

Vergaderjaar 2009–2010

21 501-31

Raad voor de Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken

Nr. 197

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 5 januari 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ en de vaste commissie voor Europese Zaken² hebben op 25 november 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS d.d. 1 december 2009 met de geannoteerde agenda voor de Raad voor Werkgelegenheid en Sociaal beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken (21 501-31, nr. 190);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 19 juni 2009 met het verslag van de 2947e zitting van de Raad van de Europese Unie, deel volksgezondheid, op 9 juni 2009 te Luxemburg, d.d. 19 juni 2009, (21 501-31, nr. 178);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 12 augustus 2009 met het verslag van de Informele EU Raad van Ministers van Volksgezondheid, d.d. 6 en 7 juli 2009 te Jöngköping in Zweden, (21 501-31, nr. 184);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 2 november 2009 Verslag van de Raad van de Europese Unie voor Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken van 12 oktober 2009 te Luxemburg, (21 501-31, nr. 188);**
- **de brief van de staatssecretaris van Buitenlands Zaken d.d. 31 augustus 2009 met Fiche: Voorstel betreffende vaccinatie voor seizoensgriep (22 112, nr. 909);**

¹ Samenstelling:

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

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts

(PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

² Samenstelling:

Leden: Atsma (CDA), Van Bommel (SP), onder-voorzitter, Van der Staaij (SGP), Waalkens (PvdA), voorzitter, Ormel (CDA), Van Velzen (SP), De Nerée tot Babberich (CDA), Haverkamp (CDA), Jan Jacob van Dijk (CDA), Blom (PvdA), Eijssink (PvdA), Van Dam (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Jonker (CDA), Irrgang (SP), De Roon (PVV), Pechtold (D66), Ten Broeke (VVD), Gill'ard (PvdA), Jasper van Dijk (SP), Thieme (PvdD),

Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Peters (GroenLinks).

Plv. leden: Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Jager (CDA), De Wit (SP), Van der Vlies (SGP), Vos (PvdA), Snijder-Hazelhoff (VVD), Van Heugten (CDA), Lempens (SP), Schermers (CDA), Knops (CDA), Jacobi (PvdA), Samsom (PvdA), Kuiken (PvdA), Teeven (VVD), Spies (CDA), Roemer (SP), Wilders (PVV), Nicolai (VVD), Van der Ham (D66), Van der Burg (VVD), Besselink (PvdA), Van Leeuwen (SP), Ouwehand (PvdD), Voordewind (ChristenUnie) en Vendrik (GroenLinks).

- **de brief van de staatssecretaris van Buitenlands Zaken d.d. 31 augustus 2009 met Fiche: Mededeling inzake kankerbestrijding, d.d. 31 augustus 2009, (22 112, nr. 903);**
- **VWS-prioriteiten Zweeds EU-voorzitterschap, d.d. 1 oktober 2009, (21 501-31, nr. 187);**
- **de brief van de staatssecretaris van Buitenlands Zaken. d.d. 27 oktober 2009 met Fiche: Mededeling betreffende Pandemie (H1N1) 2009 (22 112, nr. 947);**
- **de brief van de minister van VWS d.d. 24 november 2009 met de beantwoording openstaande vragen AO Europa 3 juni m.b.t. de Stuurgroep Weesgeneesmiddelen en de patentgeneesmiddelen, brief d.d. 24 november 2009 (21 501-31, nr. 191).**

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand stenografisch verslag uit.

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Europese Zaken,
Waalkens

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

Voorzitter: Van der Veen

Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn vier leden der Kamer, te weten: Schermers, Zijlstra, Van Gerven en Van der Veen,

en minister Klink, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik open dit overleg over Europa. Dit is een heel internationaal overleg. De spreektijd is vier minuten, maar korter mag ook.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Onder het Zweedse voorzitterschap lijkt de focus op antimicrobiële resistentie steeds meer verlegd te zijn van het voorkomen van resistentievorming naar de ontwikkeling van nieuwe effectieve antibiotica. De CDA-fractie vindt het belangrijk dat onderzoek naar nieuwe antibiotica voortgang vindt, maar heeft daarnaast de angst dat te veel wordt verwacht van nieuwe medicijnen. We moeten er primair voor zorgen dat er zo weinig mogelijk resistentie ontstaat. Dat de ontwikkeling van resistentie in de verschillende landen van een heel verschillend niveau is, laat zien dat resistentie ook voor een deel is te voorkomen. Al eerder heb ik namens mijn fractie aandacht gevraagd voor het uitdragen van ons MRSA-beleid. Graag hierop een uitgebreide reactie van de minister.

Een belangrijk agendapunt op 1 december is het geneesmiddelenpakket. Ten aanzien van vervalste geneesmiddelen kiest Nederland ervoor om kwaliteitseisen te stellen aan grondstoffen en om de controle op vervalsing ook te laten gelden voor niet-receptplichtige geneesmiddelen. De CDA-fractie vindt die aanpak goed, maar vraagt zich af waarom de minister ervoor kiest om het toezicht in geval van niet-receptplichtige geneesmiddelen alleen te verrichten bij een vermoeden van vervalsing. Zonder goede grondstof immers geen veilig geneesmiddel. Sommige geneesmiddelen worden te vroeg in de markt gezet. Dat gebeurt dan onder valse voorwendselen, bijvoorbeeld onderzoek. Hoe kunnen wij dit soort praktijken voorkomen?

Dan een vraag over de informatie van de farmacie aan de patiënt. Wat is precies de Europese stand van zaken? Is er nog een dreiging van «direct-to-consumer advertising»? Er is weliswaar een verbod op reclame voor receptplichtige geneesmiddelen, maar de minister heeft herhaaldelijk laten weten dat de grens tussen reclame en informatie flinterdun is. Laat ik duidelijk zijn over onze inzet. Juist omdat die grens zo flinterdun is, moeten de farmaceutische industrieën niet direct de patiënt kunnen benaderen.

Ten aanzien van grensoverschrijdende zorg is de CDA-fractie blij met de inzet van de minister voor een grote bevoegdheid van de lidstaten en het uitsluiten van langdurige zorg. Met het uitsluiten van langdurige zorg is ook voor mijn fractie een belangrijk bezwaar weggenomen. Wij zijn van mening dat de minister goed de grenzen van dit dossier bewaakt. Wij zijn oprecht blij met het feit dat de minister in Europees verband aandacht heeft gevraagd voor een zwarte lijst van zorgprofessionals die hun vak niet meer mogen uitoefenen. Mijn fractie heeft hier herhaalde malen op aangedrongen en is blij dat hier nu invulling aan is gegeven. De ervaringen in Twente en Emmen laten zien dat een dergelijke lijst noodzakelijk is. De vraag is nu hoe wij aan deze lijst voldoende bekendheid geven en hoe wij gaan controleren of die lijst wel wordt gebruikt. Hoe kijkt de minister aan tegen zorgaanbieders die mensen van die zwarte lijst in dienst nemen, als door het handelen van die persoon schade ontstaat bij een patiënt? Wat is de prognose voor het bereiken van een akkoord over dit richtlijnvoorstel?

Ten slotte ga ik in op de griep пандеміе. Ik begin met de gewone seizoensgriep. De vaccinatiegraad moet in 2010 75% zijn. Dat lijkt een goed uitgangspunt. Wat opvalt, is dat er consequent gesproken wordt over een dreigende пандеміе. Hoe wordt elk jaar de kans op een epidemie dan wel пандеміе geschat en op welk niveau gebeurt dat: per land of door de hele Unie ineens? Er zijn verschillende rollen die de EU bij een griep пандеміе zou kunnen vervullen. Voor de huidige пандеміе van H1N1 is een gezamenlijke aanbesteding niet meer aan de orde, gezien het ontwikkelingsstadium van de пандеміе en de bestellingen die al door de verschillende lidstaten zijn geplaatst. Het is logisch dat de landen die al zelf contracten hebben afgesloten voor de aanschaf van medicijnen, wijzen op de eigen verantwoordelijkheid van de lidstaten. Nederland behoort tot die groep landen. Kan de minister ingaan op de inzet van Nederland in de toekomst? Zal er dan meer gezamenlijk worden ingekocht? Hoe zit het met de onderlinge solidariteit ten opzichte van de eigen verantwoordelijkheid van de lidstaten?

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Laat ik beginnen met op te merken dat wij het grosso modo eens zijn met de standpuntbepaling van het kabinet voor de komende Raad. Ik zal er een paar dingen uitlichten. Wij onderschrijven dat langdurige zorg geen deel zou moeten uitmaken van de discussie over de reikwijdte van Europa. Dat past niet binnen de jurisprudentie van het Hof. Wij ondersteunen die lijn dan ook. Hetzelfde geldt voor orgaandonatie. Europa moet zorgen voor bemiddeling als er sprake is van urgentie, maar voor de rest is het aan de nationale lidstaten.

Wij zijn het eens met de lijn dat er geen directe informatie aan de patiënt wordt verstrekt over geneesmiddelen. Wij maken daarbij wel het voorbehoud dat de farmaceutische industrie in staat moet worden gesteld om adequaat te reageren wanneer anderen overduidelijk incorrecte informatie verstrekken over medicijnen en vaccins. Als wij dat bij voorbaat blokkeren, worden wij helemaal gek van alle websites die indianenverhalen verspreiden. Dat slaat te veel door naar de andere kant.

Ook steunen wij de opstelling van de regering op het punt van de namaakgeneesmiddelen. Die moeten wij zo veel mogelijk tegengaan. Ik sluit mij aan bij de vragen die mevrouw Schermers daarover stelde. Wanneer doe je de controle? Je moet dat goed doen bij medicijnen die niet zijn voorgescreven. Wel hebben wij de vraag hoe het zit met de goedkeuring van geneesmiddelen. Dat gebeurt steeds meer op Europees niveau.

Tijdens de behandeling van de begroting hebben wij een discussie gehad over gentech, zoals de MammaPrint. Ik zal de minister niet weer door de mangel halen. Ik vraag mij alleen wel af hoe wij omgaan met nieuwe technieken, zoals een gentech die niet meer uitgaat van het toedienen van een medicijn maar van andere methoden. Voor toxicologisch onderzoek worden nu dierproeven gebruikt, maar er is ook gentech die een beter resultaat oplevert tegen extreem lagere kosten. Het duurt een tijd voordat wij die techniek breed kunnen toepassen. Hoe zorgen wij ervoor dat de overheid dit soort technieken vlotter erkent als een reguliere procedure? Nu doen wij daar in Europa/Nederland meer dan tien jaar over. Op dat gebied zou Europa een voortrekkersrol kunnen spelen. Dat zou ook helpen om de uniformering in Europa te bevorderen, bijvoorbeeld op het gebied van goedkeuring van nieuwe geneesmiddelen of van andere zaken die getest moeten worden.

Er zijn een paar dingen waar wij iets minder gelukkig van worden, bijvoorbeeld gezond en waardig ouder worden, niet zozeer vanwege hetgeen het kabinet hierover zegt, maar generiek in Europa. Het kabinet schrijft dat het zich er goed bij kan aansluiten dat er best practices worden uitgewisseld. Daar kun je ook echt niet tegen zijn. De vraag is natuurlijk überhaupt of er op dat punt een rol van Europa moet zijn. Best practices kun je ook uitwisselen zonder dat Europa daar een actieve rol in speelt. Dat zie je op andere punten ook gebeuren. Als Europa er officieel niet over gaat, dan worden

er toch handvatten gevonden om iets te doen. Op een gegeven moment doet men iets meer en later nog iets meer. Voordat je het weet, gaat men er echt over vergaderen. Ik ben het eens met uitwisseling, maar ik ben het er totaal mee oneens dat Europa hier op welke wijze dan ook een rol in speelt. Ik zou graag zien dat het kabinet expliciet aangeeft dat Europa daarmee ophoudt. Als de ambtenaren in Europa op dat punt niets te doen hebben, moeten ze niet gaan kijken of ze de rol van VWS kunnen overnemen. Dat bepaalt VWS in Nederland zelf wel, althans dat hoop ik dan maar.

Hetzelfde geldt voor de alcoholstrategie. Het kabinet is het eens met het uitgangspunt van de EU dat alle lidstaten zelf verantwoordelijk zijn. Waarom praten wij er dan over? Wij moeten een duidelijke lijn volgen: niet meer doen! Tot slot maak ik nog een opmerking over rookvrije ruimten. Het is prachtig dat wij daar Europees naar gaan kijken. Ik vind het alleen moeilijk uit te leggen dat Europa aan de ene kant inzet op rookvrije ruimten en aan de andere kant 1 mld. extra aan subsidie aan de tabaksindustrie verstrekt. Kan de minister uitleggen hoe wij dat bij elkaar brengen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): U had het toch over informatie voor de patiënt en niet over reclame?

De heer **Zijlstra** (VVD): Reclame: nee. Wij maken alleen het voorbehoud dat men indianenverhalen moet kunnen corrigeren.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik zal op een aantal punten ingaan. Ik onderschrijf het gevoel van mijn rechterbuurman: waar wil Brussel zich allemaal mee bemoeien? Dat deed mij denken aan mijn tijd in de provinciale staten. Toen bemoeiden wij ons ook overal mee, terwijl wij er niets over te zeggen hadden. Ik heb het daar niet zo lang uitgehouden.

De **voorzitter**: Ik mag toch veronderstellen dat u niet hetzelfde gevoel hebt, nu u in de Tweede Kamer zit?

De heer **Van Gerven** (SP): De Tweede Kamer niet, ik had het over Europa, zoals u begrijpt.

De minister schrijft dat er een geschil is over de patiëntenrichtlijn en dat er binnen de Coreper nog over gediscussieerd moest worden. Vandaag zou hij ons daar meer over kunnen vertellen. Wij horen dat graag. Een van de geschilpunten betreft de particuliere en publieke aanbieders. Bij de vergoeding wordt geen verschil gemaakt tussen publiek en privaat. Een ziekenfondsverzekerde kan dus in het buitenland gebruik maken van particuliere zorg. Terecht vrezen landen met een sterke scheiding tussen publieke en particuliere zorg voor aantasting van hun systeem. Nu is de SP niet zo'n voorstander van de scheiding tussen publieke en particuliere zorg, maar het is aan de lidstaten zelf en niet aan Europa om een zorgstelsel in te richten. Zijn er naast deze geschilpunten nog andere?

Wij zijn het eens met de inzet dat de richtlijn niet verder moet gaan dan de uitspraken van het Europese Hof. Wij vragen ons af of daarvoor wel een richtlijn nodig is. Krijg je dan niet te maken met allerlei negatieve bijwerkingen? Is het niet beter om landen die niet handelen naar de uitspraken van het Hof hierop aan te spreken en bilateraal zaken op te lossen? Of is de patiëntenrichtlijn toch een manier van Brussel om een Europese zorgmarkt op te richten?

Europa wil zich inzetten om alcoholmisbruik bij jongeren te bestrijden. Dat vinden wij een nobel streven. Wij constateren alleen dat Brussel vaak juist een belemmering is voor landen om beleid te voeren. Ik geef twee voorbeelden. Ten eerste: etikettering van alcoholische dranken mocht niet van Brussel. Ten tweede: het uit de schappen van supermarkten halen van alcoholische premixen mocht ook niet van Brussel. Ik krijg graag een

reactie van de minister op deze twee punten. Is de minister bereid zich hiervoor in te zetten tijdens de besprekingen in de Raad volgende week? Via het geneesmiddelenpakket kunnen farmaceuten direct consumenten en patiënten informatie verschaffen over geneesmiddelen of ziektebeelden. De SP is blij dat dit onderdeel eruit is gehaald. Dat is zeer terecht. Er is echter nog steeds het internet. Via dat medium worden veel geneesmiddelen verkocht, met alle gevaren van dien. De veiligheid van geneesmiddelen is niet gegarandeerd, omdat ze ook via websites vanuit het buitenland worden aangeboden. Welke maatregelen zijn er op Europees niveau te nemen?

De EU is van plan, zich in te zetten om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen terug te dringen. Dat vinden wij een prima idee. Voor de SP beperkt de rol van Brussel zich tot het organiseren van goede samenwerking tussen landen en het stroomlijnen van onderzoek. Wij vinden het een goed idee dat gekeken wordt naar het effect van beleidsmaatregelen die in Brussel worden genomen. Ik denk dan aan de Dienstenrichtlijn, die negatieve gevolgen zou kunnen hebben voor de inkomenspositie en uiteindelijk ook voor het gezondheidsniveau van mensen. Ik heb begrepen dat in een van de stukken niet wordt gepleit voor het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, maar voor een verhoging van het algemene niveau. Zou dat niet én-én moeten zijn?

Ik kom bij de griep пандemie. Hoe staat het met het doorverkopen van medicijnen? Is daar zicht op? Ik heb gelezen dat er met Malta een akkoord is. Wij hebben ook gediscussieerd over het doorverkopen of doorschenken van 10% daarvan aan ontwikkelingslanden. Hoe staat het daarmee? Tot slot heb ik een vraag over de tabaksproducten. In een verslag van 9 juni 2009 heb ik een scherpe interventie van Denemarken over snoepsigaretten en over de herziening van de tabaksproductenrichtlijn gelezen. Denemarken pleit ervoor een lijst openbaar te maken van verboden additieven in sigaretten en de tabaksindustrie wettelijk te verplichten mee te werken aan een onderzoek naar additieven in sigaretten. Verder wil Denemarken op EU-niveau afspraken te maken over reclame voor snoepsigaretten. Wat is de inzet van het kabinet op dit punt geweest? Wat gaat de inzet zijn?

Voorzitter: Schermers

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Wij hebben eigenlijk niet zoveel opmerkingen over deze stukken. Wij kunnen ons daar in grote lijnen goed in vinden. Bovendien hebben de collega's al het nodige gezegd. Mijn inbreng kan dus kort zijn.

Wij zijn er tevreden over dat de langdurige zorg nu geregeld is in de patiëntenrichtlijn. Wij hebben nog wel een vraag over publiek-privaat.

Sommige landen zijn bevreesd dat ze er last van krijgen als ze private zorg in het buitenland vergoeden, omdat ze die dan ook in eigen land moeten vergoeden. Er wordt aangegeven dat dit nog uitgezocht moet worden. Er is ook een oproep gedaan aan de lidstaten om daar creatief over na te denken. Wat is de inbreng van Nederland op dat punt?

Wat betreft de farmacie benadrukken wij dat het PRAAC ook uit 27 vertegenwoordigers zou moeten bestaan. Wij vinden nog steeds dat elke lidstaat daarin vertegenwoordigd zou moeten zijn.

In de verbeterde bijsluiter zal een samenvatting van de bijsluiter moeten worden opgenomen. De PvdA-fractie is daartegen. Het samenvatten van bijwerkingen leidt ertoe dat niet alle bijwerkingen worden vermeld en dat lijkt ons geen goede zaak.

Wij hebben moeite met het introduceren van het veiligheidssymbool in het eerste jaar dat de geneesmiddelen op de markt zijn. Naar ons idee moet ieder product dat op de markt komt simpelweg veilig zijn. Waarom zou er in het eerste jaar een veiligheidssymbool op moeten staan? Dat

vinden wij lastig, omdat de indruk wordt gewekt dat het misschien toch niet helemaal veilig is.

De PvdA is blij dat er een Europese databank komt waar fabrikanten, patiënten en medici ernstige bijwerkingen per medicijn kunnen melden en dat er op grote schaal een overzicht komt. Dat zal de veiligheid van de patiënten doen toenemen.

Ook wij zijn voor de inzet van een periodiek veiligheidsverslag, het zogenaamde PSUR. Wij vinden wel dat zo'n verslag binnen 40 dagen na afronding moet worden beoordeeld. Nu is dat 70 dagen en dat lijkt ons wel erg lang.

De collega van de SP heeft al gevraagd naar de Mexicaanse griep. Hoe zit het met het doorverkopen van vaccins aan Malta? Hoe zit het dan met de beschikbaarheid van vaccins? Wij vinden het een goede zaak dat gekeken wordt of de beoordeling van markttoelating voor vaccins meer op Europees niveau kan geschieden. Ook vinden wij het geen slechte gedachte dat binnen Europa gekeken wordt naar het gezamenlijk gebruik van het vaccin.

De sociaaleconomische gezondheidszorg staat bij ons hoog op de agenda. Daar hebben wij ook de nodige aandacht voor gevraagd op nationaal niveau. Wij vragen ons wel af hoe Europa daaraan kan bijdragen. Meer aandacht vanuit Europa mag niet betekenen dat er hier minder aandacht is voor deze problematiek.

Voorzitter: Van der Veen

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik val vast in het zwaard van mijn eigen overmoedigheid, maar ik ga toch een poging wagen om de vragen nu te beantwoorden.

Mevrouw Schermers heeft gesproken over MRSA. Daar is tijdens verschillende raadsvergaderingen over gesproken. Het is op de agenda gezet door Slovenië. Ik heb het in eerdere overleggen ook al gemeld. Het viel mij op dat Nederland in termen van voorkomen buitengewoon goed scoort, eigenlijk het best van alle landen. Engeland kijkt ook naar ons om te leren van hoe wij dat oppakken binnen onze ziekenhuizen. Wij zijn dus een van de best practices, zou ik bijna zeggen. Ik weet niet in hoeverre er een infrastructuur aan Europese zijde is, maar het heeft wel de aandacht. Nogmaals, Nederland is voorbeeldig.

Het is belangrijk om resistentie te voorkomen. Resistentie tekent zich natuurlijk grensoverschrijdend af en dat probleem moeten wij zo veel mogelijk zien te ondervangen. Wanneer dit onderwerp ter sprake komt, zal ik daar voortdurende alertheid voor vragen.

Een andere vraag was in hoeverre het toezicht op niet-receptplichtige medicijnen alleen op basis van risico's gebeurt, dus bij een vermoeden. Impact assessment van de Commissie toont aan dat niet-receptplichtige geneesmiddelen nagenoeg niet worden vervalst. Er is toezicht, maar slechts bij een vermoeden van vervalsing. Dat heeft natuurlijk ook te maken met de capaciteit. De onderzoekscapaciteit wordt met name ingezet waar rook is, zodat je vuur vermoedt. Zo gebeurt het ook bij het OM. Er bestaan internationale richtlijnen voor het opsporen van grondstoffen. Ik gaf al aan dat niet alles kan worden gecontroleerd vanwege de capaciteit en de administratieve lasten die dat oplevert voor producent en fabrikant.

Ook zijn vragen gesteld over de gezamenlijke aanschaf van vaccins. Dat heeft onder andere Nederland tijdens de raadsvergadering in Luxemburg aangekaart. Nederland heeft die oproep aan de Commissie herhaald. De Commissie onderzoekt op dit moment de voor- en nadelen daarvan. Het heeft inderdaad implicaties. Zo liepen wij dit jaar het risico van tegen elkaar opbieden in termen van prijzen. Je wist niet hoe groot het aanbod was, terwijl er wel een enorme vraag was. Spreiding van de aanschaf van de vaccins levert risico's op. Laten wij ervan uitgaan dat wij in de toe-

komst, anders dan nu, de risicogroepen kennen. Het ene land gaat dan overmatig inkopen en dat gaat ten koste van andere landen. Dat zie je nu ook gebeuren. Malta en Macedonië, om in Europese sferen te blijven, trekken nu bij ons aan de bel met het verzoek om vaccins aan te schaffen. Het kan zijn dat ze er niet tijdig bij waren of dat ze er bewust voor hebben gekozen om die vaccins niet aan te schaffen. Je moet niet uitsluiten dat ze gewoon te laat waren. Die onderlinge afstemming en solidariteit is echt een punt van aandacht. Ik hoop dan ook dat de Commissie de voor- en nadelen goed in kaart brengt en met een voorstel komt.

Mevrouw Schermers heeft gevraagd naar de informatie aan patiënten, direct-to-consumer advertising en de flinterdunne grens met reclame. Beleid voeren op het direct aan de consument doorspelen van informatie leidt al snel tot slukreclame of symptoomreclame. Dat is een richting die wij niet willen, namelijk gewoon reclame maken voor medicijnen. Om die reden zijn wij buitengewoon terughoudend, zo niet negatief, geweest over een Europese aanpak daarvan in de richtlijn. Het Europees Parlement schrijft op dit moment een rapport, dat in 2010 uitkomt. Vervolgens is de Raad aan zet. Zoals het er nu uitziet, zal de Commissie het voorstel van tafel moeten halen. Een gesprek over de inhoud zal waarschijnlijk niet meer plaatsvinden. Voor zover het dus al plaatsvindt, is het in maart volgend jaar. Gegeven de kritische kanttekeningen van de Raad en vervolgens van het Parlement, ziet het er niet naar uit dat dit een kansrijke strategie is.

Ook heeft mevrouw Schermers gevraagd naar een prognose voor het akkoord over de richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg. In de stukken heeft zij kunnen aantreffen dat het Zweedse voorzitterschap daar op dit moment alles aan doet. Een land dat behoorlijk gekant is tegen die richtlijn, is de komende voorzitter Spanje. De bezwaren hebben vooral te maken met het gegeven dat het Spaanse stelsel, dat sterk publiek is, de kostprijzen van bepaalde verrichtingen nauwelijks kent. Dat is lastig als je het maximum van die kostprijs wilt bepalen teneinde tegen patiënten te zeggen dat zij niet meer kunnen declareren. Het publiek-private punt speelt ook een rol. Daar kom ik straks op terug. Hier ligt, voor zover ik geïnformeerd ben, het belangrijkste bezwaar van een aantal landen. Die richtlijn doet overigens niets anders dan codificeren wat het Europese Hof op dit moment al stelt. Nederland heeft dat in wetgeving omgezet. Andere landen hebben dat nog niet gedaan. Anders zouden die bezwaren er ook niet zijn. Het is op dit moment wel geldend recht, zij het dat het rechters recht is en geen wetgeving.

De woordvoerders, inclusief de heer Zijlstra, onderschrijven de lijn van de regering voor de langdurige zorg. Dat leek ons ook een goede zaak, naast andere punten. Ik denk dan aan het preferentiebeleid en het naturastelsel. Het Europees Parlement heeft de zwarte lijst voor artsen in een van zijn amendementen ingebracht. Nederland heeft het punt ook naar voren gebracht, zoals ik vorige keer al meldde. De Commissaris gaf toen aan dit te zullen oppakken. Wij zouden graag wat meer voortvarendheid zien. Die ontwaren wij nu nog niet direct, maar wie weet voor wat voor verrassing wij aanstaande dinsdag komen te staan. Eén ding is duidelijk: het Parlement brengt dit met enige nadruk naar voren. Dat heeft, naar onze stellige verwachting, ook het effect dat er een Europese lijst komt. Als die lijst er onverhoopt niet komt, zal ik de Commissaris daar blijvend aan herinneren. De strategie is nu om tijdens de onderhandelingsfase tussen Raad, Europees Parlement en de Commissie het Europees Parlement te ondersteunen in het streven naar een dergelijke lijst. Wij steunen het Parlement dus volop, nu dat onderwerp van gesprek is tussen Commissie, Parlement en Raad.

De heer Zijlstra heeft een terechte vraag gesteld over de uitwisseling van best practices. Zijn collega, mevrouw Schippers, zei dit al in het allereerste overleg dat ik bijna tweeënhalf jaar geleden met haar had. Europa lijkt wel een colporteur; het zet een kleine teen tussen de deur en vervolgens

wringt het zich naar binnen. Dat is een mooi beeld. Even ter relativering, Europa heeft daarvoor geen zwaar opgetuigd ambtelijk apparaat. Europa faciliteert de uitwisseling van informatie, maar het is geen steunfunctie die in Europa is belegd. Dat neemt niet weg dat dit soort patronen er inderdaad makkelijk in kunnen zitten. Ik ben daar voortdurend een beetje huiverig voor, laat ik maar van binnenuit spreken.

In dit verband is terecht een opmerking gemaakt over alcohol. Als ik in Zweden zit en alcohol wordt op de agenda gezet, denk ik bij mijzelf: ja, maar daar gaan wij toch eigenlijk over. Dan krijgen we exposés over hoe het in verschillende landen loopt, enz. Dat is informatief en nuttig en ook wel aardig in termen van best practices, maar er komt wat mij betreft geen enkele vorm van regelgeving aan te pas, behoudens als het gaat om de interne markt en over eisen die je aan producten stelt. Dan heb je het over de etikettering en over de premixen, of hoe het ook heten mag, die de heer Van Gerven zo-even noemde. Wanneer je daar een eigen beleid in gaat voeren, komt het vrije verkeer van goederen en de mededinging in beeld. Dat is een andere sfeer dan van overheidsbelang interveniëren in termen van gezondheid. Het gezondheidsbelang wordt soms als publiek belang gehanteerd, om vervolgens een rechtvaardiging te vinden voor een inbreuk op het vrije verkeer van goederen. Daarin moet altijd een balans worden gezocht. Ik kom zo nog terug op de opmerking hierover van de heer Van Gerven.

De vraag over de alternatieven voor dierproeven viel in tweeën uiteen. Wij zijn met ASAT en andere trajecten bezig om die alternatieven op te waarderen. Ik ben daar een groot voorstander van, precies om de reden die zo-even werd genoemd. Het is een besparing van kosten en levens, dus een maatschappelijk en een economisch doel lopen hier als het ware in elkaar over. Ik ben hier echt een groot voorstander van. We hebben voor het komende jaar wat middelen gereserveerd om dat verder te stimuleren; hopelijk oplopend tot 1 mln. over een reeks van jaren. Hierover is ook gesproken bij de begrotingsbehandeling. De andere vraag was in hoeverre innovaties voldoende snel worden opgenomen in pakketten en in richtlijnen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Misschien even ter correctie, het gaat mij niet zozeer om innovatie op zichzelf als wel om de innovatieve goedkeuringsprocedures. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat dit soort procedures, even los van daadwerkelijke innovaties, worden opgewaardeerd tot iets waarvan de overheid zegt: als je door zo'n procedure heen bent gelopen, dan is een geneesmiddel veilig, om maar wat te noemen?

Minister **Klink**: Tijdens de begrotingsbehandeling heb ik al gezegd dat ik in december een advies ontvang van het CVZ over de voorlopige opname. Ik put nu even uit mijn geheugen, maar u hoort er binnenkort over. Ik ben dat domweg met u eens. Bij die innovaties duurt het soms tien tot twaalf jaar, voordat er überhaupt iets op de markt komt. Vandaar ook die enorm hoge kosten die er vervolgens mee gemoeid zijn. Er is zoveel tijd en geld mee gemoeid dat het een drempel voor innovatie kan zijn. Dat wordt vervolgens vertaald in patenten die ervoor moeten zorgen dat dit geld niet nutteloos geïnvesteerd is. Dat betekent weer dat de toetreding van andere fabrikanten van generica en dergelijke in de problemen komt. Ik zie dat punt.

De heer Zijlstra merkte op dat de farmaceutische industrie de mogelijkheid zou moeten hebben om te reageren op inadequate of valse informatie op internet. Het voorstel van de Commissie is gericht op het verstrekken van informatie aan patiënten die al beschikbaar is in de bijsluiter en een summary van de product characteristics. Dat voorstel gaat niet over informatie via internet. Ik vind wat de heer Zijlstra meldt het overwegen waard, maar ik zeg niet dat ik dit ooit inbreng. Wij hebben grote bezwaren bij het initiatief van de Commissie wat betreft directe

informatie aan de consument. Gezien de ervaringen in de afgelopen weken kan ik mij voorstellen dat een farmaceut ook wel eens de handen wringt en denkt: hemel, wat wordt er allemaal gedebiteerd. Ik zal bij onze afdeling die erover gaat, een verzoek neerleggen om dit te verkennen. Wij hebben in Nederland onderzoek gedaan naar het voorkomen en aanpakken van vervalste geneesmiddelen. Dat wordt in het Engels vertaald en dat zullen wij ook verspreiden in Europa.

De heer Van Gerven sprak over het terugdringen van gezondheidsverschillen. Ik refereer aan de motie van mijn linkerbuurman, de voorzitter van deze vergadering, de heer Van der Veen, waarin ons twee jaar geleden al werd verzocht om met een brief te komen. Die is er ook gekomen en die hebben wij onlangs besproken. Van de week heb ik gesproken bij het Convenant Overgewicht, en ik heb dat ook in de Kamer gemeld. Die gezondheidsverschillen zijn inderdaad enorm, namelijk wat betreft levensverwachting zeven jaar en wat betreft gezonde levensverwachting 19 jaar. Dat is toch heel wat, moet ik zeggen. Dat heeft heel veel met leefstijl te maken. Ik ben terughoudend om daarin te interveniëren, maar er is des te meer reden om te streven naar een gezamenlijke aanpak van scholen, werkgevers, gemeenten, wijzelf en artsen vanuit die leefstijl en zelfmanagement, wat met chronische ziekten te maken heeft. Die gezamenlijke aanpak moeten wij wel proberen te realiseren, want het zijn inderdaad wel enorme aantallen.

Met die intentie zal ik mij in Europa in het debat mengen. Dat neemt niet weg dat Europa ook hier wel zijn eigen domein moet kennen, want dit is toch voor een groot deel nationale politiek; wat heet, misschien wel voor honderd procent nationale politiek.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik begrijp het antwoord van de minister niet goed, als ik het met de tekst vergelijk. Ik zal de tekst even citeren, want deze triggerde mij heel erg. Deze luidt als volgt: sociaaleconomische gezondheidsverschillen; doelstelling moet niet zijn het verkleinen van de kloof, maar verhogen van het niveau in/binnen alle lidstaten. En dan staat er tussen haakjes: nivellering is een risico voor lidstaten met een hoog niveau. Dat is wat er staat. Ik begrijp wel dat de minister niet wil dat we allemaal naar het laagste niveau afzakken. Dat moge duidelijk zijn. Maar ik mag toch wel veronderstellen dat hij ook vindt dat die verschillen eigenlijk toch kleiner zouden moeten worden, zowel nationaal, wat primair onze verantwoordelijkheid is, als internationaal?

Minister **Klink**: Ja, je kan er een hele grap over maken door na te denken over de vraag hoe wij degenen die hoog scoren naar beneden kunnen brengen, maar dat zullen we maar niet doen, lijkt me zo. In die zin is eigenlijk wel evident dat er geen nivellering moet ontstaan met een verkeerde beweging, namelijk naar onder in plaats van naar boven. Om echt verschillen weg te nemen, zou je moeten proberen te ondervangen dat mensen meer risico lopen om vroeg te overlijden dan wel sneller in het leven te maken krijgen met chronische aandoeningen, en dat is vooral nationaal beleid. Dat is volstrekt helder wat mij betreft. Binnenkort ontvangt de Kamer een fiche over dit onderwerp.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dan komt er dus weer een fiche. Een fiche betekent dat Europa zich er tegenaan bemoeit. Ik ben het eens met de minister dat dit nationaal beleid is. De gezondheidsverschillen tussen Europese landen hebben ook weer allerlei oorzaken, zoals het weer of voedingspatronen etc. Daar moet Europa zich toch echt niet mee gaan bezighouden. Ik zou ook hier weer zeggen: hoe gaan wij voorkomen dat Europa zich er op een of andere wijze tegenaan gaat bemoeien. Hier gaan ze gewoon niet over, punt.

Minister **Klink**: Waarschijnlijk treft u in het fiche dan ook aan dat het niet proportioneel is of dat het niet aan de subsidiariteitstoets voldoet. Ik ben het met u eens dat wij van alle onderwerpen waarbij wij van binnenuit het gevoel hebben dat Europa zich er niet mee moet bemoeien, kunnen wegkomen door te zeggen dat het benchmarks zijn. Langzamerhand heb je op alle domeinen van de volksgezondheid benchmarks lopen. Ik zal de Commissie eens vragen om een inventarisatie te maken hoeveel fte's en kosten daarmee gemoeid zijn. Het bespaart soms ook wel geld. Wanneer op nationaal niveau vergelijkingen plaatsvinden, en dat gebeurt op mijn departement ook vaak, is het soms wel handig om te kunnen terugvallen op zo'n faciliteit. Het lijkt mij helemaal niet zo gek om dat een keer in beeld te brengen. Een goede vervolgvraag lijkt mij hoe vaak dit als vervolg op een benchmark weer is opgepakt op de agenda. Zal ik die twee dingen eens vragen?

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat lijkt mij bijzonder interessante lectuur.

Minister **Klink**: In het verlengde daarvan ligt de openbare lijst van additieven van Denemarken. In hoeverre zullen afspraken gemaakt worden op Europees niveau? Denemarken heeft opgeroepen om de tabaksproductenrichtlijn te herzien. Dit is een oproep aan de Commissie en daar heb ik verder geen informatie over. Het is bijna Sinterklaas, maar er is mij verder niets bekend vanuit de Commissie over afspraken over snoepsigaretten. Mocht daar verandering in komen, dan zal ik dat melden.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat de SP-fractie natuurlijk vooral om uw kijk daarop en uw inzet. De inzet van Denemarken heb ik geschetst. Ondersteunt u die?

Minister **Klink**: Eerlijk gezegd heb ik niet zo snel een opinie over die snoepsigaretten. Soms heb ik dan het gevoel: mijn hemel, waar hebben we het over?

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat gevoel hebben wij nou nooit.

De heer **Van Gerven** (SP): Nog even ter verduidelijking, ik heb het over het document 10 075/09. Dit is een verslag wat u aan ons hebt gestuurd waar ik mij op beroep. U hebt daar vast een mening over.

Minister **Klink**: Toen u dat getal noemde, dacht ik: ah, die bedoelt hij. Dat was erg verhelderend. Nee, ik heb daar eerlijk gezegd niet direct een mening over. Ik weet zelfs niet of ik een mening wil hebben over die snoepsigaretten. Dat neemt niet weg dat ik daar misschien wel een mening over moet hebben. Als het aan de orde is, laat ik die opvatting zo snel mogelijk weten. Op dit moment moet ik het antwoord op die vraag schuldig blijven.

De heer Van Gerven vroeg ook wat er speelt bij de richtlijn voor grensoverschrijdende zorg. Dat heeft onder andere te maken met de vergoedingen, de vergoedingshoogte en met publiek-privaat, zoals ik zo-even in de stukken aantrof. Ik verwacht dat er wel overeenstemming komt over een richtlijn voor grensoverschrijdende zorg.

Over publiek-privaat heeft de heer Van der Veen ook een vraag gesteld. Het hangende punt zijn de vergoedingen en de mate waarin we kostprijzen in eigen land kennen. Dat heeft er vaak mee te maken dat men een publiek stelsel kent dat langs andere wijze dan via prestaties wordt gefinancierd. Daar speelt dat met name. In de Europese jurisprudentie wordt geen onderscheid gemaakt tussen private en publieke aanbieders. Het is aan de lidstaten zelf voorbehouden hoe ze dat inrichten. Anders zou je de merkwaardige figuur krijgen dat iemand uit Spanje zich niet bij de reumakliniek mag laten behandelen, terwijl iemand uit Nederland of uit Frank-

rijk, dat ook private ziekenhuizen kent, dat wel mag. Als je daar tegenaan loopt, zou inbreuk worden gedaan op het vrije verkeer van mensen, goederen, diensten, enz. Ik snap ook wel dat je dit kunt omdraaien. Wanneer je geen private partijen in je land wilt en je kunt wel naar het buitenland, kan dat als een inbreuk ervaren worden. Langs die lijnen scharniert de discussie.

De heer Van Gerven vroeg naar de doorverkoop van vaccins. Dat is inderdaad een belangrijk punt. Het kabinet overweegt om snel te besluiten over het volgende. Wij hebben onze risicogroepen gevaccineerd, althans die programma's lopen. Wij zijn binnen de grenzen gebleven van wat er aan vaccins beschikbaar is. Wij hebben op dit moment toegezegd iets over en wij staan voor de afweging om dat te verkopen of dat als strategische reserve aan te houden en helemaal niets te verkopen. De risicogroepen zijn gevaccineerd. De Gezondheidsraad zegt dat gezonde Nederlanders zich uit medisch oogpunt niet zouden moeten laten vaccineren. In landen als Malta en Macedonië zijn er mensen die wel tot de medische risicogroepen behoren, zoals kinderen, die opgenomen worden op de IC. Er is geen sprake van overmatige sterfte, maar wel van schade aan de longtjes van die kinderen wanneer beademing moet plaatsvinden. Gezien die feiten staan wij voor de afweging of wij dat voor onszelf houden, voor eventualiteiten, of dat gaan verkopen ten behoeve van de risicogroepen daar. Uit mijn opmerkingen mag men afleiden dat ik vind dat wij eigenlijk gehouden zijn om dat te verkopen aan landen die hun eigen medische risicogroepen daarvoor in aanmerking willen laten komen. Dat is ook een vorm van solidariteit. Deze week vindt de finale afweging plaats. Daarover zullen wij de Kamer natuurlijk berichten. Ik denk dat deze week ook een finale afweging plaatsvindt over een schenking aan ontwikkelingslanden. De minister van Buitenlandse Zaken, de minister voor Ontwikkelingssamenwerking en ik zelf buigen ons op dit moment over die vraag. Ik teken hierbij aan, zonder vooruit te lopen op de uitkomst, dat moet men echt van mij aannemen, dat aan het begin van deze afwegingen een punt naar voren werd gebracht door mijn collega Koenders wat ik eigenlijk wel kon billijken. Stel dat hij dat betaalt uit zijn gaandeweg ook krappere wordende budget, moet hij dat dan weghalen bij de bestrijding van hiv/aids of andere ziekten die meer ingrijpend zijn, ook in die landen, dan de huidige griep? Dat is een heel lastige afweging.

De heer **Zijlstra** (VVD): De afweging die de minister neerlegt, kunnen wij volgen. Dat is ook een dilemma. Maar er worden vanuit dat budget ook heel veel andere dingen gefinancierd waar je wel een vraagteken bij kunt zetten. Als men die discussie voert, moet deze echt in de breedte worden gevoerd, maar dat lijkt mij in dit overleg niet verstandig.

De **voorzitter**: De geest van de heer Boekestijn waart nog rond, merk ik.

Minister **Klink**: U hebt gelijk in die zin dat je de middelen die worden ingezet voor de hoogste prioriteit, kunt spiegelen met de bestrijding van deze griep. Je kunt ook zeggen dat deze griep wellicht meer prioriteit heeft dan andere zaken die spelen binnen deze begroting. Dat klopt. Ik zal de uitkomst zo snel mogelijk laten weten.

De **voorzitter**: Als ik even mag interrumperen, in het stuk wordt aangegeven dat de Commissie zich over deze problematiek gaat buigen. Ik was nieuwsgierig in welke mate wij ook bijdragen aan creatieve oplossingen rond dit probleem.

Minister **Klink**: Ik heb zo-even aangegeven hoe ik daar zelf in zit. Ik vind echt dat het aan lidstaten zelf is om te bepalen of ze private instellingen willen. Als de lidstaat zelf vindt dat daar toereikende en kwalitatief verantwoorde zorg plaatsvindt, zou het raar zijn als Nederland zou zeggen dat

dit eigenlijk niet mag en dat onze patiënten daar niet heen mogen. Ik zou de jurisprudentie van het Hof toch maar willen volgen, want anders krijgen wij onverkwikkelijke toestanden; dat het ene land gaat bepalen dat zijn patiënten niet naar een ander land mogen, voor zover daar private zorg is, of dat dit anders niet wordt betaald. Dat lijkt mij een enorm gekris-kras van overwegingen. De voorwaarde is dat het veilige en toereikende zorg is, maar ook dat laten we aan de lidstaten zelf over. Er komt geen Europese inspectie voor de gezondheidszorg of Europees kwaliteitsbewakingssysteem. Het moge duidelijk zijn dat het complex ligt. Daarom snap ik Spanje ook wel. Ik begrijp het wel, want het hakt erg in op je eigen stelsel en dus ook op het subsidiariteitsbeginsel.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb gevraagd of dit soort kwesties wat betreft de codificatie van de uitspraken van het Hof niet bilateraal op te lossen zijn?

Minister **Klink**: De strekking van de jurisprudentie van het Hof is dat deze voor alle landen geldt. De vraag is in hoeverre je je daaraan accommoddeert. Totdat iemand wellicht een rechtszaak aanspant en zegt dat hij in zijn gerechtvaardigde belangen geschaad is. Dat vergt meestal een enorm lange weg van eerst nationale en vervolgens Europese rechtspraak. Ik vermoed dat de Commissie met deze richtlijn is gekomen om voor iedereen gelijk helderheid te creëren.

De heer Van der Veen vroeg in hoeverre het Periodic Safety Update Report binnen 40 dagen gerealiseerd kan worden. Hierover wordt onderhandeld in de raads werkgroep geneesmiddelen. Die termijnen liggen nog ter bespreking voor.

Een andere vraag van de heer Van der Veen is waarom er in het eerste jaar veiligheidskenmerken op producten staan en daarna niet meer. Het voorstel vervalste geneesmiddelen ligt ter onderhandeling voor. Deze week is er nog gesproken over veiligheidskenmerken. Dat ligt allemaal nog open. Ik kan de heer Van der Veen daar niet in detail over informeren, maar als ik het goed begrijp, zou dat impliceren dat er maar voor een jaar een veiligheidskenmerk op een product hoeft en daarna niet meer, kennelijk vanuit de veronderstelling dat daarna evident is dat het veilig is. Ik zal me daarover laten inlichten, want ik snap op zichzelf de vraag of dat na 365 dagen niet meer nodig is.

De **voorzitter**: Is er nog behoefte aan een tweede termijn, behalve om de minister succes te wensen op 1 december?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Er is nog één vraag open. Ik heb de minister gevraagd hoe in de toekomst wordt bepaald of er sprake is van de overgang van een epidemie naar een pandemie. Gebeurt dat op Europees niveau? Wanneer gaan we opschalen? Doen we dat per land of Europees in de toekomst? Er is een bepaalde definitie: zoveel zieken op de bevolking. Het zou best kunnen dat dit aantal in Nederland is bereikt en in Engeland niet. Hoe doe je dat dan?

De heer **Van Gerven** (SP): Er is nog een vraag blijven liggen over de Europese strategie inzake alcohol; het dilemma tussen economische en gezondheidsbelangen. De minister zou nog ingaan op de etikettering en de premixen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dank voor de heldere beantwoording. Er is nog een vraag blijven liggen: waarom bemoeit Europa zich met het antirookbeleid, als het tegelijk een miljard subsidie verstrekt aan de tabaksindustrie.

Minister **Klink**: Voorzitter. De WHO inventariseert de voor- en nadelen van een gezamenlijke pandemie-aanpak ten behoeve van de Commissie. Daarover moet nog gediscussieerd worden, maar mijn insteek is als volgt. Wij kennen de fasering en de opschaling van de WHO. Daarmee is internationale regelgeving gemoeid die wij vorig jaar in de Wet publieke gezondheid inzake international health regulation hebben neergelegd. Dat is een bekend patroon, maar nu doet zich de vraag voor wanneer je gezamenlijk gaat inkopen. Ik denk dat je dat niet afhankelijk moet stellen van de prevalentie van de griep per land, maar meer met de mate waarin we vertrouwd zijn met een bepaalde griep. Bij de normale seizoensgriep zie ik geen coördinerende rol voor Europa weggelegd. Bovendien is er dan voldoende vaccin. Wanneer het gaat om een nieuwe griep, waarbij je kunt voorspellen dat er schaarste ontstaat, zou je zo snel mogelijk moeten opschalen in de richting van de Europese Commissie, om een gezamenlijk inkoopbeleid rondom vaccinatie te realiseren en ook om met elkaar na te gaan, wellicht ook in gezamenlijkheid, welke risicogroepen worden gevaccineerd. Dan krijg je ten eerste eenduidig beleid en ten tweede is het vanwege de schaarste van belang om de meest risicovolle groepen te vaccineren. Dat is een eerste aanzet tot gedachtevorming bij mezelf. Ongetwijfeld komen we er nog over te spreken. Om het laatste te illustreren; wat doe je als Engeland of wijzelf 34 miljoen hebben ingekocht en als wij heel ruim zouden definiëren dat iedereen in aanmerking komt voor vaccinatie, terwijl je weet dat risicogroepen net over de grens of op Malta, zoals kinderen, waarover ik zo-even sprak, dan in feite worden vergeten? Ik denk dat je dat moet afstemmen en de inkoop, wellicht bij schaarste, gezamenlijk moet doen, ook om prijsopdrijving tegen te gaan. Bij de toedeling en de categorisering moet er toch iets van gemeenschappelijkheid naar voren komen in verband met de verdeling over landen heen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Nog een aanvullende vraag. Mijn inbreng ging over de afweging tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid van de lidstaten. Je kunt je voorstellen dat je de risicogroepen heel eng gaat definiëren wanneer er een Europees tekort dreigt van vaccins, uit een soort solidariteit. Je kunt ook zeggen: ik ga eerst vanuit Nederland denken, daar ga ik mijn doelgroepen definiëren zonder met een eventueel tekort rekening te houden, en daarna ga ik kijken of ik misschien over heb, zoals nu aan de orde is. Het ging mij om die afweging.

Minister **Klink**: Die voor- en nadelen en die strategieën worden in kaart gebracht. Dat wordt een lastige afweging. Deze keer kon het niet anders, want er was überhaupt geen sprake van coördinatie. In die periode is er wel telefonisch contact geweest om te vragen: wat doen jullie, om te vermijden dat je met verschillende informatie te maken krijgt, waarbij de farmaceutische industrie tegen ons zegt: let op, morgen ben je de laatste, terwijl andere landen zeggen dat zij nog lang niet toe zijn aan inkoop. Dat hebben we geprobeerd te ondervangen door telefonisch contact te hebben.

Van meet af aan was de vraag aan de orde of we al aan een verdeling moesten werken, maar alle landen vonden dat het wel je eigen verantwoordelijkheid is. De landen die dat nagelaten hebben, kunnen nu niet tegen ons gaan zeggen dat zij een deel van die vaccins willen hebben. Misschien moet je dat in de toekomst toch wijzigen, om prijsverschillen en prijsopdrijving te ondervangen. Misschien moet je niet verder gaan dan gezamenlijk inkopen. Het zou ook best kunnen dat je zegt: we hebben er X voor over en we kopen dat gezamenlijk in; we hebben voor onze mensen toereikend ingekocht en we laten het daarbij, we definiëren niet gemeenschappelijk en we gaan ook niet uitdelen, enz. Een stap verder zou zijn dat je gezamenlijk definieert wie er in aanmerking komt en dan toedeelt. Die discussie krijgen we nog wel. Die laatste variant, met een centrale rol voor de Commissie wat betreft wie hoeveel krijgt, op basis van wat is inge-

kocht, is wel heel verstrekkend. Zo ver zijn we nog lang niet. Ik weet ook niet of we zo ver moeten komen, want dat ontslaat je inderdaad van je eigen verantwoordelijkheid.

Dan de vraag van de heer Van Gerven over alcohol. Volgens mij heeft de minister voor Jeugd en Gezin de Kamer in het afgelopen kwartaal uitvoerig ingelicht over wat de Europese verkenning inzake mixdrankjes opleverde. Zijn insteek was het verbod van die premixen, maar voor zover ik mij herinner kon dat Europeesrechtelijk niet. De etikettering, zoals waarschuwingstekens en dergelijke, ligt wel degelijk op Europees vlak. Dat heeft te maken met productinformatie, eventuele belemmeringen of een alleingang van sommige lidstaten. Naar mijn beleven hoeft de voorlichting over misbruik van alcohol en de risico's die daarmee gemoeid zijn, niet per se op een etiket. Dat kan ook flankerend via campagnes of reclame die wij nu al kennen in Nederland. Ik denk dat we er voldoende op inzetten om dat te ondervangen.

Door andere lidstaten is ook opgemerkt dat er een rare discrepantie is tussen het ontmoedigingsbeleid en de subsidie die krachtens het gemeenschappelijk landbouwbeleid tot stand komt voor de tabaksindustrie. Voor zover mijn informatie strekt, is men die subsidie nu aan het afbouwen. Mocht dat niet zo zijn, dan zal ik de Kamer daar binnenkort over inlichten.

De heer **Zijlstra** (VVD): Naar mijn informatie is men al jaren bezig om te proberen het af te bouwen en wordt dat al jaren succesvol voorkomen door de belanghebbende groep. Die productie van tabaksplanten speelt in de mediterrane landen. Ik vind het toch erg moeilijk uit te leggen aan de gemiddelde burger dat je aan de ene kant dit doet, terwijl je aan de andere kant zegt dat het beter is als men niet rookt.

Minister **Klink**: Dan gaan we dat aanstaande dinsdag toch nog maar eens inbrengen in de raadsvergadering, maar ik maak me sterk dat de collega's daar ook op zullen wijzen.

De **voorzitter**: Ik dank de minister en zijn ambtenaren voor hun inbreng.