Heb ik dat goed begrepen?

De heer **Van Gerven** (SP): U kent de aanbestedingsprocedure van de thuiszorg voor de huishoudelijke hulp. Op papier staat dan dat men beter is qua prijs en kwaliteit, maar wij hebben gezien wat daarvan terecht is gekomen. Dat is natuurlijk het grote risico. Natuurlijk is dan op papier de prijs-kwaliteitverhouding het beste, maar wat is uiteindelijk de praktijk? Wij kennen ook de vele aanbestedingsprocedures in het openbaar vervoer. Die zijn ook niet altijd even jofel verlopen. Dat hebben wij in het achterhoofd. Op papier mag het dan zo zijn, maar in de praktijk blijkt het nogal eens anders uit te pakken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan heb ik de woorden van de heer van Gerven verkeerd begrepen. Ik dacht dat hij het werkelijk had over een prijs- en een kwaliteitsverbetering, maar het is over de prijs en kwaliteit die op papier staan. Dat had ik even niet begrepen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik houd het heel kort in tweede termijn. Ik dank de minister voor zijn antwoord. Dat was, wat mij betreft, bevredigend. Ik wens hem veel succes bij de gezondheidsraad.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik heb al gezegd dat ik schriftelijk nader zal ingaan op het punt van EMEA en de humanitaire achtergronden van het testen van geneesmiddelen. Ik ben wel met mevrouw Schermers eens dat, als daar beleid voor wordt ontwikkeld, het dan niet voor de hand ligt dat daar vervolgens op een andere manier mee omgegaan wordt via lidstaten en afzonderlijke autoriteiten zoals het CBG.

Zij heeft verder gesproken over de registratie van bepaalde geneesmiddelen voor kinderen. De industrie kan een bepaald geneesmiddel specifiek voor kinderen willen laten registreren ten behoeve van de verlenging van de bescherming van het patent met een half jaar. Als die registratie alleen wordt afgewezen omdat de dossiers ontoereikend zijn, dan hoeft volgens mij niet direct openbaarheid gegeven te worden aan het feit dat het geneesmiddel niet geschikt zou zijn voor kinderen. Die vraag is dan immers niet beantwoord. Op het moment dat een geneesmiddel ongeschikt blijkt te zijn voor kinderen, zou dat inderdaad openbaar moeten worden gemaakt. Dat zou immers betekenen dat de werking en veiligheid voor kinderen op dat moment niet gegarandeerd is. Er zijn dus twee kanten aan deze vraag: de ontoereikendheid van de dossiers dan wel de uitkomst dat een geneesmiddel in termen van veiligheid en effectiviteit onvoldoende zou zijn. Op beide punten kom ik schriftelijk terug.

De heer Van Gerven heeft nog gesproken over de ambulancezorg. Ik ben het met de heer Van der Veen eens dat wij er wel voor moeten zorgen dat de prestatie-eisen zodanig geformuleerd zijn dat het geen papieren monstroom wordt. Wij moeten ervoor zorgen dat het geen papieren werkelijkheid wordt, in de zin van «wij torenen boven de rest uit, maar dat is een feit en in de praktijk zal daar weinig van terecht komen». Daar zullen wij dus nauwgezet op toezien.

Ik zie ook de risico's van symptoomreclame. Nogmaals, het gaat er met name om in hoeverre informatie uiteindelijk herleidbaar is naar een fabrikant. Dat moet dus niet het geval zijn. Het is nu eenmaal zo dat deze reclame heel indirect kan plaatsvinden. Dat kun je moeilijk voor zijn. Er

mag echter geen verwijzing zijn in de richting van fabrikanten of een bepaald geneesmiddel.
Ik moet het antwoord schuldig blijven op de vraag over de hulpmiddelen-reclame. Ik kom daar graag schriftelijk op terug.
De heer Van der Veen heeft mij sterkte gewenst bij de komende raad. Ik dank hem daarvoor.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb nog een specifieke vraag gesteld over de ambulancevoorziening. Wordt die openbare aanbesteding verplicht gesteld vanuit Brussel?

Minister **Klink**: Ik heb aangegeven hoe ik erin sta.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat is bekend. Dat hebt u een- en andermaal aangegeven.

Minister **Klink**: Dan mag u nog een keer melden hoe ik erin sta. Dat is u kennelijk bekend.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat mij om de vraag of die aanbesteding vanuit Brussel verplicht wordt gesteld. Of kunnen wij dat als land zelf bepalen? Kunnen wij het ook gewoon onderhands gunnen?

Minister **Klink**: Ik zal daarop graag schriftelijk antwoorden. Ik wil echter een zo breed mogelijke werving. Het gaat hier immers om prestatie-eisen die je met twee kapstoktermen zou kunnen omschrijven als kwaliteit en prijs. Daarbij staat de kwaliteit bovenaan. Bij het formuleren van de prestatie-eisen zijn verschillende gremia betrokken, zoals de verzekeraar, de provincie en het Rijk. Wij zullen ervoor zorgen dat er een dusdanig pakket komt dat de prijs uiteindelijk nooit zal gaan domineren over de kwaliteit.

De **voorzitter**: De minister komt nog specifiek terug op de juridische kant.

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

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