

Vergaderjaar 2007–2008

31 541

Wijziging van de Gezondheidswet in verband met de integratie van de RGO in de Gezondheidsraad en enige andere wijzigingen met betrekking tot de Gezondheidsraad

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt, omdat het zonder meer instemmend luidt/uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat (artikel 25a, vierde lid, onderdeel b, van de Wet op de Raad van State)

ALGEMEEN

Dit wetsvoorstel strekt ertoe enkele bepalingen in de Gezondheidswet die betrekking hebben op de Gezondheidsraad, aan te passen. De aanleiding daarvoor is tweeërlei: allereerst de integratie van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) in de Gezondheidsraad en ten tweede het bestaan van enkele knelpunten die zich voordoen met bepalingen van de Kaderwet adviescolleges.

Achtergrond

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviescollege in de zin van de Kaderwet adviescolleges met als taak de regering en het parlement voor te lichten over de stand van wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De instelling en taak van de raad zijn geregeld in de Gezondheidswet (artikelen 21 tot en met 27). Op de Gezondheidsraad zijn de bepalingen van de Kaderwet adviescolleges (hierna: de Kaderwet) van toepassing, met dien verstande dat van een aantal van deze bepalingen wordt afgeweken in de artikelen 21 en 23 tot en met 27 van de Gezondheidswet. De raad ontvangt de meeste aanvragen van de bewindslieden van VWS, VROM, SZW en LNV. De raad kan ook eigener beweging rapporten uitbrengen.

Over het kennis- en adviesstelsel wordt sinds enige jaren discussie gevoerd. Doorlichting van dit stelsel (zoals aangekondigd door het kabinet Balkenende II) heeft geleid tot aanbevelingen voor veranderingen. Het toenmalige kabinet heeft vervolgens onder meer besloten tot opheffing van het stelsel van sectorraden, tot enkele acties op korte termijn, waaronder samenvoeging van de RGO en de Gezondheidsraad, en heeft voor de langere termijn een herziening van het adviesstelsel in het vooruitzicht gesteld.¹

In de Nota Vernieuwing Rijksdienst² heeft het kabinet een herontwerp van de adviesinfrastructuur geschetst en het veranderproces voor de adviesraden aangegeven. De herziening betreft echter alleen de strategische adviesraden; de technisch-specialistische adviesraden – waaronder de

¹ Brief van 12 mei 2006, ministers voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (Kamerstukken II, 2005–2006, 24 503, nr. 33).

² Trendnota Arbeidszaken Overheidspersoneel, aangeboden bij brief van 24 september 2007 door de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (Kamerstukken II, 2007–2008, 31 201, nr. 3)

Gezondheidsraad – blijven hierbij buiten beschouwing. Met dit voorstel tot aanpassing van de Gezondheidswet behoeft om die reden niet gewacht te worden tot de herziening afgerond is.

Met de intrekking van de Raamwet sectorraden onderzoek en ontwikkeling (Wet van 6 december 2007, Stb. 2007, 524) is per 1 februari 2008 het stelsel van sectorraden opgeheven. Zoals al aangekondigd in de brief van 9 augustus 2006 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is de RGO met behoud van taken ondergebracht bij de Gezondheidsraad.¹ Hiertoe is een aparte raadscommissie gezondheidsonderzoek in het leven geroepen.

Door de samenvoeging van beide raden dient de huidige taakomschrijving van de Gezondheidsraad te worden uitgebreid (Artikel I, onder B).

De andere voorgestelde wijzigingen van de Gezondheidswet strekken ertoe enkele knelpunten op te lossen die zich voordoen met de Kaderwet. De Gezondheidsraad is als adviescollege onder de werking van de Kaderwet gebracht. Bij wet van 30 januari 1997, houdende wijziging van de Gezondheidswet in verband met continuering van de Gezondheidsraad (Stb. 1997, 104) is echter, gezien het bijzondere karakter van de Gezondheidsraad, op een aanzienlijk aantal punten afgeweken van de Kaderwet. Daarmee is getracht het juiste evenwicht te vinden tussen het bijzondere karakter van de raad enerzijds en de algemene regeling van de Kaderwet anderzijds. Het bijzondere van de Gezondheidsraad is vooral gelegen in het strikt wetenschappelijke karakter van de werkzaamheden en het feit dat sprake is van een vlottend reservoir van leden waaruit de voorzitter, afhankelijk van het onderwerp, de benodigde deskundigheid bijeen kan brengen ten behoeve van het uitbrengen van een rapport (ook wel aangeduid als het «kaartenbakmodel»). Dergelijke rapporten worden opgesteld door commissies van de Gezondheidsraad en door tussenkomst van de voorzitter uitgebracht. Ook dat is een bijzonder element van de Gezondheidsraad.

Ondanks de reeds geregelde afwijkingen van een aantal bepalingen van de Kaderwet zijn sinds de inwerkingtreding van de Kaderwet in de praktijk, ten gevolge van dit bijzondere karakter van de Gezondheidsraad, toch enkele knelpunten ontstaan. Het onderhavige wetsvoorstel beoogt deze op te heffen. Het betreffen hier de regeling van de lidmaatschapsduur (artikel 11, tweede lid, Kaderwet) waarvoor in de Gezondheidswet een afwijkende voorziening wordt voorgesteld (artikel I, onder A) en het opnemen van een bepaling over de besluitvormingprocedure binnen een commissie van de Gezondheidsraad, analoog aan die van artikel 20 van de Kaderwet (artikel I, onder C).

Administratieve lasten

Dit wetsvoorstel heeft geen gevolgen voor de administratieve lasten.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel I, onder A

Lidmaatschap

De in de Kaderwet gestelde grens aan het aantal leden (namelijk: een voorzitter en ten hoogste veertien andere leden) geldt niet voor de Gezondheidsraad: het ledental is niet begrensd en fluctueert tussen de 180 en 200 leden. Dit betekent niet dat de leden continu actief zijn binnen

¹ Brief van 9 augustus 2006 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstukken II, 2005–2006, 30 186, nr. 57)

de raad: de raad komt niet plenair bijeen maar brengt zijn adviezen tot stand in commissies. De adviezen worden ter toetsing voorgelegd aan een beraadsgroep en vervolgens door tussenkomst van de voorzitter van de raad uitgebracht. De leden worden pas actief ingeschakeld als zij worden benoemd in een beraadsgroep of in een commissie ten behoeve van het opstellen van een advies over een specifiek onderwerp. Leden van de Gezondheidsraad ontvangen ook alleen bij een dergelijke inschakeling een vergoeding voor hun werkzaamheden, waardoor de totale kosten van de raad beheerst kunnen blijven. In de praktijk komt het dus voor dat raadsleden langere tijd niet actief bij het advieswerk worden betrokken. Het is echter voor een goed functioneren van de Gezondheidsraad wel van groot belang dat deze personen deel uit maken van het ledenbestand van de Gezondheidsraad, zodat, als zich een belangrijke wetenschappelijke vraag voordoet, voldoende deskundigheid voorhanden is om over een zodanige vraag een wetenschappelijk rapport op het vereiste niveau op te stellen. Het ledenbestand fungeert als een breed forum van deskundigen die afkomstig zijn van universiteiten, universitaire medische centra, onderzoeksinstituten en aanverwante instellingen, waarop snel een beroep kan worden gedaan als een advies opgesteld moet worden. Hierdoor ontstaat een breed draagvlak, hetgeen nog wordt versterkt door het betrekken van buitenlandse deskundigen bij het advieswerk. Deze werkwijze wordt steeds vaker aangeduid als het Gezondheidsraadmodel: een geïnstitutionaliseerd netwerk van topdeskundigen die tegen geringe kosten inzetbaar zijn om de steeds voortschrijdende wetenschappelijke kennis te koppelen aan maatschappelijke vraagstukken, in casu op het gebied van de volksgezondheid¹. Die vraagstukken worden van advies voorzien door commissies waarvan de samenstelling helemaal is afgestemd op het onderwerp.

De leden zijn allen benoemd op grond van een breed erkende specifieke wetenschappelijke deskundigheid op terreinen die relevant zijn voor het uitgebreide multidepartementale taakveld van de Gezondheidsraad. De leden worden benoemd op basis van hun topexpertise op het betreffende wetenschappelijke terrein en zetten hun expertise in voor de publieke zaak tegen een gering vacatiegeld. Op deze wijze kan de Gezondheidsraad op een zeer efficiënte wijze topexpertise uit Nederland inzetten voor zijn adviezen. Het feit dat de leden van de Gezondheidsraad het een eer vinden om lid te zijn – ook buiten de periode dat zij actief deelnemen aan een tijdelijke commissie of beraadsgroep – zorgt er voor dat de raad tot nog toe steeds over voldoende wetenschappelijke deskundigheid heeft kunnen beschikken.

In verband met deze werkwijze is in de Gezondheidswet afgeweken van de artikelen 10, 15, 16, 17, 18, 19 en 21 van de Kaderwet. In de Gezondheidswet is echter niet afgeweken van artikel 11, tweede lid, van de Kaderwet. Dit betekent dat de leden van de Gezondheidsraad twee maal voor ten hoogste vier jaren kunnen worden herbenoemd.

De gelimiteerde lidmaatschapstermijn levert in de praktijk in toenemende mate problemen op voor het behoud van de wetenschappelijke deskundigheid en het netwerkarakter van de Gezondheidsraad. Met name bij gebieden met een schaarse topexpertise zal de gelimiteerde lidmaatschapsduur aan het handhaven van het hoge wetenschappelijke niveau van de Gezondheidsraad in de weg te staan. Thans blijkt dat per 1 januari 2008 29 leden niet herbenoemd kunnen worden vanwege het overschrijden van de toegestane lidmaatschapstermijn. Per 31 december 2008 zal dit aantal groeien tot 96 leden die door het aflopen van de lidmaatschapstermijn niet meer herbenoemd kunnen worden.

De raad dreigt hierdoor in de problemen te komen omdat deze leden niet gemist kunnen worden. Zij zijn belangrijk vanwege hun schaarse speci-

¹ Onder meer in het Tweede verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de Kaderwet adviescolleges in de praktijk, 2001–2004.

fieke expertise (bijvoorbeeld op de vakgebieden straling, toxicologie, virologie, medische expertise op het gebied van vaccins, en voedselveiligheid), vanwege hun rol in één van de beraadsgroepen die voor een aantal aandachtsgebieden niet alleen zijn belast met collegiale toetsing van adviezen, maar ook met het opstellen van signaleringen met betrekking tot nieuwe ontwikkelingen, of vanwege het feit dat zij ingeschakeld zijn bij een aantal doorlopende activiteiten (zoals met betrekking tot topklinische zorg, bevolkingsonderzoek, infectieziekten en het Rijksvaccinatieprogramma). Deze abrupte leegloop houdt een groot gevaar in voor de continuïteit van het functioneren van de Gezondheidsraad in het algemeen en daarmee voor de kwaliteit van advisering en signalering in het bijzonder. Juist in een tijd dat kennisontwikkeling op het brede terrein van de volksgezondheid zich steeds sneller voltrekt en de overheid dus ook steeds meer behoefte zal hebben aan kennissynthese en evaluatie van toepassingsmogelijkheden.

Opgemerkt wordt dat deze topexperts veelal weliswaar reeds – bijna – 12 jaar lid van de Gezondheidsraad zijn, maar in die jaren slechts enige malen hebben deelgenomen aan bijvoorbeeld een commissie (en in dat kader een zeer belangrijke wetenschappelijke bijdrage hebben geleverd). Door de beperking van het aantal mogelijkheden tot herbenoeming tot twee maal, zal met name bij schaarste van expertise niet langer het wetenschappelijk niveau van de raad worden gewaarborgd. Daarvoor is immers vereist dat steeds beschikt kan worden over de topexperts op het desbetreffende terrein; topexperts zijn immers vaak gedurende een langere periode dan 12 jaar topexpert en hun expertise groeit veelal met de jaren. Ook voor de departementale opdrachtgevers is het belangrijk dat het ledenbestand van de Gezondheidsraad steeds het hoogste niveau van de wetenschappelijke kennis bundelt, waardoor het niet nodig is om via alternatieve kanalen naast de raad extra adviezen te vragen. Een dergelijke situatie zou niet alleen inefficiënt zijn, maar ook kunnen leiden tot ongewenste vertraging in het beschikbaar komen van beleidsrelevant materiaal. Bij het in overleg opstellen van het jaarlijkse werkplan van de raad en het bepalen van de prioriteit van de adviesaanvragen moet uitgegaan kunnen worden van de beschikbaarheid van de nodige kennis in de kaartenbak van de raad.

In dit kader merk ik op dat de wens om ten aanzien van de Gezondheidsraad af te wijken van artikel 11, tweede lid, van de Kaderwet – in die zin dat leden vaker kunnen worden herbenoemd – op het eerste gezicht wellicht niet in overeenstemming lijkt met het voornemen van het kabinet om adviescolleges meer verfrissend samen te stellen en de zittingstermijnen van leden en voorzitters van adviesraden slechts bij uitzondering te verlengen. Ik wijs er echter op dat de Gezondheidsraad op in dit kader relevante punten wezenlijk afwijkt van de strategisch/beleidsmatige adviescolleges. In de eerste plaats lijkt verfrissing met name bij laatstbedoelde adviescolleges relevant te zijn. De limitering is ingegeven om meer mensen een kans te geven lid te worden van een strategisch adviescollege, een systeem van coöptatie tegen te gaan en het ledenbestand periodiek te kunnen «verfrissen».

De taak van de Gezondheidsraad bestaat, anders dan bij andere op de Kaderwet gebaseerde adviescolleges, niet uit het «adviseren over algemeen verbindende voorschriften of te voeren beleid van het Rijk». Uit de hiervoor al aangehaalde taakomschrijving van de Gezondheidsraad blijkt immers al dat de wetenschappelijke benadering te allen tijde voorop staat. Het betreft een zo objectief mogelijk geformuleerd inzicht in de stand der wetenschap met betrekking tot het desbetreffende vraagstuk. Uitsluitend omdat, zoals de Raad van State in haar advies van 14 december 1995 heeft aangegeven, de resultaten van de activiteiten van het wetenschappelijk instituut (dat de raad is) voor de vorming van het regeringsbeleid van belang kan zijn – ook al hebben die resultaten niet de vorm van een

advies – is besloten de Gezondheidsraad aan te merken als een adviescollege in de zin van de Kaderwet¹. Het kan echter niet de bedoeling zijn dat daardoor het wetenschappelijke niveau van de Gezondheidsraad in gevaar wordt gebracht.

Bovendien waarborgt het Gezondheidsraadmodel dat de samenstelling van de commissies steeds voldoende «verfrissend» zijn samengesteld. Dit kenmerk van het kaartenbakmodel speelt ook een belangrijke rol in de argumentatie van het kabinet in het kader van de herziening van adviesinfrastructuur. Elementen van dit model kunnen een flexibeler opzet van adviesraden bewerkstelligen: een meer verfrissende samenstelling van de raden, waardoor de groep deskundigen en de hoeveelheid kennis waaruit wordt geput niet alleen groter wordt, maar ook de kennis regelmatig wordt verversd, een beperkter beroep op externe deskundigen, en extra garanties voor onpartijdigheid, objectiviteit en onafhankelijkheid van de advisering: doordat gekozen kan worden uit een grote groep aan deskundigen kan eventuele belangenbehartiging geneutraliseerd worden door een evenwichtige samenstelling van de specifieke adviescommissie². De mogelijkheid tot verruiming van de lidmaatschapsperiode, betekent derhalve niet dat «verversen» van het ledenbestand wordt bemoeilijkt. Bovendien wordt bij herbenoeming steeds een toets op het wetenschappelijke gehalte van de kandidaten uitgevoerd.

Gezien het bovenstaande wordt in de Gezondheidswet, in afwijking van artikel 11 van de Kaderwet, de mogelijkheid opgenomen om leden drie maal te herbenoemen. De (her)benoemingstermijn van ten hoogste vier jaar dient onverkort te worden gehandhaafd. Dat dwingt de Gezondheidsraad, zoals hiervoor reeds is opgemerkt, na elke termijn van ten hoogste vier jaar te beoordelen of een voordracht tot herbenoeming (met inachtneming van de algemene gezondheidstoestand van de kandidaat) op wetenschappelijke gronden verantwoord is (inclusief de vraag of het expertiseveld nog relevant is). Bij deze afweging worden ook aanvullende criteria gehanteerd, zoals een evenredige deelneming van vrouwen en personen behorende tot etnische of culturele minderheidsgroepen (conform artikel 12, derde lid, van de Kaderwet) en een evenredige spreiding over de relevante wetenschappelijke disciplines, een evenwichtige verdeling over universiteiten en onderzoeksinstituten. Dit ondersteunt het streven van de Gezondheidsraad naar een zo getrouw mogelijke afspiegeling van de samenstelling van het medisch-wetenschappelijke topsegment van de wetenschappelijke wereld in het ledenbestand. Deze afspiegeling vormt in hoge mate de basis voor het draagvlak en het gezag van de raad. De extra mogelijkheid tot herbenoeming levert bovendien een bijdrage aan het recent aangescherpte evenredigheidsstreven in adviescolleges van het kabinet, omdat het meer ruimte biedt om de gewenste deelname vanuit achtergestelde groepen te bestendigen³.

Ten principale zou de geschetste problematiek met betrekking tot de gelimiteerde duur van het lidmaatschap het beste opgelost kunnen worden door het aantal malen herbenoeming onbegrensd te maken. Daar is welbewust niet voor gekozen. Enerzijds omdat ik het belangrijk acht om zo dicht mogelijk bij het gedachtegoed van de Kaderwet te blijven, anderzijds omdat ik met de Gezondheidsraad verwacht dat de extra mogelijkheid tot verlenging met een periode van vier jaar voldoende soelaas biedt voor de raad om een vloeiender proces van kennisaanvulling te kunnen bewerkstelligen en de kwaliteit van de «kaartenbak» op peil te kunnen houden.

De voorgestelde aanpassing betreft overigens nadrukkelijk niet het creëren van een automatisme van herbenoeming voor een derde maal, maar de mogelijkheid van een extra (derde) herbenoeming in bijzondere gevallen, namelijk voor die leden die vanwege hun specialistische

¹ Kamerstukken II, 1995–1996, 24 684, A.

² Antwoorden op vragen van de vaste Commissie voor Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (TK 31 201, nr. 24 d.d. 23-1-2008, met name de antwoorden op de vragen 9, 20, 25, 30, 32 en 35).

³ Verslag over het schriftelijk overleg inzake de deelname van vrouwen en allochtonen in adviescolleges (Kamerstukken II, 2007–2008, 24 503, nr. 38) en de aangepaste Checklist voor de benoeming van voorzitter of lid van een adviescollege (ministerie van BZK, 2e druk jan. 2008).

topdeskundigheid en/of hun positie in het advies- en signaleringsproces (nog) niet gemist kunnen worden. Uitgangspunt blijft het streven naar een goed evenwicht tussen enerzijds vernieuwing en anderzijds de wens om deskundigheid binnen de Gezondheidsraad te behouden en diens onafhankelijke positie te waarborgen.

Een ander knelpunt betreft de mogelijkheid tot (her)benoeming van een lid, tevens voorzitter of vice-voorzitter. Voor de voorzitter en de vice-voorzitters (ten hoogste twee) blijft het hoofdcriterium van excellente deskundigheid immers onverkort van kracht. Zij kunnen hun bestuurlijke functie (met name als voorzitter van de beraadsgroepen als toetsingsorgaan voor de commissie-adviezen) alleen uitvoeren op basis van hun wetenschappelijke achtergrond; hun bestuurlijke gezag berust primair op hun wetenschappelijke status. Ook hun rol in het toenemende aantal internationale samenwerkingsverbanden kan alleen worden ingevuld vanuit hun specifieke inhoudelijke deskundigheid. Aangezien het gangbaar is dat een voordracht tot benoeming als voorzitter of vice-voorzitter pas plaatsvindt nadat deze een aantal jaren als «gewoon» lid van de Gezondheidsraad heeft gefunctioneerd, kan de bestuurlijke termijn wel heel krap worden. De ongewenste beperking van de bestuurlijke termijn is op dit moment een reëel feit voor de huidige voorzitter. De problematiek van de lidmaatschapsduur doet zich hier derhalve nog scherper voor. De continuïteit van de Gezondheidsraad is gebaat bij een (vice)voorzitterschap welke zich over een langere periode dan één of enkele resterende jaren van de totale lidmaatschapsduur kan uitstrekken.

Gezien het vorenstaande wordt voorgesteld in de Gezondheidswet, in afwijking van artikel 11 van de Kaderwet, te regelen dat de benoeming tot voorzitter of vice-voorzitter van de Gezondheidsraad wordt losgekoppeld van de voorafgaande periode van het lidmaatschap van de raad, anders dan als voorzitter of vice-voorzitter. Deze benoeming als lid, tevens voorzitter of vice-voorzitter, wordt derhalve beschouwd als zijnde een eerste benoeming met de mogelijkheid van tweemaal herbenoeming, telkens voor ten hoogste vier jaar. Dit betekent dat, ingeval een persoon na zijn lidmaatschap (van ten hoogste 16 jaar), voor vier jaren wordt herbenoemd als bijvoorbeeld vice-voorzitter, hij vervolgens nog ten hoogste twee maal (telkens voor ten hoogste vier jaren) kan worden herbenoemd als lid, tevens vice-voorzitter dan wel als lid, tevens voorzitter.

Artikel I, onder B

Aanpassing taakomschrijving Gezondheidsraad

De huidige taakomschrijving van de Gezondheidsraad luidt (artikel 22): «De Gezondheidsraad heeft tot taak Onze Ministers en de beide kamers der Staten-Generaal voor te lichten over de stand der wetenschap op het gebied van de volksgezondheid door middel van het uitbrengen van rapporten».

De taak voor de RGO hield in de ministers van VWS, OCW en van EZ te adviseren over prioriteiten in het gezondheidsonderzoek, in het zorgonderzoek en de technologieontwikkeling in deze sector, evenals de daarbij behorende infrastructuur, op basis van een grondige verkenning van de maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen ter zake¹.

Beide taakomschrijvingen benadrukken het specialistisch-wetenschappelijke karakter van de twee raden en laten de inhoudelijke verwantschap tussen de raden duidelijk zien. De verwantschap tussen de taken van de beide raden laat echter onverlet dat de onderzoekstaak van de RGO (zoals hierboven weergegeven) niet alleen een wezenlijke uitbreiding van de

¹ De volledige taakomschrijving is terug te vinden in artikel 3 van het – inmiddels vervallen – Besluit Raad voor Gezondheidsonderzoek.

taak van de Gezondheidsraad betekent, maar ook extra aandacht met zich brengt voor de onderzoeksinfrastructuur en een nieuw technologisch accent naast de pure wetenschap. Met de voorgestelde wijziging van de taakomschrijving in artikel 22 wordt die uitbreiding wettelijk verankerd. Niet alleen de beide raden hechten aan een expliciete verankering in de wet; ook bij de betrokken departementen speelt de herkenbaarheid van de taak van het RGO een belangrijke rol.

De integratie van de RGO in de Gezondheidsraad houdt automatisch in dat de onderzoekstaak nu zowel in de richting van ministers als in de richting van de beide kamers van de Staten-Generaal wordt vervuld.

Artikel I, onder C

Wijze van besluitvorming

In artikel 26 van de Gezondheidswet is reeds de voor de werkwijze van de Gezondheidsraad belangrijkste afwijking van de Kaderwet vastgelegd, nu daarin is geregeld dat de rapporten van de Gezondheidsraad niet door de Gezondheidsraad maar door een commissie van die raad worden uitgebracht. Hiermee is recht gedaan aan de unieke werkwijze van de raad: ten behoeve van het opstellen van adviezen worden door de voorzitter multidisciplinaire commissies ingesteld met een uitgewerkte omschrijving van het onderwerp waarover geadviseerd moet worden. Commissies zijn verantwoordelijk voor de inhoud van hun adviezen; de raad komt niet plenair bij elkaar om de adviezen vast te stellen.

Hoewel deze werkwijze expliciet door de wetgever is genoemd en een aantal afwijkingen van de Kaderwet als gevolg van die werkwijze in de Gezondheidswet is opgenomen (zie ook de artikelen 24, 25 en 26a, waarin taken aan de voorzitter zijn opgedragen omdat de raad nooit plenair bijeenkomt), is bij de wijziging van de Gezondheidswet in 1997 echter verzuimd om een afwijkingsbepaling op te nemen met betrekking tot artikel 20 van de Kaderwet, waarin de wijze van besluitvorming van adviescolleges gedetailleerd is geregeld. Hierin wordt bij dit voorstel alsnog voorzien. In het verlengde daarvan wordt voorts artikel 20 van de Kaderwet van overeenkomstige toepassing verklaard op de beraadslaging en besluitvorming in commissies.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink