

Jorritsma-Lebbink

De heer Van Gijzel heeft gevraagd of ik nog eens met de Vereniging van Nederlandse afhandelaars wil spreken. Dat zal ik graag doen.

Over het stelen van de bakens komt een brief, waar de HDTP ook bij betrokken is. Dat gaat over de frequentieproblemen, inclusief het mogelijk misbruik van gestolen zenderonderdelen. Dat vraagt een wat uitgebreidere beantwoording.

Mevrouw Van 't Riet heeft een vraag gesteld over de onveilige vliegvelden. Nederlandse luchtvaartmaatschappijen moeten voldoen aan de voorwaarden voor vergunning tot vluchtuitvoering. Daaronder valt ook hun eigen verantwoordelijkheid voor hun bestemmingen. Zij moeten dus hun route inspecteren, inclusief de vliegvelden waar zij willen landen. Er zijn weinig piloten in dit land die bereid zijn te vliegen naar een land waar het vliegveld niet veilig is, maar zij hebben dat wel te doen. Als zij dat niet doen, kan dat betekenen dat zij hun vergunning kwijtraken. Daar hebben zij gewoon aan te voldoen.

Over het afkopen heb ik mijn standpunt gegeven. Als tijdens een luchtvaartonderhandeling al bekend is dat bepaalde airlines of hun autoriteit niet in orde zijn, dan kan de desbetreffende maatschappij niet worden geaccepteerd, of de LVO wordt niet afgesloten als dat land niet in orde is.

Over de uitvliegroutes heeft mevrouw Van Rooy nog iets gevraagd. Bepaalde vliegtuigen zijn onder bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld met veel wind, niet in staat om bepaalde bochten te halen. Ik kom er nog op terug om welke vliegtuigtypen en welke percentages het gaat.

De heer Keur heeft gevraagd naar de tijdsspanne van het BDO-onderzoek. Daar kom ik ook op terug, want ik heb niet precies in mijn hoofd hoelang dat precies gaat duren.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, aanstaande dinsdag te stemmen.

Daartoe wordt besloten.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Regels betreffende bijzondere verrichtingen op het gebied van de gezondheidszorg (Wet op**

bijzondere medische verrichtingen) (24788).

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Lansink** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Het wetsvoorstel inzake bijzondere medische verrichtingen beoogt de regulering van die bijzondere verrichtingen, die tot nu toe via artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen geregeld zijn. De ontwikkelingen in de jaren negentig dwongen inderdaad tot herregulering, niet alleen wegens onderscheid tussen voorzieningen en verrichtingen, maar ook omdat in de beoordeling van bijzondere verrichtingen gradaties kunnen en moeten worden aangebracht. Bij sommige medische verrichtingen past de lijn van "nee" of "nee, tenzij". Andere verrichtingen zijn gediend met een "ja, mits"-benadering, of zelfs met stimulering, een hartgrondig "ja" dus, wanneer de desbetreffende topklinische zorg van maatschappelijke betekenis is of wordt.

Ontkoppeling van verrichtingen en voorzieningen ligt ook voor de hand, omdat veel verrichtingen kunnen plaatsvinden ongeacht de aard van de voorziening. Artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen bleek dus niet langer geschikt voor de regulering van functies die om uiteenlopende redenen bijzonder zijn. Ik noem er een paar: het waarborgen van de kwaliteit en doelmatigheid, het bevorderen van gepast gebruik en het rekening houden met medisch-ethische en maatschappelijke aspecten. Het kernpunt van het wetsvoorstel, voorzover ik het heb kunnen zien, is de vormgeving van de aangepaste regelgeving in een afzonderlijk wetsvoorstel dat naast de mogelijkheid van verboden ook de regulering door financiële ondersteuning mogelijk maakt. De slagvaardigheid vereist inderdaad een getrappt stelsel van delegatie. De minister kan bij ministeriële regeling bepaalde verrichtingen verbieden, waarna de Staten-Generaal vervolgens via een algemene maatregel van bestuur ofwel bij wet een oordeel kan uitspreken. Deze lijn is, in verband met het bijzondere karakter, te verliezen boven een langdurig wetgevend proces als gevolg waarvan de wetgever achter

de feiten aan zou blijven lopen. Opvallend is wel dat de Raad van State na een discutabel pleidooi voor zelfregulering heeft gevraagd om artikel 3, eigenlijk het kernartikel van het wetsvoorstel, in heroverweging te nemen. Daar kom ik straks uitgebreider op terug, gelet op de amendementen van de kant van de fracties van de VVD en de PvdA.

Na de op zichzelf heldere memorie van antwoord, waarvoor ik de minister dankzeg, vergen enkele punten nog een nadere uiteenzetting, temeer waar de bijzondere medische verrichtingen niet nader omschreven zijn of waar van criteria is afgezien. Er is volstaan met deze bepaling: "indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven, kan Onze Minister bij ministeriële regeling bepalen..."; daarna komt natuurlijk datgene wat bepaald zou kunnen worden. Aandacht verdient voorts de vraag of in dit wetsvoorstel een voorziening moet worden getroffen voor de academische ziekenhuizen als topreferentie-instellingen. De minister acht voor een dergelijk kapstokartikel in een ander kader de eigenlijke herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen noodzakelijk. De Vereniging van academische ziekenhuizen ziet dat een slag anders, overigens ook om budgettaire redenen. Ik heb hiermee de twee hoofdpunten aangeduid waarop ik wat dieper wil ingaan. Uiteraard is er ook een aantal andere zaken waarover ik de visie van de CDA-fractie nader naar voren wil brengen. Ik zal mijn beschouwing beëindigen met het onderwerp dat wij hebben toegevoegd en dat weliswaar niet met dit wetsvoorstel op zichzelf te maken heeft, maar dat wel van belang is: de eventuele verruiming van de hartchirurgische capaciteit en de plaatsen waar dat zou moeten gebeuren.

Voorzitter! Ik kom tot de beoordeling van het wetsvoorstel. Het wetsvoorstel inzake bijzondere medische verrichtingen is op zichzelf al bijzonder, omdat in één wettelijk kader zowel de stimulering van medisch-technologische ontwikkelingen als de afremming of zelfs het verbod zijn opgenomen. Dat is in de wetgeving eigenlijk iets nieuws en dat kan ook iets goeds betekenen. Mijn fractie heeft dan ook waardering voor het wetsvoorstel, omdat dit meerzijdige karakter aansluit bij de eerder bepleite noodzaak van een evenwichtig maar krachtig instru-

mentarium voor de beheersing van nieuwe medische technieken. Beheersing betekent dan eigenlijk zorgvuldig beheer, doen wat nodig en verantwoord is, maar laten wat op grond van ethische, sociale en/of andere – soms zelfs financiële – aspecten ongewenst of zelfs ontoelaatbaar moet worden geacht. Ik stel met instemming vast dat de minister de kritische zienswijze van de CDA-fractie over de vraag "moet alles kunnen wat kan?" deelt. Niet alles moet dus kunnen. Dat is eigenlijk de boodschap. Heel veel kan echter wel en daarom is het goed dat dit wetsvoorstel een tweezijdig, misschien zelfs driezijdig karakter heeft.

Een toetsingskader van overheidswege sluit deregulering niet uit. Een overdaad aan regelgeving werkt verstikkend en maakt een heldere afweging moeilijk door verschillen in interpretatie, door overlapping – naast blinde vlekken – en door mazen in artikelen naast cumulatie van artikelen. Zelfregulering moet mogelijk blijven, zij het onder de voorwaarde dat toetsing vooraf en achteraf mogelijk moet zijn. De overheid blijft medeverantwoordelijk, omdat naast de gedeelde verantwoordelijkheid de norm van de menselijke waardigheid in het geding is. Ook de wisselwerking met het verzekeringsstelsel en met de andere algemene beleidsinstrumenten vergt een actieve rol van de overheid, soms zelfs een pro-actieve rol. Ik zal daar bij het dubieuze punt van de klonen nader op ingaan, ook naar aanleiding van de laatste berichtgeving over dat punt. De Kamer heeft trouwens niet voor niets om wettelijke regeling van het moratorium en de nuloptie gevraagd.

Voorzitter! De minister stelt in antwoord op de vragen van de PvdA-fractie in het schriftelijke verslag dat het bij de toepassing van de nieuwe instrumenten "niet zozeer gaat om handelingen waarover op grond van levensbeschouwing verschillend kan worden gedacht". De overheid zou zich volgens de minister dan terughoudend moeten opstellen. Ik heb moeite met die lijn. Ik geef toe dat het woord "zozeer" ruimte laat voor enige nuancing, maar er kan niet worden ontkend dat ook de levensbeschouwing bij de maatschappelijke aspecten hoort en dat de levensbeschouwing trouwens ook de medisch-ethische stellingname – niet alleen van artsen, maar

ook van mensen die om hulp vragen – beïnvloedt. Die stellingname komt overigens weer wel in het wetsvoorstel voor. Daarom stel ik de minister tegen deze achtergrond enkele vragen. Ik vraag of het mogelijk is – ik zeg bij voorbaat dat het een geweldig moeilijke opgave is – een nadere omschrijving te geven van bijzondere medische verrichtingen die in naam van de wet voorkomen maar niet worden gedefinieerd. Verder een desnoods globale aanduiding van wat onder gewichtige belangen moet worden verstaan, zoals genoemd in kernartikel 2 van het wetsvoorstel. Voorts criteria die door de overheid worden gehanteerd bij de invulling van wat in de memorie van antwoord centrale regie wordt genoemd. Ik erken voluit dat verdere invulling een knap lastige zaak is. Het is toch denkbaar dat wij in deze discussie iets verder komen. Wat zijn nu gewichtige belangen? Is het mogelijk dat de ene minister een belang veel gewichtiger vindt dan de andere?

De CDA-fractie is van oordeel dat de minister de pittige kritiek van de Raad van State op artikel 3 en impliciet ook op artikel 2 goed heeft weerlegd. De Raad van State plaatst vraagtekens bij het novum van een verbod en mist criteria voor de toepassing. Kennelijk verwacht de Raad van State alle heil van zelfregulering. De minister erkent terecht het belang van zelfregulering, maar acht de mogelijkheid van ingrijpen onmisbaar. Ik deel die opvatting. Wellicht schat de Raad van State het zelfbeschikkingsrecht hoger dan de afweging van sociale, financiële en ethische aspecten. Mij past overigens geen oordeel over de motieven van de Raad van State, maar ik merk wel op dat als je spreekt over sociale, financiële en ethische aspecten, die ook mee moeten wegen en wellicht veel sterker dan zelfregulering. Hoe het ook zij, het wetsvoorstel verdient steun, ook tegen de achtergrond van ontwikkelingen die door de minister terecht zijn genoemd.

Ik noem er enkele. De geslachtskeuze om niet-medische redenen: de genderkliniek in Utrecht. Toepassing van IVF met risico's voor het nageslacht (ICSI). Ik herinner aan de kritische stellingname van het CDA inzake de voortplantingsgeneeskunde. Het slaat niet op het punt dat gisteren is besproken: het draagmoederschap. Ik spreek nu

over die nieuwe technologieën. Ik noem ook de nog onbekende ontwikkelingen waarvoor moeilijk nu al criteria zijn aan te geven.

De minister antwoordt overigens in de memorie van antwoord op vragen van mijn fractie, dat bij het in werking treden van het wetsvoorstel zal worden bezien hoe opportuun een tijdelijk verbod van de genderkliniek op basis van de onderhavige wet is. Wanneer het "zonder meer de bedoeling is een definitief verbod op te nemen in de toegezegde wettelijke regeling van fertilisatietechnieken" is het onderhavige wettelijke kader toch ook geschikt om een primair verbod op de genderkliniek te leggen. De verrichting als zodanig valt onder de werking van artikel 1 (definitie en relatie tot de Wet BIG) en artikel 2 (gewichtige belangen). Ook volgens het conceptverdrag mensenrechten en biogeneeskunde is geslachtskeuze om niet-medische redenen niet toegestaan. Ik vraag aan de minister op dit punt een nadere reactie.

Het pleidooi van de VVD-fractie voor een evaluatiebepaling – laat staan een horizonbepaling – conform de aanbevelingen van het rapport van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg wordt door de minister niet gedeeld. Dat is ten dele begrijpelijk, omdat bijzondere medische verrichtingen een blijvende betrokkenheid van de overheid vergen. Een horizonbepaling verdraagt zich daar niet mee. Wel valt te bezien of via regelmatige verslaggeving ervaring kan worden opgedaan met de werking van dit meerzijdig wetsvoorstel dat naast de regulering door verboden ook de regulering door financiële ondersteuning regelt. Ik zal natuurlijk steun geven aan het amendement dat mevrouw Kamp samen met haar politieke vrienden – nou ja, vrienden – heeft ingediend. Als zij bij mij was gekomen had ik daar snel een handtekening onder gezet.

De beschouwing over de omvang van het instrumentarium is van belang in verband met de systematiek van de toegepaste gedelegeerde regelgeving. De delegatie in artikel 2 aan de minister sluit aan bij het instrument van de vergunningverlening van artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen waarbij de concentratie van voorzieningen vooropstond. Discussiepunt blijft, ook na de memorie van antwoord, of de in artikel 2 genoemde gewichtige belangen toereikend zijn vastgelegd

Lansink

in de memorie van toelichting. Die gewichtige belangen zijn zeer divers. Het loopt van in ontwikkeling zijnd onderzoek en het belang daarvan tot de beperking van locaties vanwege kwaliteit, kosten en doelmatigheid, van onaanvaardbare risico's voor de uitvoering van functies tot het ontbreken van kwaliteitsgaranties. Men kan hieraan nog veel meer verbinden. Ik stel de minister de vraag of de algemene formulering voldoende zekerheid biedt, ook voor de minister zelf, die op grond van de gewichtige belangen vergaande beslissingen moet nemen. Het wetsvoorstel is helder en duidelijk, maar de vraag is of zij het zelf ook gebruikt. Soms zie ik in een eerste ronde een ferme stellingname over bijvoorbeeld klonen en de genderkliniek, terwijl ik enkele maanden later de minister wat minder fel zie reageren. Het gaat overigens niet alleen om deze minister maar natuurlijk ook om de minister die na 1998 actief zal zijn. Ik sluit overigens niet uit dat dat deze minister zal zijn.

Aparte aandacht verdient het aspect van de kwaliteitsgaranties, omdat die garanties in de toelichting zijn gekoppeld aan maatschappelijke en ethische aspecten. Die aspecten zijn weer verbonden met de toepassing van functies die door artikel 2 worden getroffen. Een nadere uiteenzetting is nodig omdat het ene verbod het andere niet is. Anders gezegd: het eventuele verbod ten aanzien van de genderkliniek is niet te vergelijken met de vergunning onder voorwaarden die krachtens artikel 2 kan worden verleend. Mijn vraag aan de minister is: worden alle varianten tussen "neen", "neen, tenzij" en "ja, mits" door artikel 2 op voldoende wijze gedekt?

Voorzitter! De fractie van het CDA steunt de minister in haar verweer tegen de Raad van State inzake de stellige voorkeur voor het instrument van de ministeriële regeling. Snelheid en flexibiliteit zijn inderdaad geboden wanneer de overheid moet reageren op medische ontwikkelingen. De praktijk van de afgelopen jaren leert dat de wetgever maar ook de Kamer vaak wordt verweten achter de medisch-technologische ontwikkelingen aan te lopen. De systematiek van het wetsvoorstel biedt voldoende waarborgen voor een zorgvuldige beoordeling achteraf via de route van een AMvB of via een nader wetsvoorstel. Voorts heb ik geno-

teerd dat in beginsel ook een versnelling van het proces mogelijk is; dat blijkt uit de stukken.

Terecht is in artikel 3, waarin een blijvend of langdurig verbod wordt geregeld, gekozen voor de route van de AMvB. Is dat verbod, de zogenaamde nuloptie, in een AMvB vastgelegd, dan volgt spoedig een wetsvoorstel aan de hand waarvan de Staten-Generaal zich definitief kan uitspreken over het aanvankelijke verbod. In verband daarmee kan inderdaad een AMvB met een zware voorhangprocedure achterwege blijven. Ik stel de minister wél de vraag waarom gekozen is voor deze tweestappenbenadering. Kan de snelle indiening van een wetsvoorstel tijd en ergernis besparen? Welke betekenis heeft de AMvB nog wanneer de Kamer slechts in theoretische zin de rol van mede-wetgever kan vervullen? Ligt de achtergrond van deze benadering in de omstandigheid dat hoofdstuk II van het wetsvoorstel feitelijk op verboden ziet, dus op "neen"- en "neen, tenzij"-gevallen? Positief te waarderen is de stellingname dat de Kamer voluit bij het wetgevingsproces dient te worden betrokken.

Inmiddels blijkt dat een amendement is ingediend, gericht op het vervallen van artikel 3. Ik doel op het amendement van mevrouw Kamp en de heer Van Boxtel. Dit lijkt mij geen goede gedachte. Men kan dit wel inbrengen – ook de Raad van State heeft dit gedaan – maar ik heb er moeite mee, omdat ik meen dat in de systematiek van het wetsvoorstel artikel 3 niet kan worden gemist. Ik hoor later wel waarom men van oordeel is dat dit wél kan, afgezien van wat de Raad van State hierover heeft opgemerkt. Positiever kijk ik aan tegen het amendement van mevrouw Swildens, voorkomend op stuk nr. 11. Hiermee wordt de horizonbepaling uit het artikel gehaald. Ik geloof dat dit een verbetering kan zijn. In elk geval is dit iets heel anders dan het volledig vervallen van artikel 3. Ik denk dat dit toch een moeilijk acceptabele zaak zou kunnen zijn. Ik gebruik hier niet de woorden "moeilijk aanvaardbaar" om nog wat ruimte voor discussie te laten.

De relatie tussen de heldere wetssystematiek en de reeks ministeriële regeling, AMvB en wet enerzijds en de zelfregulering anderzijds vergt een nadere verduidelijking. De minister vergelijkt

namelijk aan de hand van het vrijwillig moratorium van de beroepsgroep bij de toepassing van ICSI de mogelijke werking van het wetsvoorstel met de werking van de Wet geneesmiddelenprijzen die pas uit de kast wordt gehaald wanneer vrijwillige medewerking uitblijft. Gaat deze vergelijking wel op? Ik stel deze vraag ook omdat dit wetsvoorstel meer aspecten kent dan de wet die alleen op prijsvorming ziet. De klemmende vraag rijst of zelfregulering altijd voorgaat. Of zijn ook ontwikkelingen denkbaar, vooral wanneer medisch-ethische aspecten of grote risico's in het geding zijn, waarbij de overheid op voorhand moet ingrijpen? Ter illustratie noem ik een drietal voorbeelden.

Allereerst de problematiek van het experimenteren met embryo's. Ik moet zeggen dat het daarvoor aangekondigde wetsvoorstel wel erg lang uitblijft. Kan de minister daar iets meer over zeggen?

Het voorbeeld van de genderkliniek noem ik weer om te kunnen wijzen op recente uitspraken van de directeur van die kliniek. Ik meen dat ik voor de EO recent een discussie heb gevoerd met die directeur. Daarin suggereerde hij zelfs dat hij met instemming van de inspectie daar aan het werk is. Het kan wel om de zorgvuldigheidseisen gaan, maar toch niet als het om de feitelijke lijn gaat. Graag verneem ik hierover het oordeel van de minister.

Een veel belangrijker voorbeeld is de actuele discussie over het klonen van dieren en mensen. Is de minister bereid om tijdens het Nederlandse voorzitterschap de afwijzing van het klonen van in ieder geval mensen en misschien van dieren een groter Europees draagvlak te geven?

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik wil heel graag het geheugen van de heer Lansink even oprispen. De heer Ter Veer van mijn fractie heeft namelijk twee weken geleden bij de regeling van werkzaamheden aan de ministers Van Aartsen en Borst gevraagd om een gezamenlijke reactie te geven op de stand van zaken op dit punt. Tevens heeft hij hun gevraagd om in het kader van het Europees voorzitterschap daarop actie te ondernemen.

De heer **Lansink** (CDA): Ik heb de laatste dagen zoveel meegemaakt, dat ik dit bij wijze van spreken helemaal vergeten ben. Misschien

Lansink

kan de reactie in dit verband herhaald worden.

Ik las vanavond overigens een artikel in de Haagsche Courant over het klonen. Daarin staat dat de minister nog dit jaar met een wet komt die het klonen moet regelen, dus niet verbieden. Dit is wel een verschil. Ik wil bij wijze van spreken helemaal niet dat dit bij mensen gebeurt. Bovendien las ik in dat verhaal dat de Europese Commissie weliswaar nu pleit voor uitstel, maar dat zij niet pleit voor een verbod. De Europees commissaris voor de wetenschap vindt namelijk dat daarover eerst overleg nodig is op het niveau van de Verenigde Naties of van de Raad van Europa.

De WHO vindt dat klonen ethisch volstrekt onacceptabel is. Tegen deze achtergrond is het voor mij duidelijk dat wij daar zo snel mogelijk van af moeten zien te komen, althans er niet aan moeten beginnen. Dat moet ook duidelijk gemaakt worden. De minister moet voorts, zoals al is gevraagd en gezegd, op Europees niveau voor dit standpunt een geweldig draagvlak zien te creëren.

Voorzitter! De CDA-fractie stemt in met de beschouwing over de reikwijdte van de wet. De meerzijdige doelstelling, uitmondend in verboden, vergunningverlening onder voorwaarden of stimulering, trekt wel een zware wissel op de Gezondheidsraad die een signaalfunctie heeft inzake de stand van de wetenschap. De minister stelt terecht dat ook patiëntenorganisaties, beroepsgroepen en instellingen "imperfecties" aan de orde kunnen stellen. Wat wil zij onder "imperfecties" verstaan? Ik heb begrepen dat de letterlijke vertaling is: verstoringen. Het komt mij voor dat het hierbij vaak om ernstiger dingen gaat dan bij wijze van spreken een lichte verstoring. Misschien kan de minister hierover dus nog iets meer zeggen. Het gaat overigens niet alleen om imperfecties, maar ook om gewenste of noodzakelijke ontwikkelingen.

In de memorie van antwoord is op verzoek van CDA en GPV een beoordelingskader vastgelegd, waarvoor de criteria, opgesteld door de Ziekenfondsraad, model hebben gestaan. In hoeverre vergen die criteria voor de prioriteiten in de ontwikkelingsgeneeskunde een nadere wettelijke basis?

Aan de academische ziekenhuizen komt zowel bij de topklinische zorg

als bij de topreferentiefunctie een bijzondere plaats toe. Die plaats kan niet los gezien worden van de feitelijke positie in het krachtenveld van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg en van de bekostiging, die al gedurende vele jaren ter discussie staat, ook tussen de bewindslieden van VWS en OCW. De CDA-fractie vraagt tegen die achtergrond aandacht voor de wettelijke verankering van de positie van de academische ziekenhuizen in de Wet ziekenhuisvoorzieningen en in het onderhavige wetsvoorstel.

Ik vraag ook aandacht voor de financieringsproblematiek, in het bijzonder van de topreferentiefunctie, die ten onrechte door de minister wordt ontkend.

Ik deel de opvatting van de Vereniging academische ziekenhuizen dat na artikel 7 een nieuwe paragraaf of een nieuw artikel zou kunnen of moeten worden ingelast inzake de topreferentiezorg. Dat artikel kan dan grondslag zijn voor de financiering. Omdat de systematiek van dit wetsvoorstel anders is dan van de Wet ziekenhuisvoorzieningen moet bij de formulering natuurlijk met dat verschil rekening worden gehouden. Ik heb daartoe een poging gedaan met het amendement op stuk nr. 12. Wanneer de tekst moet worden aangepast omdat er nog wat meer aan de hand is, sta ik daar uiteraard voor open. De bedoeling is echter om die topreferentiezorg goed in dit wetsvoorstel vast te leggen.

Over de samenhang met andere wettelijke regelingen, niet alleen in financiële zin, maar ook anderszins – de Wet BIG, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek – is bij de schriftelijke behandeling voldoende duidelijkheid gegeven. Wel moet bij de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek, die wij na het paasreces zullen behandelen, worden bepaald of en in welke gevallen die wet een eerste vangnet is. Bijzondere medische verrichtingen worden immers niet getoetst door een ethische commissie, handelingen op basis van de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek wel. Wat is het oordeel van de minister daarover?

Mijn fractie heeft in het verslag gewezen op de Europees-rechtelijke aspecten, mede in verband met de grensoverschrijdende werking, ook van bijvoorbeeld academische

ziekenhuizen. Wanneer een verbod overwogen wordt, moet volgens de minister worden gezien of dat verbod de dienstverlening belemmert. Argumenten van dwingende aard moeten het verbod dan kunnen rechtvaardigen. Toetsing vooraf is kennelijk niet mogelijk. De jurisprudentie moet dan een oplossing bieden. De CDA-fractie is met de minister van mening dat de lidstaten zelf competent zijn om regels vast te stellen. De vraag blijft wel wat te doen wanneer tussen de lidstaten verschillen van opvatting gaan ontstaan, temeer wanneer sociale en ethische aspecten in het geding zijn. Opvallend is ook dat het wetsvoorstel niet ziet op bijzondere medische verrichtingen binnen een grensoverschrijdend samenwerkingsverband. Kunnen via dit soort samenwerkingsverbanden eventuele verboden ontweken worden?

Naar het oordeel van de minister is het staatstoezicht adequaat uitgerust voor het toezicht, ook op de uitvoering van dit wetsvoorstel. Van een substantiële uitbreiding van taken is kennelijk geen sprake. Die stelling is, naar mij voorkomt, voorbarig zolang geen nadere invulling en uitwerking aan de wet is gegeven. Bovendien doen de ontwikkelingen in de medische technologie verwachten dat het aantal bijzondere medische verrichtingen zal toenemen.

De vaste commissie heeft besloten om het Planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart, feitelijk de brief van 19 december 1996, te betrekken bij de behandeling van dit wetsvoorstel. Aan de orde is de vraag op welke wijze in de behoefte aan bijzondere interventies aan het hart kan worden voorzien. Minister Borst acht in beginsel uitbreiding van de capaciteit gewenst, maar kan nog niet aangeven wanneer en waar die uitbreiding gerealiseerd moet worden. Ik kan dat wellicht wel, maar dat klinkt een beetje onbescheiden. De CDA-fractie betwijfelt of de bestaande capaciteit – vijftien ziekenhuizen hebben nu een vergunning – beter kan worden benut. De cijfers van de Gezondheidsraad en van het College voor ziekenhuisvoorzieningen spreken duidelijke taal. De Gezondheidsraad verwacht alleen al door vergrijzing een groei van ten minste 2% per jaar. Het College voor ziekenhuisvoorzieningen schat de groei op 5% à 10%. Op grond van

Lansink

deze cijfers pleit de CDA-fractie voor uitbreiding van de capaciteit – een zekere uitbreiding, wellicht ook gefaseerd – waarbij rekening wordt gehouden met spreiding en toegankelijkheid van de voorzieningen.

In de afgelopen maanden is vanuit Den Haag, Leeuwarden en Twente informatie aangedragen om de verwezenlijking van een hart-chirurgisch centrum kracht bij te zetten. Het huidige standpunt van de minister staat op gespannen voet met het honoreren van alle aanspraken. Dat zal duidelijk zijn. Mijn fractie is van oordeel dat vooralsnog een spoedige realisering van een extra centrum noodzakelijk is en wellicht daarna nog van een volgend. Een doelmatige spreiding van de voorzieningen over Nederland impliceert dat de ligging ten opzichte van de bestaande voorzieningen een belangrijke factor is, zo niet de belangrijkste, naast het aspect van de adherentie, het aantal bewoners in de door het ziekenhuis bediende regio en natuurlijk ook de ernst van de problematiek daar.

Op grond van deze overwegingen komt het Medisch Spectrum Twente naar mijn mening als eerste in aanmerking voor de vergunning om hartoperaties en dotterbehandelingen uit te voeren. Later kunnen, bij aanhoudende groeicijfers groter dan 2% – ik denk dat ze er zijn – Leeuwarden en Den Haag in deze volgorde in de beschouwing worden betrokken.

Ik rond af met enkele globale conclusies. Zou het wetsvoorstel sterk worden gewijzigd, bijvoorbeeld artikel 3, dan wordt het even anders. Ik neem echter aan dat het artikel blijft staan. Op voorhand kunnen wij instemmen met het wetsvoorstel, dat past in het door de CDA-fractie ontwikkelde toetsingskader voor bijzondere medische verrichtingen. Verduidelijking c.q. amendering is gewenst op de navolgende punten:

- de evaluatie van de wet na vier of vijf jaar. Het amendement dat mevrouw Kamp hiervoor heeft ingediend, zal ik steunen;
- de nadere aanduiding van de gewichtige belangen in artikel 2;
- de criteria voor de toetsing van ontwikkelingsgeneeskunde;
- de dwarsverbanden met andere wetten. Ik doel vooral op die wetten waarin ethische aspecten een grote rol spelen. Ik denk met name aan de voortplantingsgeneeskunde;

- de positie van de academische ziekenhuizen, waarvoor ikzelf een amendement heb ingediend.

Mijn tweede punt is dat ik nadrukkelijk pleit voor de uitbreiding van de capaciteit voor openhartoperaties en dotterbehandelingen via de verlening van een vergunning aan het Medisch Spectrum Twente, op grond van de aangetoonde groeicijfers en op grond van het criterium van de doelmatige spreiding van voorzieningen in het land. Wanneer de minister mij niet voldoende tegemoet zou komen, overweeg ik om de Kamer over dit laatste punt een uitspraak te vragen.

□

Mevrouw **Kamp** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Aangezien het in het voornemen ligt van de regering de Wet ziekenhuisvoorzieningen om te bouwen van een planningswetgeving tot de wet bouwvoorzieningen, is het nodig om de planning en investeringen voor bijzondere medische verrichtingen conform artikel 18 WZV in nieuwe wetgeving onder te brengen. Met het onderhavige wetsvoorstel vervalt bovendien de tijdelijke wet uitbreiding werksfeer artikel 18 WZV, maar krijgt ook de ontwikkelingsgeneeskunde niet alleen een wettelijke basis maar zelfs een stimulans van de minister van VWS.

Nu het wetsvoorstel later in werking zal treden dan is voorzien en de tijdelijke wet uitbreiding werksfeer is geëxpireerd op 30 december jl., zou ik willen weten of in deze tussentijd, waar dan ook, een voorziening is gestart die volgens artikel 18 WZV een verboden verrichting zou zijn. Graag krijg ik daarop een antwoord. De fractie van de VVD heeft altijd gepleit voor planning en beheersing van de bijzondere medische voorzieningen. Die concentratie hebben wij gesteund en wij staan vanuit dat oogpunt in beginsel dan ook positief tegenover dit wetsvoorstel.

Naar aanleiding van het debat van gisteren over IVF wil ik de minister herinneren aan haar toezegging om de IVF-beleidsvoornemens in het kader van het onderhavige wetsvoorstel nog eens voor ons op papier te zetten.

Ik wil voorts stilstaan bij enkele punten in de schriftelijke uiteenzetting. Ingevolge het wetsvoorstel

krijgt de minister van VWS de bevoegdheid medische verrichtingen te verbieden wanneer deze om maatschappelijke, ethische of juridische redenen ongewenst worden geacht. Daarmee brengt de wetgever in principe grote gebieden van de geneeskunst die tot nu toe in feite worden beheerst door medisch professionele standaarden, binnen de invloedssfeer van de centrale overheid. De onderbouwing van de behoefte om het materieel medisch handelen tot aandachtsgebied van de wetgever te rekenen, ontbreekt volgens ons. Ook de heer Lansink, die tot een iets andere conclusie komt dan ik, wees in zijn inbreng op het feit dat de Raad van State zich zeer negatief over dit punt uitlaat. De Raad van State geeft de minister bijna in overweging het wetsvoorstel niet bij de Kamer in te dienen.

Op een vraag van mijn fractie geeft de regering aan, niet te beschikken over concrete voorbeelden die voor toepassing van de nieuwe bevoegdheid in aanmerking zouden kunnen komen. Ook naar aanleiding van de opmerkingen van de fractie van D66 wordt geconstateerd dat het niet mogelijk is om heldere criteria te geven voor het antwoord op de vraag wanneer een verrichting maatschappelijk en/of ethisch ongewenst is. Het is dan de vraag of het wetsvoorstel voortkomt uit ideeën uit het verleden. Indien dit het geval is, zou ik dat graag van de minister horen, want als ik het goed heb, is ondanks het feit dat wij in het verleden wel over de genderkliniek hebben gediscussieerd, inmiddels toch de eerste baby met het gewenste geslacht via behandeling in de genderkliniek geboren.

Ook de KNMG wijst ons in een brief van 5 maart 1997 nog eens uitvoerig op de consequentie van deze wetgevende bevoegdheid op het vlak van het medisch professioneel handelen. Ik neem aan dat de minister de redenering van de KNMG kent en ik zou haar dan ook willen uitnodigen om ons te vertellen hoe zij reageert op die uiteenzetting van de KNMG. De KNMG heeft immers zeer veel kritiek op het feit dat de overheid, zonder verdere maatschappelijke discussie, ineens die bevoegdheid krijgt. Daar verschillend gedacht kan worden over toelaatbaarheid en geoorloofdheid van bepaalde medische verrichtingen, kan de vraag worden gesteld of de overheid op voorhand de samenle-

Kamp

ving in bindende zin al kan confronteren met haar eigen ethische opvattingen. Daar gaat het natuurlijk om als wij artikel 3 aanvaarden. Kan daardoor niet de situatie ontstaan waarin het gebruik van de gegeven wettelijke bevoegdheid te zeer afhankelijk wordt van de persoonlijke opvattingen van een zittende minister? Ik heb daarom samen met collega Van Boxtel een amendement op stuk nr. 9 ingediend om die delegatiemogelijkheid uit artikel 3 te schrappen, waardoor een verbod op medische verrichtingen vergezeld moet gaan van formele wetgeving. Bij de behandeling van het wetsvoorstel inzake bloedtransfusie hebben we de minister ook kunnen overtuigen van de noodzaak van formele wetgeving en daar was het minder ingrijpend. Wij zouden ook hierbij graag de koninklijke weg bewandelen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter! De opvatting van de KNMG is geen maatschappelijke discussie. Die moet er mijns inziens wel komen, zodat we niet afhankelijk worden van de toevallige kleur van iemand die aan de touwtjes trekt. Zo vat ik het betoog van mevrouw Kamp op dit punt samen. Maar we zijn in het verleden natuurlijk wel geconfronteerd met ontwikkelingen en verrichtingen, waar überhaupt geen maatschappelijke discussie aan was verbonden. Die waren er op enig moment gewoon en wij liepen als wetgever achter dat feit. Ook om die reden behandelen wij nu deze wetgeving. Dat ziet mevrouw Kamp toch ook zo?

Mevrouw **Kamp** (VVD): De KNMG heeft erop gewezen dat met het wetsvoorstel wordt ingegrepen in medisch handelen. De Raad van State merkt daarover op dat de acceptatie van de medische verrichting in wezen iets is tussen patiënt en arts. Over de verdere ingang tot de reikwijdte van het wetsvoorstel heeft geen discussie plaatsgevonden. Ik ben het met de heer Van der Vlies eens, dat over sommige medische verrichtingen maatschappelijke discussies plaatsvinden en op basis daarvan is het onzes inziens de taak van de wetgever en de medewetgever om vast te stellen tot hoever het mag gaan.

Voorzitter! Het tweede onderwerp betreft de subsidiëring van de

ontwikkelingsgeneeskunde. Krachtens artikel 7, lid 5, is subsidie voor een ontwikkelingsgeneeskundig project slechts mogelijk indien het project wordt uitgevoerd door of overeenkomstig een samenwerkingsovereenkomst met een academisch ziekenhuis. Wordt hierbij niet voorbijgegaan aan de werkelijkheid, waarin professionele onderzoekers met ervaring in de ontwikkelingsgeneeskunde zich niet uitsluitend meer bevinden binnen de instituten van de academische ziekenhuizen? Een categoriaal ziekenhuis als het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis zou door deze wet niet eens een ontwikkelingsgeneeskundig project kunnen indienen. Dat lijkt ons toch niet de bedoeling te zijn. Ook uit het jaarverslag van de commissie ontwikkelingsgeneeskunde 1995 blijkt dat sinds 1989 diverse projecten zijn gehonoreerd waar het initiatief kwam van algemene ziekenhuizen. Verdient het dan niet meer overweging om ziekenhuizen die voor een subsidie in aanmerking wensen te komen, vast te laten leggen of men een goed onderzoeksprotocol heeft, of er ervaren professionele onderzoekers aan deelnemen, of er in data-management is voorzien en of de kosteneffectiviteitsstudies zijn gewaarborgd? Dat lijkt ons belangrijker dan dat het om een academisch ziekenhuis gaat. Om die reden heb ik samen met collega Van Boxtel het amendement op stuk nr. 10 ingediend, om de beperking van deze exclusiviteit in de subsidieverlening in artikel 5 te schrappen.

Over de veranderende opvattingen over de advies- en overlegcolleges in de zorg is door kabinet en Kamer uitvoerig van gedachten gewisseld. Het wachten is nu nog op wetgeving. Het kabinet en de Kamer zijn van mening dat uiteindelijk de Ziekenfondsraad uitvoerder moet worden van overheidsbesluiten inzake de sociale ziektekosten. Ik vraag mij af of de Ziekenfondsraad nog wel het geëigende instituut is voor het toekennen van de gelden voor ontwikkelingsgeneeskunde. Wij moeten ons voorbereiden op de gewenste toekomst. Wat is de visie van de minister en wat is de stand van zaken in het overleg met Zorgonderzoek Nederland en NWO?

De heer **Lansink** (CDA): Mevrouw Kamp zet een vraagteken bij de Ziekenfondsraad. Als de raad het niet

doet, wie moet dan de subsidie toekennen?

Mevrouw **Kamp** (VVD): In de gesprekken over de adviescolleges hebben wij het gehad over Zorgonderzoek Nederland en NWO.

De heer **Lansink** (CDA): Ligt hier volgens u ook een taak voor de minister?

Mevrouw **Kamp** (VVD): De minister zou bekijken waar deze taak het meest thuishoort. In de wet regelen wij dat de reikwijdte van de ontwikkelingsgelden een taak van de minister is. Daarmee kan zij stimulerend optreden.

In de schriftelijke vragenronde heb ik gevraagd waarom de aanbeveling van de MDW-werkgroep ziekenhuiszorg om in het wetsvoorstel een evaluatie respectievelijk een horizonbepaling op te nemen, niet is overgenomen. De regering stelt dat zij als overheid op het terrein van de bijzondere medische verrichtingen blijvend een sturende rol moet vervullen. Wij sluiten dat niet helemaal uit, maar wij zouden de vraag naar eindigheid liever beoordelen als er evaluatiemomenten zijn ingebouwd over de werking van het wetsvoorstel. Samen met de collega's Swildens en Van Boxtel is daarom het amendement op stuk nr. 8 ingediend.

Ik kom op het Planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart van 19 december. Per 27 januari is het in werking getreden. Wij hebben waardering voor de werkwijze om met één besluit te komen, waardoor de drie afzonderlijke besluiten die wij op basis van artikel 18 eerst hadden, konden worden ingetrokken. Zie ik het goed dat de regering de mogelijkheid opent van scheiding tussen interventies die complex zijn en interventies die zonder veel risico kunnen worden uitgevoerd? Het gaat daarbij zowel om de openhartchirurgie als om de interventiecardiologie. Als je dit doortrekt, is de consequentie dat de interventies zonder veel risico's uit het planningsbesluit kunnen. Daarbij moet met name aan dotteren gedacht worden. Kan de minister aangeven binnen hoeveel tijd zij deze visie denkt te realiseren? Nog belangrijker vind ik de vraag waarop zij de visie van scheiding baseert. Is dat medisch verantwoord? Uit het advies van de Gezondheidsraad kan afgeleid

Kamp

worden dat hij geen voorstander van scheiding is. Ik denk dat de minister zich niet alléén daarop baseert. Mogelijk denkt de inspectie er anders over. Ik hoor graag een nadere toelichting.

Die toelichting ontvang ik ook graag op de visie, in het planningsbesluit verwoord, dat voor dit moment in de behoefte kan worden voorzien. Enerzijds was er nog enige capaciteit. Anderzijds is er de stelling van de minister ten opzichte van de behoeftes van de verschillende partijen en adviescolleges. De Gezondheidsraad adviseert de minister met een groei van 2% rekening te houden. Dat slaat in feite alleen op de vergrijzing van de bevolking en niet op andere aspecten. De minister verbindt een aantal voorwaarden aan een mogelijke uitbreiding van de capaciteit. Op zichzelf is dat acceptabel, maar naar ons idee houdt zij iets te weinig rekening met het spreidingsaspect. Er is duidelijk een witte vlek in het oosten van het land. Daar komt bij, als de cijfers juist zijn, dat in het oosten van het land juist een hogere sterfte voorkomt ten gevolge van hart- en vaatziekten. Wordt dat aspect ook meegewogen in deze situatie? Bij hartchirurgie is ook vaak technologische kennis nodig. In dat kader speelt de samenwerking met de Technische Universiteit Twente. In het overleg over de wachttijden heeft de minister ons laten weten dat het ziekenhuis in Den Haag terzake nog geen vergunning heeft ingediend. Ik hoor graag van de minister of het juist is dat het Medisch Spectrum Twente al enige jaren geleden een vergunning heeft ingediend en dat de infrastructuur aldaar reeds aanwezig is. Uit het planningsbesluit wordt dit niet zo duidelijk, maar welke termijn heeft de minister uitgetrokken voor advisering over de mogelijke uitbreiding? Ik neem aan dat dit nog in deze kabinetsperiode gebeurt, maar ik hoor daar graag wat meer over. Wat ons betreft is die witte vlek in Twente in elk geval heel erg aanwezig. Als daartoe mogelijkheden bestaan, dan is mijn fractie van mening dat er in eerste instantie aan Twente moet worden gedacht als het om uitbreiding gaat.

Kan de minister aangeven of vanuit de lokale initiatieven – het gaat dus om interventies aan het hart – voorstellen zijn ingediend om in aanmerking te komen voor gelden

uit het wachtgeldfonds van 50 mln.? Of zijn die totaal buiten beschouwing gelaten?

Wat betreft de mogelijke clustering tot vier kinderhartchirurgiecentra heb ik kennisgenomen van de beantwoording van de Kamervragen van de heer Marijnissen. Daaruit blijkt dat de regering nog in afwachting is van de resultaten van het onderzoek van de inspectie terzake. Pas als de resultaten bekend zijn, wordt er tot besluitvorming over de concentratie gekomen. Dat lijkt mij juist.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter! Tijdens de schriftelijke voorbereiding heeft de fractie van de SGP instemming betuigd met het feit dat de regering haar verantwoordelijkheid heeft genomen voor het scheppen van mogelijkheden om bijzondere medische verrichtingen te reguleren. Het ligt in onze visie allerm minst voor de hand om de ontwikkelingen op het terrein van de medische wetenschap en de technologie geheel over te laten aan betrokkenen, waaronder de medische beroepsgroep, met alle respect daarvoor. Het is ook nooit de bedoeling geweest om de ontwikkelingen geheel over te laten aan betrokkenen, getuige het feit dat er op dit moment al een sturingsinstrument van de overheid is, in de vorm van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Daarin is het kader aangegeven voor de vergunningverlening voor bijzondere medische voorzieningen. Kennelijk is het huidige kader niet toereikend gebleken om in een voorkomend geval snel te kunnen ingrijpen. Wij kennen er allemaal de voorbeelden van uit de laatste jaren.

Als er één instantie is die een taak heeft op het terrein van de medische voorzieningen, dan is het de overheid. Op haar immers rust ten principale de verantwoordelijkheid om afwegingen te maken ten aanzien van de toepassing van bijzondere medische verrichtingen. Daarbij zijn ethische, juridische, maatschappelijke en financiële aspecten van groot belang. In dat opzicht kunnen wij het belang van het wetsvoorstel nadrukkelijk onderstrepen. Er bestaat behoefte aan normering om aan de hand daarvan de vraag te kunnen beantwoorden of alles wat technisch kan ook daadwerkelijk moet worden toegelaten als medische voorziening.

Is de minister niet met mij van mening dat in de achterliggende jaren de overheid soms te veel het initiatief aan betrokkenen heeft overgelaten, waarbij professionele nieuwsgierigheid een eigen "dynamiek" ontwikkelde? De wetgever holde nogal eens achter bepaalde feiten aan. Ik heb er in het verleden bij concrete voorbeelden aan herinnerd en zojuist heb ik tijdens een interruptie op het betoog van mevrouw Kamp hier de vinger op gelegd. Ik heb dit altijd moeilijk gevonden. Het ging en gaat om medisch-ethische aspecten. In een pluriforme samenleving moet daar prudent mee worden omgegaan, maar de praktijk ontwikkelde zich in het verleden nog wel eens te veel los van normen en waarden inzake vraagstukken van leven, gezondheid en dood, die wij toch graag in een Bijbels kader plaatsen.

Het wetsvoorstel kent de systematiek van een verbod door middel van een ministeriële regeling. Voorts is er de mogelijkheid van een nulloptie die via een AMvB wordt opgelegd, waarna vervolgens een en ander bij wet moet worden geregeld. Ten slotte kan een tijdelijk moratorium worden afgekondigd. Ik voeg mij aan de zijde van collega Lansink die heeft gezegd dat er op dit terrein snel, daadkrachtig en overtuigend opgetreden moet kunnen worden. Dat moet niet altijd gebeuren en ook niet al te snel, maar alleen als het nodig is. In dat geval moeten wij wel over de mogelijkheden daartoe beschikken. Voorzitter! Hierop gelet, lijkt ons het amendement op stuk nr. 9, waarmee wordt beoogd om de delegatiemogelijkheid, conform de wet inzake bloedtransfusie, uit de wet te halen, niet goed. Ik hoop dat de indieners zich toch nog zullen realiseren dat de maatschappelijke discussie later kan ontstaan. In dat geval kan men met een leeg gereedschapskistje komen te staan als men iets wil tegengaan dat men niet of nog niet wenst, hangende de verdere discussie en besluitvorming. De ervaringen in het verleden hebben dit aangetoond.

Voorzitter! Uit de schriftelijke gedachteswisseling heb ik begrepen dat de omvang van het instrumentarium alsook de opzet zodanig zijn vormgegeven dat te allen tijde bij ongewenst geoordeelde medische voorzieningen, zoals de genderkliniek, kan worden ingegrepen. Met andere woorden: de aanpak is

Van der Vlies

sluitend. Ik wil dit graag aannemen, maar ik krijg dit graag in dit plenaire debat expliciet van de minister bevestigd.

Voorzitter! Op grond van het wetsvoorstel zal er een keer in de vier jaar een beleidsplan ontwikkelingsgeneeskunde worden opgesteld. Wanneer kunnen wij het eerste plan in deze vierjarige cyclus tegemoetzien? Moeten projecten van ontwikkelingsgeneeskunde alleen voorbehouden blijven aan academische ziekenhuizen of kunnen ook andere topziekenhuizen hierin een rol spelen? Collega Lansink heeft een amendement terzake ingediend.

Door de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen is gevraagd om een evaluatie- en een horizonbepaling in de wet op te nemen. Aan dat laatste heb ik niet direct behoefte. Ik kan mij wel voorstellen dat de minister behoefte heeft aan een periodieke evaluatie. Daarover zal zij haar mening kunnen geven naar aanleiding van het amendement op stuk nr. 8, dat mijn sympathie heeft.

Blijkens de bijlagen bij de nota naar aanleiding van het verslag is een aantal planningsbesluiten in voorbereiding. Ik had graag gezien dat er een termijn genoemd was voor het actualiseren van de huidige planningsbesluiten. Kan de minister hierover informatie verschaffen?

Er is een discussie gaande over de zelfregulering versus de toepassing van enig instrument uit dit wetsvoorstel. Wanneer grijp je in? Het is moeilijk hier op voorhand gezaghebbend over te spreken, maar wellicht kan de minister toch haar licht hierover laten schijnen. In de schriftelijke gedachteswisseling is hier al op ingegaan. De minister kent echter ook de laatste commentaren waarin dit punt aan de orde wordt gesteld. Volgens de voorlopige opvatting van de SGP-fractie is zelfregulering een goed instrument. Wij moeten echter niet schromen, als de resultaten daarvan niet snel effectief zijn, enig instrument van deze wet van toepassing te verklaren.

Voorzitter! Wij hebben over de embryowet die aanstaande is, gisteren al gesproken. Dat duurt inderdaad ook de SGP-fractie te lang, maar ik zal dat nu niet gaan herhalen. Ook ik wil aandacht vragen voor de discussie over het klonen van mensen. Ook de SGP-fractie vraagt om een expliciet verbod. Ik hoop dat dit kabinet daar duidelijk

over zal berichten aan de Kamer in de context van de brief die daarover is gevraagd en dat ook het Nederlandse voorzitterschap van de Europese Unie voor dit halfjaar op dit punt effectief kan zijn. Ik heb ook het persbericht dat gisteren in Straatsburg is verstrekt, bij mij. Daaruit blijkt dat de Europese Commissie gepleit heeft voor uitstel van het klonen van mensen, maar geen verbod heeft geëist. Ik citeer letterlijk: er is nog overleg nodig of een strikt moratorium op het niveau van de Verenigde Naties of de Raad van Europa noodzakelijk is, aldus Europees commissaris mevrouw Cresson.

De Europese Commissie heeft een onafhankelijke adviesgroep van ethici en biotechnologen opdracht gegeven zich te buigen over het vraagstuk van het klonen van mensen. De commissie heeft daarvoor twee maanden de tijd gekregen. Daarna bekijkt de Europese Commissie of zij voorstellen doet over wetwijzigingen op dat punt. Vervolgens komt er een hele beschouwing over een zekere genuanceerdheid. Die geeft mij te weinig vertrouwen dat hier klip en klaar zal worden gereageerd. Ik kan het natuurlijk allemaal omstandig gaan voorleggen, maar ik neem aan dat alle woordvoerders en uiteraard ook de minister de berichtgeving hierover kennen.

Voorzitter! Ik wil nog een korte opmerking maken over het Planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart. In de vaste commissie is beslist dat dit planningsbesluit bij deze gelegenheid aan de orde zou zijn. Daarom enkele vragen. Ik heb begrepen dat de minister voor de bepaling van aanvullende behoeften aan voorzieningen onder meer zal afgaan op informatie van de begeleidingsgroep hartchirurgie Nederland. Ik neem aan dat zij zich ervan verzekerd heeft dat zij tijdig over de noodzaak van aanvullende behoeften zal worden ingelicht, opdat de besluitvorming geen onnodige vertraging behoeft op te lopen.

Ten slotte. Vanuit Twente heeft men de Kamer benaderd met de wens die daar al langer bekend is om de behoefte aan een hartchirurgisch centrum ook onder de aandacht van de minister te brengen. Ik doe dat bij dezen. Wil de minister haar visie op deze casus weergeven, zowel procedureel als inhoudelijk? Eenzelfde vraag heb ik ten aanzien

van de Haagse regio, maar dan wel in de door mij nu gehanteerde volgorde, dus Twente, Haagse regio. Ik geloof dat collega Lansink er Leeuwarden nog tussenvoegde.

De heer **Lansink** (CDA): Ik neem aan dat de heer Van der Vlies dat ook doet. Als spreiding en de bereikbaarheid van de voorzieningen een punt zijn, dan kun je niet anders dan tot de volgorde Twente, Leeuwarden, Den Haag komen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik had in mijn voorbereiding die twee gevallen meegenomen, maar ik bedoelde sympathie uit te spreken voor uw derde, dat er tussenin zit.

□

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! We behandelen inderdaad een belangrijk wetsvoorstel vandaag. Dit wetsvoorstel is ook een gevolg van het besluit om een nieuwe bouwwet te maken en de huidige Wet ziekenhuisvoorzieningen op te doeken. In diezelfde Wet ziekenhuisvoorzieningen staat dus het artikel 18 dat regelt welke instellingen een vergunning zouden kunnen krijgen voor topklinische voorzieningen.

Voor dit artikel 18 komt nu deze wet. Maar deze wet geeft geen vergunning meer aan instellingen, zoals artikel 18 WZV deed, maar aan de verrichtingen. Dat is een wezenlijk verschil. Prof. Leenen schreef 1 februari in het Nederlands tijdschrift voor geneeskunde letterlijk: de overheid moet haar hand niet overspelen. Hij doelde daarmee op het feit dat deze wet ook regulerend wil gaan optreden ten aanzien van verrichtingen die ethisch of juridisch discutabel zijn. Over dit onderwerp is in die zin ook nog niet breed gediscussieerd. Ook de KNMG wijst op die problematiek in haar brief van 5 maart jl. Zij stelt dat er sprake is van een fundamentele koerswijziging waarvoor een betere onderbouwing noodzakelijk is. Bovendien, zo zegt de KNMG, kan zich een spanning gaan voordoen voor de arts die op grond van het begrip "goed hulpverlenerschap" meent tot een bepaalde verrichting te moeten overgaan als hij gevraagd wordt, maar dat dan mogelijk niet meer zal kunnen of mogen. Hoe oordeelt de minister over die toch vrij fundamentele kritiek op de structuur van deze wet?

Van Boxtel

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Huldigt de heer Van Boxtel de opvatting dat over het punt van de sociale, de medische maar met name de ethische aspecten niet voldoende is gediscussieerd? Dat is in de Kamer keer op keer aan de orde geweest. Ik herinner mij het debat over het moratorium op recombinant-DNA-onderzoek in 1978. Er is een veelheid aan onderwerpen aan de orde gekomen. Daarover is keer op keer gediscussieerd, ook in de samenleving. Ik maak uit de vraagstelling van de heer Van Boxtel op dat hij de opvatting van de KNMG en anderen huldigt, dat er niet voldoende is gediscussieerd. Hoe rijm ik dat met hetgeen wij hier al die jaren hebben gedaan?

De heer **Van Boxtel** (D66): U noemt het voorbeeld recombinant-DNA. Dat is precies een van de voorbeelden waarnaar in het artikel van Leenen wordt verwezen. Hij heeft gesteld dat er geïsoleerd over dat onderwerp is gesproken. Op grond van deze wet had dit wel eens kunnen leiden tot een verbod.

De heer **Lansink** (CDA): Dat is niet zo. Het ging om een bepaalde methode van onderzoek. In de Verenigde Staten en ook in Nederland is gekozen voor een vrijwillig moratorium, zelfregulering. Het gaat nu om medische verrichtingen. De vraag staat centraal of er niet voldoende is gediscussieerd over ethische aspecten. Ik dacht van wel.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik geef mij onmiddellijk gewonnen. Per verschillend onderwerp wordt de ethiek hier zwaar in beschouwing genomen. Ik herinner mij de opwinding die is ontstaan over het plotseling verrijzen van de genderklinik. Wij hebben daarnaar geïnformeerd. Wat moeten wij ons daarbij voorstellen? Deugt dat wel? Is er een ondeugdelijk instrumentarium? Vinden wij dat dit wel of niet moet kunnen? Ik heb mij toen terughoudend opgesteld ten aanzien van het uitspreken van een wettelijk verbod. Ik heb ervoor gepleit om als er een ondeugdelijk instrumentarium is, vooral op te roepen om er niet heen te gaan en om de kosten in ieder geval niet te vergoeden.

Terugkomend op de vraag van de heer Lansink of de ethiek voldoende erbij is betrokken, zeg ik: ja, per onderwerp. In de aan de orde zijnde

wet is een andere systematiek opgenomen ten aanzien van de procedure inzake artikel 18 van de WZV, waarin een vergunning werd verleend aan een instelling. Er wordt nu voor de systematiek gekozen om een en ander per verrichting wettelijk te regelen. De minister heeft een eigen verantwoordelijkheid om daartoe over te gaan. Ik vind mijn vraag dan ook terecht of de minister de harde kritiek deelt. Ik sluit mij aan bij de vraag van mevrouw Kamp, of de overheid wel bindend moet kunnen optreden, gezien het feit dat er in een pluriforme samenleving verschillend wordt gedacht over de toelaatbaarheid van bijzondere medische verrichtingen.

De heer **Lansink** (CDA): Over diefstal en te hard rijden wordt ook verschillend gedacht. Over allerlei normen wordt verschillend gedacht. Als de overheid via de Grondwet en via de wetgeving die nu aan de orde is zelf beslist, is er sprake van een zekere normering. Ik verbaas mij over deze vraag.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik vind de vergelijking met diefstal mank gaan. Daarover wordt door beperkte groepen anders gedacht. In dit geval kunnen wij te maken krijgen met vragen die mensen direct in hun fysieke of geestelijke toestand raken. Zij doen daarvoor een beroep op een hulpverlener die in potentie ook de mogelijkheid heeft hulp in de brede zin des woords te bieden. Sommigen vinden toepassing op basis van morele, ethische of religieuze achtergronden niet gewenst. Anderen komen weer tot een andere afweging.

Ik stel de vraag dus in het algemeen, omdat deze wet fundamenteel verschilt van de systematiek die wij kennen. Ik vind het van belang dat wij daarover hier zorgvuldig discussiëren.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter! Wij moeten niet in alle neutraliteit elke vraag in principe ontvankelijk verklaren. Wij hebben daarover toch een maatschappelijk en ethisch oordeel te vormen? Het is ondenkbaar dat dit niet gebeurt. Wat is daarvoor ten principale het platform? Dit huis!

De heer **Van Boxtel** (D66): Exact. Het bijzondere van deze wet is dat de verantwoordelijkheid voor het

regime in eerste aanleg bij de minister wordt gelegd. Ik vind dat een wezenlijk verschil. Ik kom daar graag op terug. Ik verwoord nogmaals dat mijn fractie niet zo gemakkelijk mee kan gaan met het model waarin de minister kan bepalen of een verrichting op maatschappelijke, ethische of juridische gronden al dan niet verboden wordt. Om die reden hebben wij samen met de VVD een amendement ingediend waarin wordt voorgesteld om artikel 3 uit de wet te halen. Als er een discussie moet plaatsvinden, moet die in dit huis worden gevoerd, dat geef ik de heer Van der Vlies toe. Wij zijn de representanten van de publieke opinie in ons land, althans dat mogen wij hopen, in al onze verscheidenheid. Het gaat erom dat het in de spreekkamer, bij individuele verzoeken om hulp, soms heel moeilijk is om met een bindend normatief kader op te leggen wat er wel of niet kan. Wij hebben gisteren een discussie gehad over IVF en het toestaan van draagmoederschap bij vrouwen die om medische redenen geen kinderen kunnen krijgen. Daar kun je verschillend over oordelen. U hebt daarover een bijbelse opvatting, maar ik heb een wat meer humanistische visie. Dat maakt niet uit, als wij er maar zorgvuldig met elkaar over praten. Deze wet houdt zo'n kentering in vergeleken met de vorige systematiek, dat ik vind dat wij die discussie open moeten voeren.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Die discussie wordt hier ook gevoerd. Wij hebben regelmatig discussies met elkaar, en dat is een goede zaak. Waarom bent u nu zo bang voor een minister die een beslissing neemt? Wij zeggen toch heel vaak: regering, regeer! Het komt nu blijkbaar iets minder uit. Als een minister een beslissing neemt die u niet bevalt, hebt u toch alle mogelijkheden om die minister binnen de kortste keren ter verantwoording te roepen? Dan gaat het publieke debat aan de gang en dan zien wij wel waar wij terecht komen. Daar hoeft u toch niet bang voor te zijn?

De heer **Van Boxtel** (D66): Met deze minister, van mijn eigen partij, zou ik daar geen enkele twijfel over hebben. Maar het gaat om het algemene principe dat de minister, deze of een andere in de toekomst,

Van Boxtel

de bevoegdheid krijgt om zelf die besluiten te nemen. Daarna kan er een discussie plaatsvinden, maar dan is er al iets verboden of een nulloptie afgesproken. Ik volg liever de omgekeerde weg. Als zich een zaak voordoet, is er een discussie in het parlement en dan wordt er besloten om al of niet tot een verbod over te gaan. Het is een inschatting van hoe je vindt dat de maatschappelijke ontwikkeling zou moeten gaan. Mijn voorkeur gaat uit naar de eerste mogelijkheid, anders had ik mijn handtekening niet onder het amendement van mevrouw Kamp gezet.

Voorzitter! Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om op grond van gewichtige belangen bijzondere verrichtingen, inclusief de aanschaf van apparatuur, te verbieden of per AMvB een nulloptie of moratorium af te kondigen. De verleende vergunningen en de vastgestelde planningsregeling op grond van artikel 18 blijven in stand, zo staat in de memorie van toelichting. Mij is niet duidelijk geworden of de huidige verleende vergunningen over vier jaar opnieuw beoordeeld zullen worden of dat deze vergunningen nu reeds een permanente status hebben. Ik hoor graag een reactie van de minister hierop.

De ministeriële regeling inzake het verbodssysteem blijft. De minister heeft niet het voorstel willen overnemen van D66 en de Partij van de Arbeid om er een AMvB van te maken. De minister vindt dat een ministeriële regeling flexibeler is. Bovendien is de regeling slechts tijdelijk en moet na iedere vier jaar een AMvB worden.

De vraag van D66 om evaluatie is niet overgenomen. Met het amendement op stuk nr. 8 hebben alle coalitiepartijen toch gevraagd om een voorziening in de wet te treffen.

Specifieke medische criteria, bijvoorbeeld doelmatigheid, worden door de minister onvoldoende zwaarwegend gevonden om te leiden tot een algeheel verbod. Kan de minister nog eens uitleggen waarom zij dat criterium onvoldoende vindt voor deze wet?

In de schriftelijke ronde is ook niet ingegaan op onze vraag over de precieze gronden voor het instellen van een nulloptie of een moratorium. Er wordt alleen gesteld dat de nulloptie en het moratorium geen delegatie aan de minister toelaten.

Over de kosten buiten de verrichting om zegt de minister dat deze nader worden beoordeeld, alvorens tot opname wordt besloten. De vraag is of dat antwoord afdoende is. De Vereniging van academische ziekenhuizen heeft daar commentaar op geleverd en gevraagd of de topreferentiezorg wel voldoende wordt gewaarborgd in dit wetsvoorstel. Daar hoor ik graag een reactie van de minister op.

Ten aanzien van de ontwikkelingsgeneeskunde, waar ook door anderen over is gesproken, is een nota van wijziging ingediend. Op wiens initiatief is dat gebeurd? Wij kregen die nota ineens. Nu wordt het overzicht van goedgekeurde projecten op het gebied van de ontwikkelingsgeneeskunde eenmaal in de vier jaar vastgesteld. Daarin wordt bepaald welk bedrag ter beschikking komt en hoeveel het Rijk en het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten bijdragen, maar de Ziekenfondsraad wordt belast met het verstrekken van die subsidie. Mijn vraag, die ik ook in verschillende algemene overleggen naar voren heb gebracht, is: wie controleert eigenlijk de Ziekenfondsraad? De Ziekenfondsraad mag toedelen en krijgt hier rapportages over, maar het onafhankelijk toezicht en de controle op die systematiek is mij nog steeds niet helder. Het is toch een beetje het systeem van "de geveer bepaalt", terwijl ik daar een onafhankelijke toets op zou willen hebben. Dat laat onverlet de opmerking die ook mevrouw Kamp heeft gemaakt: past het wel in dit model dat de Ziekenfondsraad dit blijft doen of moet het eventueel naar Zorgonderzoek Nederland of de NWO? Ook daar hoor ik graag het commentaar van de minister op.

De heer **Lansink** (CDA): Ik heb eigenlijk dezelfde vraag als aan mevrouw Kamp, maar ik heb intussen langer over de zaak kunnen nadenken. U vraagt een onafhankelijk oordeel, eigenlijk een onafhankelijke toewijzing. Je zou kunnen zeggen dat er in de Ziekenfondsraad belangengroeperingen zitten, maar dat geldt ook voor alle organen die u noemt. Licht het dan niet het meest voor de hand dat de minister het doet? Dan heeft de minister weer een normering nodig.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik ben blij dat u mij die vraag stelt, want u weet

dat ik dat in eerdere debatten steeds als een punt van zorg naar voren heb gebracht. Het gaat mij er niet zo zeer om dat het bij de Ziekenfondsraad weg moet. De feitelijke vraag is in eerste instantie of de ombouw van de Ziekenfondsraad en het nieuwe karakter dat wij daaraan willen geven, zich met deze taak verdragen. Dat is vraag één. Het tweede punt is en blijft dat wij aan onderzoeken heel veel geld – honderden miljoenen – uitgeven dat via een instantie wordt toebedeeld. Daar krijgen wij dan wel een keer per jaar een overzicht van; ik weet niet of u die overzichten wel eens bekijkt, maar als politicus op afstand kan ik nauwelijks beoordelen welke projecten nu terecht en niet terecht worden gehonoreerd. De controle op de efficiënte, doelmatige, maar ook kwalitatief juiste besteding van de middelen ligt in principe nog steeds bij datzelfde orgaan. Ik vraag mij af of dat een gewenste situatie is. Het zou best kunnen – dat was uw suggestie – dat dat bijvoorbeeld binnen het departement moet worden getrokken en niet binnen de Ziekenfondsraad moet blijven. Ook daar hoor ik graag een reactie op.

Voorzitter! Dan het punt waar ook mevrouw Kamp al over heeft gesproken, namelijk de positie van onder andere het Nederlands kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, dat bezwaar heeft gemaakt tegen de wijziging. Het is namelijk niet verbonden met een academisch ziekenhuis en werkt niet met een academisch ziekenhuis samen. Ik heb begrepen dat het NKI helemaal geen bezwaar heeft tegen opneming in een academisch segment of in een bepaalde setting, maar dat het – naar de opvatting van de D66-fractie terecht – zijn zelfstandige positie wil behouden. Dat geeft grotere slagvaardigheid en voorkomt onnodige bureaucratisering bij opname in zo'n groot academisch complex. Ik trek maar eens een vergelijking met de situatie van het Max Planck Instituut in Nijmegen, dat ook zo'n onafhankelijke positie heeft kunnen houden. Ook de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen heeft op dit punt gewezen vanuit de vraag van de niet-academische ziekenhuizen om ook in aanmerking te kunnen komen voor ontwikkelingsgeneeskundige projecten.

Wij hebben op dit punt samen met de VVD-fractie een amendement ingediend om toch tot de situatie te

Van Boxtel

komen waarin dit soort topinstituten zijn eigen positie kan handhaven en dit soort ontwikkelings-geneeskundige projecten kan blijven doen en waarin in voorkomende gevallen ook aan andere dan academische ziekenhuizen de mogelijkheid wordt geboden om voor dit soort projecten in aanmerking te komen.

De heer **Lansink** (CDA): Welk bezwaar is ertegen om dat te koppelen aan een samenwerkingsverband om het draagvlak te vergroten en om de continuïteit te verzekeren? Dat geldt zeker voor de ontwikkelingsgeneeskunde, want daarbij gaat het natuurlijk om projecten die een langere adem en meer geld nodig hebben.

De heer **Van Boxtel** (D66): Het lastige is dat je heel moeilijk in het algemeen kunt zeggen dat wij iedereen moeten dwingen om in die richting te gaan. In Rotterdam heeft de Daniël den Hoedkliniek zich actief geïntegreerd met het academisch ziekenhuis. Dat is een prachtig voorbeeld, maar niet iedere plaats en locatie en niet alle mensen zijn hetzelfde. Ik vind het dan ook ver gaan om aan ieder topinstituut als norm op te leggen dat het zich in de academische sfeer dient te voegen, bijvoorbeeld het NKI in het Amsterdamse. Ik heb uit die hoek begrepen dat men geen enkele bezwaar heeft om binnen een academisch segment te gaan opereren. Als dwingend wordt opgelegd dat het een integraal onderdeel moet worden van die academische structuur en dat via die lijn de projecten aangevraagd moeten worden, zal dat de slagvaardigheid afremmen.

De heer **Lansink** (CDA): Er hoeft helemaal geen sprake te zijn van het zich voegen in. Men hoeft ook niet de academische structuur over te nemen. Als het om een samenwerkingsverband gaat, hangt het af van de invulling van de samenwerkings-overeenkomst waar het zwaartepunt ligt. Het is zelfs denkbaar dat een topinstituut dat niet academisch is, het voortouw heeft bij de verdere ontwikkeling. Een samenwerkingsverband wil niet zeggen dat het het model van het academisch ziekenhuis wordt.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik geef u dat toe. Ik wil toch niet komen aan

de autonome positie van de topinstituten. Ik denk aan het Nederlands kankerinstituut/Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis. Ze moeten hun internationale eigenstandige reputatie hoog kunnen houden. Ik zou niet graag zien dat een dergelijk instituut gedwongen wordt te integreren.

Voorzitter! Het DGN-slot maakt zich zorgen over het verdwijnen van de nierdialyse uit de werkings sfeer van artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen. De chronische dialyse zou wat mij betreft ook kunnen vallen onder gewone verrichtingen. Onderzoek en ontwikkeling horen toch bij ontwikkelingsgeneeskunde. Wat is de reactie van de minister daarop?

Wat het Planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart betreft, sluit ik mij aan bij de woorden van de heer Lansink en andere sprekers. Hij heeft vrij zorgvuldig geformuleerd, dat mogelijk meer capaciteit nodig is dan mede op advies van de Gezondheidsraad wordt aangegeven. Als ik kijk naar een aantal componenten, ben ik geneigd om te zeggen: als die uitbreiding er zou komen, scoort Twente beter dan de andere geïnteresseerden. Wij weten dat bij het wegvallen van de capaciteit in Brabant iedereen hollend in de rij kwam staan om die te verdelen. Ik denk aan Brabant, de Haagse regio, Twente, Friesland. Het gaat erom dit vrij zakelijk te blijven bekijken. Wat zijn de overwegingen van de minister om het percentage van 2 aan te houden? Is er niet echt een reden om op grond van andere gegevens tot een nadere overweging te komen? Als ik kijk naar de feitelijke situatie per gebied, dan ben ik het eens met de heer Lansink, dat het meer voor de hand ligt de volgorde aan te houden, waarbij Twente als eerste in aanmerking komt.

De Nederlandse Hartstichting vindt dat de tweede versie van het planningsbesluit, die fors verschilt van de eerste, ook aan haar had moeten worden voorgelegd. Ze wijst op de patstelling tussen het ministerie en de beroepsgroep inzake de aanpak van de wachtlijsten. Uitbreiding wordt toegejuicht. Ze heeft moeite met de opmerking over de indicatiestelling en het onderscheid tussen complex en minder complex. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

Wij hebben net de antwoorden gehad op de schriftelijke vragen van de heer Marijnissen als het gaat om de kinderhartchirurgie. Mijn fractie gaat het erom ervoor te zorgen dat wij voldoende capaciteit hebben op grond van eerlijke en zuivere overwegingen en goede kwaliteit in de instellingen. Wij moeten ervoor oppassen dat de verschillende instellingen met kunst- en vliegwerk voor veel geld mensen aantrekken om hun positie veilig te stellen.

Voorzitter! Ik kom over het klonen te spreken. Is wetgeving aanstaande? Komt dat bij de wet op de embryo's? Naar de mening van D66 is wetgeving niet altijd het instrument om de boel te keren. Het is ook nodig om te werken aan een soort van cultuuromslag bij de wetenschappelijke onderzoekers, waar het nutdenken soms erg ver dreigt door te slaan. Als ik kijk naar de eerste publicaties rond het schaap Dolly, zei het blad Nature: Undeniable useful, ontegenzeggelijk bruikbaar. Sommigen zullen liever zeggen: goodbye Dolly, in plaats van hello Dolly. Wat is de toegevoegde waarde van dit soort zaken? Als er bij het klonen van dieren medicijnen kunnen worden gebruikt of het misschien voor organen een doel dient, dan moeten wij daarover praten. Het gaat mijn fractie te ver om in het verlengde hiervan te zeggen: dan moet het bij mensen ook maar. Is het te overwegen, zo vraag ik de minister, om ook eens de Nederlandse wetenschappers die met deze materie aan het werk zijn, geheel los van eventuele dwingende wetgeving, op te roepen ook zelf tot een nader standpunt te komen? Het gebeurt in Nederland al met dieren, met karpers zo heb ik begrepen. Het gebeurt gelukkig niet met mensen en dat willen wij zo houden. Ik haal in dit verband nog maar eens een uitspraak aan van de natuurkundige Max Born, ooit Nobelprijswinnaar, die in 1969, toen er voor het eerst mensen op de maan landden, zei: "Man stehe vor einem Triumph des Verstandes und zugleich vor einem Versagen der Vernunft". Het komt mij voor dat deze uitspraak ook in de sfeer van de discussie over het klonen in herinnering mag worden geroepen.

Enkele dagen geleden verscheen een artikel in het Algemeen Dagblad over de te volle IC's in ziekenhuizen. Onder de kop "Gesol met patiënten" konden wij lezen dat er vaak veel te

Van Boxtel

weinig plaats is in deze dure voorzieningen. Het is een beetje in de zijlijn van het onderhavige onderwerp, maar ik vraag de minister toch om eens een inzicht te geven in deze problematiek. Komt het door gebrek aan capaciteit of door het doorstromingsbeleid in ziekenhuizen? Als het antwoord niet direct kan worden gegeven, zou ik graag zien dat hiernaar onderzoek werd verricht. Het is van de gekke dat dergelijke berichten in de krant verschijnen en dat acute patiënten heen en weer moeten worden gereden tussen ziekenhuizen. Als het een capaciteitsprobleem is, moeten wij er hier over praten. Gaat het om een doorstromingsprobleem in de instellingen, dan moet het beleid daarop wat zwaarder worden gericht.

De heer Lansink heeft al aandacht gevraagd voor de ethische toetsing. Gisteren hadden wij het daarover ook al in verband met de IVF. Dit wordt in deze wet niet voorzien, maar na pasen gaan wij hierover weer spreken in het kader van de wetgeving over medische experimenten met mensen. Kan de minister ingaan op de verschillende vormen die wij op dit terrein kennen? Wij kennen ethische commissies per ziekenhuis en bij medische experimenten met mensen wordt aan regionale commissies gedacht. Straks krijgen wij bij de discussie over de euthanasievoorstellen zeker ook vragen over commissies waarin ethische toetsing plaatsvindt. De vraag is of wij hiervoor niet een meer eenduidige structuur moeten ontwikkelen die verschillende wetten raakt. Of moet iedere keer, geïsoleerd per wet, worden nagegaan hoe dit moet worden ingericht?

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

De **voorzitter**: Ik maak de leden erop attent dat mijn berekening uitwijst dat er tot op heden het dubbele van de opgegeven spreektijd is gebruikt en dat dit niet uitsluitend het gevolg is van interrupties. Wij zijn op de helft van de sprekerslijst. Vanavond hebben wij uiterlijk de tijd tot elf uur; dan wordt de vergadering echt gesloten. Dit betekent per definitie dat de minister vanavond niet kan antwoorden.

Ik vraag dan ook uw medewerking om de vergadering vanavond op een redelijke tijd te beëindigen. Ik zal

bezien of op korte termijn ruimte op de agenda gereserveerd kan worden voor het antwoord van de regering.

□

Mevrouw **Oedayraj Singh Varma** (GroenLinks): Voorzitter! Mag alles wat kan in de gezondheidszorg? De fractie van GroenLinks vindt ook van niet. Kan alles wat moet? Helaas komt het nog te veel voor dat "nee" verkocht moet worden in situaties waarin zorg bitterhard nodig is.

Er moeten keuzes gemaakt worden tussen cure en care. Er moeten ook keuzes binnen de cure gemaakt worden en hierover gaat het onderhavige wetsvoorstel. Het is goed dat dit wetsvoorstel er is. Daarmee wordt het beter dan nu mogelijk om bepaalde medische verrichtingen die, zoals het wetsvoorstel dat noemt, maatschappelijk, ethisch of juridisch ongewenst worden geacht, te verbieden.

De minister en in tweede instantie de Kamer krijgen meer sturingsmogelijkheden om medische ontwikkelingen te stimuleren of juist af te remmen en eventueel te verbieden. De mogelijkheden van de medische wetenschap zijn de afgelopen decennia enorm toegenomen. Het is goed dat de regering probeert de medische technologie te sturen om zo enige grip te houden op de gezondheidszorg en de financiering daarvan.

Gezien de verantwoordelijkheid van de overheid voor de gezondheidszorg kan en mag de beslissing, dat alles wat technisch kan in onze samenleving ook zonder meer beschikbaar en toelaatbaar moet zijn, niet louter aan de betrokken medici en patiënten worden overgelaten. Er zijn kwesties geweest waarbij de behoefte aan dit wetsvoorstel zich deed voelen. Meer regulering is dus goed.

Het kabinet kent aan de Gezondheidsraad een belangrijke signalerende functie toe. Als deze raad een nieuwe methode of techniek signaleert en daaraan de conclusie verbindt dat die ontwikkeling behalve gunstige effecten ook schadelijke gevolgen kan hebben voor de betrokken patiënt, zijn omgeving of nageslacht, kan overgegaan worden op een tijdelijk verbod. Krijgt de Gezondheidsraad voor deze taak extra faciliteiten? Deze signalerende functie blijft niet beperkt tot de Gezondheidsraad. Die

kan in feite door iedereen vervuld worden. Verrichtingen die voor grote groepen mensen onaanvaardbaar zijn, kunnen in elk geval tijdelijk verboden worden.

In het wetsvoorstel geeft het kabinet aan dat een verbod mogelijk is van een verrichting waarvan bekend is dat er zodanig maatschappelijke, ethische of juridische aspecten aan kleven, dat die absoluut ongewenst wordt geacht. De Raad van State vindt de criteria vaag. In de schriftelijke voorbereiding geeft de minister evenwel aan, niet concreter te kunnen zijn. Toch heb ik daar behoefte aan. Wie bepaalt uiteindelijk of een verrichting op maatschappelijke, ethische dan wel juridische gronden onaanvaardbaar is? Kan een verrichting op een bepaald moment voor de meerderheid van de samenleving aanvaardbaar zijn en een jaar later niet meer? Hoe verloopt de besluitvorming, wie beslist uiteindelijk en hoelang blijft zo'n beslissing rechtsgeldig?

De Gezondheidsraad heeft een adviesfunctie bij de beslissing over de toelaatbaarheid van bepaalde technieken of verrichtingen. Ook patiëntenorganisaties en beroepsgroepen kunnen hierin een rol vervullen. De fractie van GroenLinks stelt voor, altijd patiënten- en consumentenorganisaties te raadplegen. Patiëntenorganisaties zijn deskundig en staan met beide benen in de samenleving. Hoe denkt de minister hierover? Het kabinet wil een deel van het wetsvoorstel per ministeriële regeling afhandelen. De Raad van State stelt ook voor dat vastgelegd wordt dat binnen zes maanden een AMvB wordt voorgesteld aan de Kamer. Wil de minister nog eens toelichten waarom zij daarvan geen voorstander is?

Door dit wetsvoorstel krijgt de overheid meer sturingsmogelijkheden in de gezondheidszorg. De overheid zou ook wat mij betreft meer moeten kunnen sturen in de organisatie van ziekenhuizen, zodat voorkomen wordt, zoals kortgeleden uit publicaties van het Algemeen Dagblad bleek, dat honderden patiënten in levensgevaar geweigerd worden door ziekenhuizen, omdat er geen plaats zou zijn op de afdeling intensive care of op de afdeling hartbewaking. Deze organisatorische onbenulligheid schreeuwt om maatregelen. Allereerst zal er natuurlijk een centrale registratie moeten komen, zodat in één

Oedayraj Singh Varma

oogopslag duidelijk is in welk ziekenhuis plaatsen zijn en in welk niet. Ook moet duidelijk worden of er een tekort aan bedden is en, zo ja, hoe dit verholpen kan worden. Biedt het wetsvoorstel voor dit soort situaties een handvat? Zo nee, welke mogelijkheden zijn er voor de rijksoverheid om te voorkomen dat er nog meer onnodige slachtoffers vallen?

Het is duidelijk dat de fractie van GroenLinks dit wetsvoorstel zal steunen.

□

De heer **Marijnissen** (SP): Mijnheer de voorzitter! Dit kabinet heeft een ontwikkeling op gang gebracht waarbij de verantwoordelijkheid voor het aanbod van zorg meer en meer bij de verzekeraars is komen te liggen. Het kabinet heeft er vertrouwen in dat waar het er zelf niet in slaagde de budgetten voor de zorg zo doelmatig mogelijk in te zetten, de zorgverzekeraars dit wel kunnen. De SP heeft dit vertrouwen niet.

De recente publicaties, waaronder een van de Rekenkamer, sterken ons in die opvatting. Wat lezen wij in de memorie van toelichting? Aanbodplanning van topklinische zorg is een taak van de overheid. Aparte regulering van bijzondere functies is wenselijk, om zo kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik te kunnen waarborgen. Op pagina 3 lezen wij zelfs dat vanwege de competitie tussen de instellingen, men niet vrijwillig van toepassing van medische technologie zal willen afzien.

Mijnheer de voorzitter! Dit is opmerkelijk, zeer opmerkelijk. Sinds wanneer beschouwt dit paarse kabinet competitie als iets wat tot minder gewenste effecten kan leiden? Mijn vraag aan de minister is dan ook hoe deze bijzondere stellingname zich verhoudt tot al die andere zaken waarbij zij wel voorstander bleek van meer concurrentie, terwijl het ook daar ging om kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik.

Het omzetten van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen in een aparte Wet op bijzondere medische verrichtingen is noodzakelijk, gezien de vele reparaties die aan artikel 18 hebben plaatsgevonden. De SP-fractie is zeer verheugd dat de werking nu uitgebreid wordt naar alle voorzieningen, dus ook

privé-klinieken en ook het derde compartiment.

De politiek maakt de keuzes als het aan ons ligt. Het moet niet zo zijn dat overbodige, luxe en ongewenste voorzieningen ter beschikking komen, zelfs niet voor mensen die het kunnen betalen. U kent het standpunt van de SP-fractie: gezondheidszorg in handen van de commercie is als de duivel in het wijwatervat. Wij zijn blij met deze wet, omdat het kabinet nog wel niet expliciet, maar dan in elk geval impliciet erkent dat het samengaan van die twee tot problemen kan leiden, omdat voor de commercie omzet en winst zwaarder tellen dan medische en ethische motieven.

Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid tot snel ingrijpen en zelfs tot een verbod, indien het om verrichtingen gaat die door de samenleving als ongewenst worden beschouwd in verband met bepaalde maatschappelijke, juridische of ethische aspecten. De SP-fractie is hier buitengewoon content mee.

Het zijn het kabinet en de volksvertegenwoordiging die de keuzes moeten maken wanneer het gaat om de steeds terugkerende vraag of alles wat technisch kan, ook zonder meer in onze samenleving moet worden toegelaten. Deze verantwoordelijkheid kan niet onder het mom van individualisme als het hoogste goed worden afgeschoven op de individuele burger. Hoogleraar medische ethiek De Vries zegt daar terecht over dat indien de verantwoordelijkheid voor morele beslissingen wordt afgeschoven op de eindgebruiker, je de wetenschap carte blanche geeft om alle denkbare technieken op de markt te brengen.

Meer keuzemogelijkheden betekenen niet automatisch meer vrijheid. De maatschappij kan in de greep komen van een toenemende macht van de norm en die is allesbehalve vrijblijvend. Het normale manifesteert zich als een dwingend principe, zegt Foucault. De vrijheid van vandaag kan morgen veranderd zijn in onvrijheid. Ik zou u daar vele voorbeelden van kunnen geven. Ook de CDA-fractie wil ik complimenteren, want zij heeft in de schriftelijke inbreng daar nog eens zeer terecht en zeer uitvoerig op gewezen.

Maar, voorzitter, dit is slechts één kant van de zaak. De andere kant is dat zaken nu soms controversieel kunnen zijn, terwijl zij later wel

degelijk de vooruitgang blijken te dienen. Met andere woorden, wij moeten er ook voor waken elke vooruitgang alleen als bedreigend voor de hedendaagse normen en waarden terzijde te schuiven. Te denken valt bijvoorbeeld aan hoe in het verleden over de anesthesie werd gedacht. Ethische en gezondheidsrechtelijke inzichten kunnen veranderen en dat is maar goed ook en dat zullen zij ook doen onder invloed van de techniek, enzovoorts. Wat ligt er meer voor de hand dan dat wij afspreken dat vooraleer er tot introductie van nieuwe mogelijkheden wordt overgegaan, de democratisch gelegitimeerde overheid in samenspraak met de volksvertegenwoordiging en de samenleving zich eerst over de dilemma's buigt? De SP-fractie is daar in ieder geval een groot voorstander van. Hoe gaat de overheid die veranderingen volgen? Ik bedoel vooral de veranderingen op het punt van de technische mogelijkheden maar ik wil ook weten hoe mensen over de eventuele toepassingen van die mogelijkheden denken.

De heer **Van Boxtel** (D66): Mag ik uit de woorden van de heer Marijnissen begrijpen dat hij het amendement van mevrouw Kamp en mijzelf om artikel 3 te laten vervallen, steunt?

De heer **Marijnissen** (SP): Ik heb die amendementen vanavond op mijn tafeltje gevonden. Ik kan nog niet de reikwijdte van zowel uw amendement als dat van mevrouw Swildens beoordelen. Ik heb zojuist achter de schermen er al enig overleg over gehad, maar ik moet u het antwoord op deze vraag nog schuldig blijven.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Ik had de opmerking willen plaatsen, dat uit de boeiende beschouwing, die ik overigens voor een groot gedeelte ook deel, niet anders kon worden geconcludeerd dan dat de heer Marijnissen dat amendement hartgrondig zou moeten afwijzen. Dat kan haast niet anders.

De heer **Marijnissen** (SP): Ik zal dit advies meenemen in ons beraad.

Mijnheer de voorzitter! Om aan te geven hoe ingewikkeld de zaken soms zijn, geef ik het volgende voorbeeld. In een notitie aan de Kamer over de genderkliniek schreef de minister de kliniek ongewenst te

Marijnissen

vinden, vanwege de ontbrekende werkzaamheid maar ook vanwege de ontbrekende aanvaardbaarheid. Ik heb het nog eens opgezocht. Zij kwam tot haar mening op grond van ethische argumenten en het belang van het kind, omdat zo "kinderen worden gereduceerd tot louter voorwerp van de wensen en de verlangens van de ouders". Een paar maanden later zei de minister echter, desgevraagd, begrip op te kunnen brengen – en dat ging om een heel bijzonder geval – voor de moeder die het geslacht van de foetus een rol laat spelen bij haar afweging om wel of geen abortus te laten toepassen. Dat lijkt mij niet erg consistent. Maar, voorzitter, ik zeg er onmiddellijk weer iets bij, want ik wil hier geenszins de indruk wekken als zou ik in deze zeer moeilijke kwesties de wijsheid in pacht hebben. Het zijn moeilijke vragen en moeilijke afwegingen, waarbij niet zelden de algemene wenselijkheid of onwenselijkheid aan de ene kant en het begrip voor het individuele probleem van de individuele persoon aan de andere kant om voorrang strijden. Desalniettemin is de SP-fractie in dit tijdsgewricht – ik moet dat er nu bij zeggen – fel tegenstander van de genderkliniek. De gebruikte methode is gewoon nep en al was die wel betrouwbaar, dan zijn wij er nog steeds geen voorstander van.

Verzakelijking van het leven zelf is het laatste waar wij op zitten te wachten. De te hoge verwachtingen rondom het leven en de stuurbaarheid ervan zijn uiteindelijk alleen maar bron van teleurstelling. De vraag is alleen hoelang deze stelling nog gemeengoed zal zijn. Ik spreek wel de hoop uit dat indien wij uiteindelijk de slag verliezen, het niet de commerciële zullen zijn die zich erover gaan ontfermen. Ik refereer in dit verband aan het foldertje van de genderkliniek waar op de voorkant nog steeds staat: eindelijk heeft u nu de kans om het geslacht van uw baby zelf te bepalen. Met andere woorden, echt veel veranderd is er nog steeds niet. Deze folderaffaire van een paar maanden terug maakte duidelijk hoe mensen onder valse voorwendsels gelokt werden om voor f 5000 een kindje van het gewenste geslacht te "kopen". Een telefoontje van vorige week leerde een medewerker van mijn fractie dat zij nu flink propaganda maken met het succespercentage van maar liefst 100. Er zijn inmiddels vier kinderen

geboren van het gewenste geslacht. Bovendien heeft de directeur laten weten plannen te hebben om de toko uit te breiden met veel meer vruchtbaarheidsproducten. Mijnheer de voorzitter, alleen het woord al: vruchtbaarheidsproducten!

De heer **Lansink** (CDA): Ik deel de kritiek die geuit is, maar ik verbaas mij wat over de informatie die u via uw medewerker bij de directeur heeft opgevraagd. Ik heb een debat met die man gehad en ik meen dat het slagingspercentage hooguit 20 was. Dat is even anders dan 100.

De heer **Marijnissen** (SP): Maar u hebt zich mogelijk niet als een potentiële klant aangemeld!

De heer **Lansink** (CDA): Nee, nee!

De heer **Marijnissen** (SP): Mijn medewerker heeft dat wel gedaan. Hier wordt dus al meteen duidelijk welk risico je loopt als je de zaken aan commerciële overlaat: discrepantie tussen de waarheid en de propaganda!

De heer **Lansink** (CDA): Misschien is het goed om de tekst van die uitzending even op te vragen, omdat inderdaad de indruk werd gevestigd dat de inspectie met alles akkoord gaat, waardoor toch een verkeerd beeld wordt opgeroepen.

De heer **Marijnissen** (SP): Ik hoop dat de minister erop ingaat!

Een ander hoofdstuk is de alternatieve geneeskunde. De SP is een partij die vertrouwen heeft in de rede en de wetenschap. Wij gruwen van medische charlatans die hun patiënten-cliënten aanraden elk contact met de reguliere geneeskunde te mijden. Bijvoorbeeld iatrosfen hebben daar een handje van. Welke mogelijkheden geeft deze wet om dergelijke kwakzalvers aan te pakken?

Voorzitter! Ik zou eindelijk nu toch wel eens een goed inzicht van de minister willen krijgen in de manier waarop zij een einde wil maken aan de wachtlijsten voor hartchirurgie en de dotterbehandeling. Al jaren staat dit onderwerp immers op de politieke agenda. De minister heeft in antwoord op vragen gezegd dat zij van mening is dat de wachttijd in het algemeen niet langer mag zijn dan zes weken en in het uiterste geval drie maanden. Ik heb de laatste

cijfers van 18 november 1996 er nog eens op nageslagen. Op de wachtlijsten voor openhartoperaties stonden toen 2165 mensen. 42% – 904 – langer dan twee maanden en 28% – 612 – langer dan drie maanden. Op de wachtlijst voor de dotterbehandeling stonden 737 mensen – 19% – van wie 134 langer dan twee maanden – 11% – en 81 langer dan drie maanden. Ruim 1000 mensen staan dus langer dan twee maanden op de wachtlijst. De beroepsgroep – de heer Lansink heeft daar nog eens op gewezen – vraagt om meer capaciteit. De minister houdt het op verbetering van indicatie, wachtlijstregistratie en doorverwijzing. Volgens de patiënten en de Hartstichting houden de beroepsgroep en het ministerie elkaar in een verlamdende greep, die voornamelijk de patiënt als grootste verliezer kent. In alle centra zijn er mensen die te lang moeten wachten op hun hartoperatie. In vrijwel alle centra geldt dat ook voor de dotterbehandeling. De oplossing van de minister betekent dus – zo is mijn conclusie – het verplaatsen en uitsmeren van de wachtlijsten zonder dat het probleem wordt opgelost. De capaciteit voor hartoperaties en dotterbehandelingen zal dus moeten worden uitgebreid. Dat lijkt mij een logische conclusie. Is de minister daartoe bereid? Wil de minister ook ingaan op de reactie van de Nederlandse vereniging voor cardiologie die stelt dat voor dotterbehandelingen een toename van 1000 ingrepen per jaar nodig is. Welke toename is gepland voor 1997 voor openhartoperaties en dotterbehandelingen?

Mijnheer de voorzitter! De te krappe budgetten leiden behalve tot veel onnodig menselijk leed ook tot andere ongewenste effecten, zoals bij het Rotterdamse academische ziekenhuis dat gebruikmaakte – en misschien nog maakt – van sponsoring voor de aanschaf van stands, omdat de budgetten te krap bemeaten zijn. Ik heb daar ook al eens eerder vragen over gesteld. Wat te denken van de plannen van de afdeling perfusie van het academisch ziekenhuis Maastricht met geneesmiddelenfabrikant Sorin? Uit de brief van de minister blijkt dat ook zij met deze ontwikkelingen niet zo gelukkig is. Heeft zij middelen om daar iets aan te doen? Immers, that's the question.

Marijnissen

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! Heel even over de geschiedenis: de heer Marijnissen heeft daar schriftelijke vragen over gesteld, waarop de minister heeft geantwoord. In de procedurevergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid hebben wij met alle toen aanwezige fracties met name nader commentaar gevraagd op de slotzin van die beantwoording.

De heer **Marijnissen** (SP): Voor de goede orde: het waren overigens geen schriftelijke vragen. Ik geloof dat ik dat bij de begrotingsbehandeling gemeld heb naar aanleiding van een persbericht. Toen heeft de minister een brief gestuurd en daarom is het ook in de procedurevergadering geweest. Wij wachten het af.

Voorzitter! Over de clustering van de kinderhartchirurgie zegt de minister nog geen formele beslissing te hebben genomen. Is er dan al wel een informele beslissing, zo vraag ik toch nog maar stiekem? De minister kijkt in de eerste plaats naar de twee academische ziekenhuizen en refereert daarbij aan het advies van de Gezondheidsraad. Geeft zij daarmee geen onjuiste interpretatie aan het advies? Ik citeer de Gezondheidsraad: "Concreet gezegd komt het hierop neer dat de commissie een infrastructuur voorstelt die vergelijkbaar is met die in de academische kinderiekenhuizen."

Voorzitter! Tot slot iets over de harttransplantaties. Ook hier zijn de wachtlijsten langer geworden, zo blijkt uit de evaluatie van de Ziekenfondsraad. De commissie van de raad doet suggesties in de richting van een derde centrum en het actiever werven van donoren. Wat is de reactie van de minister?

Een ander punt is de strenge indicatie in Nederland. Is het juist, dat dit samenhangt met het grote gebrek aan donorharten? In de ons omringende landen worden meer transplantaties verricht per miljoen inwoners. In Duitsland zijn het er twee keer zoveel en in België zelfs vier keer zoveel. Een aantal Nederlandse patiënten met een contra-indicatie in Nederland kon wel terecht in een Belgisch centrum. Maar dit is – het verhaal wordt eentonig – alleen weggelegd voor mensen met geld. Het ziekenfonds vergoedt deze ingrepen immers niet. Zijn de Nederlandse selectiecriteria

terecht zo streng, mede gezien de gehanteerde criteria in het buitenland?

□

De heer **Leerkes** (Unie 55+): Mijnheer de voorzitter! De fracties van het AOV en de Unie 55+ kunnen zich vinden in het onderhavige wetsvoorstel. De overheid moet immers instrumenten hebben om te voorkomen dat een ongebreidelde groei van het aantal bijzondere medische verrichtingen plaatsvindt.

Ik maak een aantekening bij hartchirurgie en dotterbehandelingen. Bij een dotterbehandeling wordt een bloedvat geopend. Wij zijn alweer een stapje verder. Wij schuiven nu ook al een stukje plastic buis in het bloedvat. Het is iets ingewikkelder geworden. Kunnen wij openhartchirurgie en dotterbehandelingen nog wel van elkaar scheiden? Beide vallen onder de wetgeving die wij thans bespreken.

Gisteravond keek ik naar het televisieprogramma Crisis, waarin een aantal prominenten de gang van zaken rond een crisis naspeelt. In dit geval ging het om een ongeval met een atoomcentrale in Duitsland, net over de grens bij Oldenzaal. Een van de prominenten was de heer Wallage. Twente was in verwarring. Men wilde de vlucht nemen, maar men had toch kunnen weten dat de heer Wallage nog geen minister van Binnenlandse Zaken is? Er werd een kaart van het gebied opgehangen waarover ik het vanavond even wil hebben. Er is namelijk een witte vlek in Nederland: Twente en Oost-Gelderland, met name de Achterhoek. In deze streek liggen onder meer de plaatsen Oldenzaal, Ootmarsum, Losser, Rossum, Weerselo, Tilligte, Overdinkel, Enschede, Haaksbergen, Eibergen, Borculo, Neede, Winterswijk, Lichtenvoorde en Groenlo. Vanmiddag heb ik om een telmachiëntje gevraagd en contact opgenomen met de AAD Oost. Ik heb gevraagd hoeveel mensen deze ambulance-dienst per jaar overbrengt naar de ziekenhuizen en hoe groot de afstand dan is. De afstand naar Nieuwegein is 148 km, naar Utrecht 150 km, naar Zwolle 140 km, naar Groningen, via de oude karavaanweg naar Zwolle, 140 km. De reistijd is vaak meer dan anderhalf uur. Er moet rekening worden gehouden met het transport-

trauma. Er kan niet te wild worden gereden. Dat zijn afstanden waarvan ik mij in gemoede afvraag of wij daarmee kunnen doorgaan.

Nu het cadeautje voor de minister. In Enschede staat een groot ziekenhuis met 1000 bedden. De accommodatie is er al. De Technische Hogeschool Twente kan er ook een rol bij spelen. Stel dat wij in dat ziekenhuis een hartchirurgisch centrum zouden krijgen. Dan hebben wij die ziekenauto naar Utrecht, Groningen, Zwolle, Nijmegen en al die andere plaatsen niet meer nodig. Een optelsommetje leerde ons vanmiddag dat een rit naar Utrecht f 1482 kost. Een rit naar Groningen kost ongeveer hetzelfde bedrag. Naar Nieuwegein is het ook ongeveer dat bedrag. Ik kom dan op 93 ritten naar Nieuwegein vorig jaar, op 66 ritten naar Utrecht en op ongeveer 130 ritten naar Zwolle. Als ik dat bij elkaar optel – de andere berekening ging per computer, dus ik zit er heel dichtbij – dan kom ik op een besparing van f 500.000 per jaar op de gezondheidszorg. Dat zou de minister mooi kunnen gebruiken, als eerste aanzet, voor een hartchirurgisch centrum in een ziekenhuis, waar de ruimtelijke accommodatie al voorhanden is.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! Ik vind dat de heer Leerkes zijn verhaal heel mooi onderbouwt, maar die f 500.000 besparing is net een halve specialist voor dit soort werk. Er moet dus nog wel iets bij!

De heer **Leerkes** (Unie 55+): Als wij op deze manier doorgaan met het honoreren van specialisten, dan misschien wel. Uit het oogpunt van efficiënt werken ben ik van mening dat daar ook naar moet worden gekeken. Wij hebben overigens al eens met de minister gesproken over de vraag of wij daarmee moeten doorgaan, of wij de specialisten zelf aan de kassa moeten laten zitten, of dat ze daar weg moeten. Ik ben het met de heer Van Boxtel eens dat daar eens kritisch naar moet worden gekeken.

Ik kom tot een conclusie. Er is wel degelijk ruimte voor een extra centrum voor hartchirurgie. Ik heb daarbij de wind in de rug. Toen ik daar vanmiddag over nadacht, schoot mij een oud Chinees spreekwoord te binnen. Dat spreekwoord luidt: Een wijs man plast nooit tegen de wind in! Ik dacht

Leerkes

vanmiddag dat ik op dit moment als enige zou pleiten voor een extra hartchirurgisch centrum, maar ik heb de wind in de rug, want de heer Lansink heeft mij vanavond in de rug geblazen. Hetzelfde geldt voor mevrouw Kamp. De heer Van Boxtel heeft gezegd dat, als er een nieuw centrum moet komen, voor Twente moet worden gekozen. Dan zit Twente dus goed. Het hangt nu alleen nog van de minister af. Is de minister van mening dat er moet worden doorgeslagen met het vervoeren van patiënten over zo'n grote afstand? In het oosten is er nu sprake van een witte vlek. Moet die vlek er blijven? Ik kan mij overigens voorstellen dat men ook in Den Haag zo'n ziekenhuis wil. Elk ziekenhuis wil zich opkrikken. Daar word je meer ziekenhuis van, maar daar gaat het niet om.

In het oosten van het land is er al zo vaak iets voor de helseurens weggehaald. Ik hoorde gisteren een collega zeggen dat er iets achter de helseurens moet worden weggehaald, maar zover gaan wij niet. Wij halen iets voor de helseurens weg. Wij hebben het destijds niet voor elkaar gekregen om een universiteitsziekenhuis naar Twente te halen. Dat ging naar Maastricht. Dat was een extraatje, misschien vanwege de mijnsluiting toen. Er moest toen iets naar Maastricht toe. Er zijn meer zaken geweest waarbij Twente achteropliep. Ik heb de minister nu gevraagd om hier extra aandacht aan te besteden. De minister is onlangs in Twente op bezoek geweest. Zij is daar toen heel hartelijk ontvangen. De bevolking daar draagt de minister op handen. Dat weet zij. Bij die gelegenheid kon de minister natuurlijk geen toezegging doen. Zij heeft misschien wel het woordje "als" gebruikt, in de zin van: moet er wel uitbreiding komen? Na vanavond weten wij, als er uitbreiding komt, waar die moet komen. Het komt er nu alleen nog op aan dat de minister "ja" zegt. De wachttijden worden te lang. De vergrijzing neemt toe. Er komen misschien meer chirurgische mogelijkheden. Ik wijs op de verkleining van een vergroot hart. Daar gaan wij ook naartoe. De eerste operaties zijn al in Berlijn en België uitgevoerd. Dat komt hier ook naartoe, dus die uitbreiding komt eraan. Mijn vraag aan de minister is wanneer zij een besluit neemt over een extra centrum voor hartchirurgie.

□

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Mijnheer de voorzitter! Wij bespreken vandaag het wetsvoorstel inzake bijzondere medische verrichtingen, maar welke medische verrichtingen dat bijzondere karakter dragen, is in de wetstekst zelf niet met zoveel woorden terug te vinden.

Het wetsvoorstel schept het kader waarbinnen de mogelijkheid wordt gecreëerd medische verrichtingen te concentreren of zelfs geheel op voorhand te verbieden, dan wel juist te stimuleren waardoor zij als bijzonder worden aangemerkt. Wij kunnen ons nu al wel enige voorstelling maken van verrichtingen die voor concentratie en stimulering – of beide – in aanmerking komen, zoals topklinische zorg en ontwikkelingsgeneeskunde, te realiseren door middel van een vergunningstelsel of aan voorwaarden gebonden subsidiëring. Hoe anders ligt dit bij de verrichtingen ten aanzien waarvan het voorstel zelfs zover strekt dat deze op voorhand geheel kunnen worden verboden. Daarvan zegt de minister dat zij thans niet over concrete voorbeelden beschikt. In de Kamer leven hierover wel gedachten. Ik sluit mij aan bij alle sprekers die de minister oproepen om zich in internationaal verband sterk te maken om het klonen te verbieden. Alles bij elkaar genomen, kan ik zeggen dat het met recht een bijzonder voorstel is dat wij nu behandelen.

Het wetsvoorstel – en met name de artikelen 2 en 5 – dient onder andere ter vervanging van artikel 18 WZV en de inmiddels verlopen tijdelijke wet die zich ook uitstrekte tot instellingen buiten de ziekenhuisvoorzieningen. Het vergunningstelsel, waardoor topklinische zorg wordt veiliggesteld, wordt gehandhaafd. Het voorstel betreft alle handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg – verrichtingen à la de Wet BIG – en strekt zich ook uit tot die verrichtingen die niet tot de in de Wet BIG genoemde voorbehouden handelingen behoren. Het voorstel geldt dus ook voor degenen die deze verrichtingen plegen. Betekent dit nu dat hierdoor, behalve via het instrument van de Wet BIG, adequater kan worden opgetreden, bijvoorbeeld in die zin dat een dergelijke niet voorbehouden verrichting onder de

vigeur van artikel 2 kan worden verboden? In de artikelsgewijze toelichting in de memorie van toelichting staat ten aanzien van artikel 2 immers dat vormen van diagnostiek en therapie vergunningplichtig zijn die niet met voldoende kwaliteitsgaranties zouden zijn omgeven, mede ook met het oog op de maatschappelijke en ethische aspecten verbonden aan de toepassing daarvan.

Met andere woorden: kan met het toevoegen aan bestaande wetgeving van dit voorstel, waarbij de verrichtingen centraal staan, strikt genomen méér bescherming worden geboden dan met de optelsom van artikel 18 WZV en de inmiddels verlopen tijdelijke wet, de BIG en de kwaliteitswet? Ik krijg de indruk van wel. Tijdens de schriftelijke behandeling heeft de minister die indruk ook gewekt. Ik zie graag dat zij een en ander op een rijtje zet.

De tijdelijke wet is inmiddels verlopen. Hoe wordt het "gat" dat is ontstaan voor verrichtingen buiten ziekenhuisvoorzieningen in de periode voor de inwerkingtreding van dit voorstel opgevangen? Bestaande vergunningen zullen bij het tijdelijk ontbreken van een wettelijke basis wellicht niet kunnen worden verlengd. Bieden vrijwillige moratoria voldoende garanties en hoe moeten wij de waarborgen zien bij nieuwe ontwikkelingen?

Met het voorstel om medische verrichtingen geheel te kunnen verbieden, kan mijn fractie op zichzelf wel instemmen. Er kunnen zich nieuwe medische technologische ontwikkelingen voordoen waarvan de toepassing ongewenst is gezien de maatschappelijke, ethische of juridische aspecten. Wat technisch mogelijk is, hoeft immers niet altijd gewenst te zijn. De ethische aspecten en maatschappelijke consequenties daarvan komen regelmatig in dit huis aan de orde, zoals nog onlangs bij de discussie over prenatale diagnostiek of zoals gisteren nog bij onderwerpen als moderne voortplantingstechnieken. En die discussie zal niet stoppen, noch in de samenleving noch in de politiek en dat is een goede zaak. De politiek mag bij die ontwikkelingen niet lijdelijk toezien en moet haar verantwoordelijkheid nemen, terwijl de samenleving zich bewust moet zijn van de kansen en ook de risico's die aan de voortschrijdende technologische ontwikkelingen zijn

Swildens-Rozendaal

verbonden voor individuele mensen en voor de samenleving als zodanig. Ook voor dat publieke debat – en voor het stimuleren daarvan – draagt de politiek een stuk verantwoordelijkheid. Deelt de minister deze opvatting en hoe vult zij die stimulerende rol concreet in?

Voorzitter! De criteria voor direct verbieden van de gewraakte medische verrichtingen zijn per definitie vaag: maatschappelijke, ethische of juridische aspecten kunnen daartoe nopen. Veelal zullen die verschillende aspecten ook hand in hand gaan. Aan strijdigheid met Grondwet of internationaal recht zit immers altijd een ethisch aspect, als wij bedenken dat het recht in de westerse wereld en onze samenleving een afspiegeling is van joods-christelijke waarden en normen en van de humanistische invloeden daarop. Maar ook waar bij het in acht nemen van grondrechten als het recht van lichamelijke integriteit, persoonlijke levenssfeer, privacy, zelfbeschikking onder de voorwaarde van relevantie, proportionaliteit en subsidiariteit, juridisch gezien geen bezwaren bestaan, kan men toch vanuit levensbeschouwelijke achtergrond verschillend tegen de wenselijkheid aankijken en kan er sprake zijn van maatschappelijk ongewenste effecten die dan extra aandacht vragen. Ik denk aan de discussie die wij hebben gevoerd over de prenatale diagnostiek, waarbij wij met elkaar hebben gesteld dat stigmatisering voorkomen moet worden en daarmee dus extra aandacht gegeven moet worden aan mensen met een aangeboren handicap. Het is en blijft altijd een constante belangenafweging, waarbij wij alle aspecten in het oog moeten houden. En dan kan het geboden zijn de toepassing van bepaalde technieken te verbieden. Het kan dan belangrijk zijn snel op te treden.

De minister stelt in het voorstel voor om dit zelf bij AMvB te regelen, gevolgd door een spoedige bekrachtiging bij formele wet. Mijn fractie is daar niet van gecharmeerd. Al hebben we alle vertrouwen in deze minister, de materie is te belangrijk om het initiatief daartoe geheel en al bij de minister alleen te laten. Het gaat immers om het op rigoureuze wijze beperken van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Hiermee dient terughoudend te worden omgesprongen. En ook al

wordt voorgesteld dat spoedig met formele wetgeving moet worden gekomen, dat "spoedig" zou in de praktijk wel eens een rekbaar begrip kunnen blijken te zijn. Zou de Kamer de visie van de minister niet delen, dan blijft inmiddels de AMvB, dus het verbod, onverkort van kracht. Inspraak van de Kamer is in dit soort belangrijke zaken vanaf het eerste moment geboden. Direct regelen bij formele wet zou de meest koninklijke weg zijn. Ik deel de opvatting van de collega's Kamp en Van Boxtel hierover. Het argument van de minister, dat de Kamer in alle rust en niet opgejaagd, als het gaat om het behandelen van de formele wet, tot een afweging moet kunnen komen, spreekt ons natuurlijk ook aan; een materie als deze vraagt terecht om een bezonnen oordeel.

Ik leg de minister maar ook de collega's daarom de volgende procedure voor: direct verbieden bij AMvB met zware voorhangprocedure uiteraard. De Kamer wordt hier direct bij betrokken, maar er kan zeer snel worden opgetreden en zo kan er vooralsnog een halt worden toegeroepen. Vervolgens de tijd die nodig is voor het tot stand brengen van formele wetgeving optimaal benutten voor een debat met de samenleving, zodat bij de definitieve besluitvorming vastgesteld kan worden of de medische verrichting definitief geheel verboden dient te worden, dan wel onder voorwaarden – artikel 4 – als het ontwikkelings-geneeskundig project eerst op zijn merites en risico's verder getoetst moet worden, dan wel een verbod in het geheel niet geïndiceerd is. Op die manier worden absoluut verbod en moratorium als het ware in elkaar geschoven. Zij zijn ook niet strikt te scheiden, omdat na verloop van het moratorium, zoals de minister voorstelt, altijd bepaald kan worden dat een definitief verbod wel wenselijk is. Omgekeerd zegt de minister – dat is ook opgenomen in de wetstekst – dat de AMvB kan worden ingetrokken als de Staten-Generaal besluiten om het wetsvoorstel niet aan te nemen. Men kan mij tegenwerpen dat de AMvB in het voorstel van de minister, waarmee wordt beoogd om een moratorium in te stellen, op basis van het wetsvoorstel niet door een formele wet gevolgd hoeft te worden. Maar ook bij die AMvB geldt de zware voorhangprocedure. Bij de behandeling in het kader van de voorhang-

procedure van de concept-AMvB kan door de Kamer, samen met de minister, de duur van het moratorium worden bepaald. Ik vind bijvoorbeeld de termijn van twee jaar veel te stringent. Tegelijkertijd kan ook de noodzaak van wetgeving worden vastgesteld, zelfs als er nog afgetast moet worden of men uiteindelijk tot een verbod overgaat. Vandaar dat ik op dat punt een amendement heb ingediend. Ik wacht de reactie van de minister af.

Ik blijf bij mijn opmerking dat de koninklijke weg een andere weg is. Bij directe wetgeving in formele zin mis je de mogelijkheid om in het traject van behandeling iets soepeler te zijn ten aanzien van de consequenties en om aandacht aan de geluiden uit de samenleving te besteden. Bij een opgetuigde AMvB kun je ongewenste ontwikkelingen al veel eerder een halt toeroepen en kan de maatschappelijke discussie toch gevoerd worden.

Er komt nog een aspect bij. In artikel 4 wordt, in het kader van de ontwikkelingsgeneeskunde, terugverwezen naar artikel 3. Ik zeg daarbij onmiddellijk dat dit artikel 3, lid 3, moet zijn. Dat kan alleen als er ruimte is gecreëerd en er bij AMvB of in de formele wet geen absoluut verbod is gesteld. Wij krijgen nog de gelegenheid om daarover met elkaar en met de minister van gedachten te wisselen. Dit is op dit moment mijn voorstel.

De heer **Lansink** (CDA): Ik stel het op prijs dat u uitvoerig op dit punt bent ingegaan. U had enige sympathie voor de benadering die is neergelegd in het amendement van mevrouw Kamp en de heer Van Boxtel. U hebt toch voor een andere route gekozen, die mij wat meer aanspreekt. Als uw voorstel door de minister of de Kamer niet wordt gevolgd, wat is dan uw opstelling ten aanzien van het andere amendement?

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Ik kan mij deze vraag voorstellen, want zij is van belang voor het verdere debat. Het nemen van een optimale verantwoordelijkheid, en dus inspraak, door het parlement wordt als het ware expliciet gemaakt door direct bij formele wetgeving zaken te regelen. Ik vind dat principe buitengewoon belangrijk. Dat is neergelegd in het amendement van mevrouw Kamp en

Swildens-Rozendaal

de heer Van Boxtel. Men heeft kunnen zien dat ik daaronder nog geen handtekening heb gezet. Dat kan ook niet als je zelf met een ander voorstel komt. Ik wil de discussie iets breder kunnen voeren dan alleen het principiële verhaal van formele wetgeving dan wel het voorstel van de minister. Ik wil over meerdere mogelijkheden kunnen discussiëren. Ik wil graag een reactie daarop hebben van de minister.

Voorzitter! Ik vind het op zichzelf prettig te horen dat mijn voorstel de heer Lansink aanspreekt, maar ik heb het ook neergelegd om de discussie daarover verder met elkaar te voeren. En dan hangt het ervan af met wat voor argumenten de minister komt, en het hangt ervan af hoe de diverse woordvoerders, niet alleen degenen die het amendement hebben ingediend, op de reactie van de minister reageren, of zij overtuigd zijn door het ene of door het andere. Als het over zo'n belangrijke kwestie gaat, vind ik dit de enige fatsoenlijke manier om een debat in te gaan, om voor elkaars argumenten open te staan. Ik kan dus nu nog niet zeggen wat er gebeurt wanneer de Kamer dit afwijst. Overigens zal het zo'n vaart niet lopen, omdat het andere veel verder gaat. Dat zal eerst in stemming komen.

De heer **Lansink** (CDA): Ik begrijp deze uitvoerige en belangrijke reactie. Ik heb deze vraag gesteld, omdat het voor de minister ook van belang is om te weten of er een behoorlijk draagvlak is voor dit wetsvoorstel. Als artikel 3 eruit verdwijnt, moet ik wel zeggen dat het knap lastig wordt om "ja" tegen het wetsvoorstel te zeggen, want dat is een heel wezenlijk element in het geheel. Daarom maak ik die opmerking.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Dat begrijp ik wel, maar ik stel mij open voor argumenten van anderen, en ik neem aan dat de minister dat ook doet. Het gaat er niet om dat wij op voorhand koppen tellen en dan zeggen dat het wel eens verkeerd kan aflopen, want één grote partij haakt af. Het is wel een oppositiepartij, maar zij is toch belangrijk in zo'n debat. Als het goed is, speelt dat niet mee bij de gedachtevorming en het debat dat wij met elkaar zullen voeren. Mijn intentie is om te kijken hoe je dit het allerbeste regelt. Datgene wat je met

elkaar geregeld wilt hebben, moet optimaal in regelgeving worden vastgelegd, zodat je er in de praktijk mee om kunt gaan.

De heer **Lansink** (CDA): Die opvatting deel ik natuurlijk, maar het gaat erom dat er een brief ligt van de KNMG, die feitelijk vraagt om artikel 3 weg te nemen. De vraag is dan aan de orde hoever de overheid gaat bij de bescherming van zwakken en noem maar op. De vraag is op voorhand gerechtvaardigd of artikel 3, al dan niet gewijzigd, een essentieel onderdeel vormt van dit wetsvoorstel, of niet. De KNMG wil het eruit halen, omdat zij het een aantasting van de eigen bevoegdheden vindt.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): De KNMG is altijd een fatsoenlijke gesprekspartner, maar het interesseert mij in dit verband absoluut niet dat de KNMG een bepaald voorstel doet, al is dat misschien onbeleefd. Wij hebben onze eigen verantwoordelijkheid, maar wij laten ons natuurlijk van alle kanten gevraagd en ongevraagd adviseren. Dat is een goede zaak. Wij houden niet meer rekening met de opvatting van één organisatie dan met andere goede argumenten. Wij hebben nu de argumenten gehoord van een aantal woordvoerders, maar ik wil ook graag de argumenten van de minister horen. De minister is ook niet doof voor argumenten van een belangrijke organisatie zoals de KNMG.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! Ik sluit mij aan bij de waardevolle woorden voor de opstelling van mevrouw Swildens. De verschillende varianten worden bijna depolitiserend op tafel gelegd. Op die grond moet ik ook bezwaar maken tegen de toon van de heer Lansink, alsof anderen zich alleen maar voor de kar van de KNMG laten spannen. Na hun eigen afweging hebben zij dit, mede op grond van die opstelling, in discussie gebracht. Wij hebben dat ook ingebracht als overweging. Het gaat mij te ver om daar in een tussenzin aan toe te voegen dat anderen de zwakkeren in de samenleving meer in ogenschouw zouden nemen. In de andere variant, waarin artikel 3 wordt verwijderd, kan dat evengoed worden gerealiseerd.

In deze wet wordt die mogelijkheid op drie gronden geschapen: maatschappelijk, ethisch en juridisch. De maatschappelijke afweging gebeurt altijd in dit huis. Aan de ethisch-juridische kant ervan liggen persoonlijke opvattingen ten grondslag. Ik sluit mij graag aan bij de benadering van mevrouw Swildens om te zeggen: laten wij een goede, open discussie voeren, zonder al te normatieve kwalificaties over de inzet van de een of andere organisatie.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Ik heb geen enkele kwalificatie willen geven, zeker niet over de inbreng van anderen. Voor mij hoeft het niet gedepolitiseerd te worden, want wij zijn een politiek bedrijf, in de zin van staatkunde en wat dies meer zij. Dat staat voorop. Ik heb slechts willen wijzen op het feit dat het hier gaat om de vraag of je voorrang geeft aan zelfregulering door instellingen of dat je zegt dat er ook een taak voor de overheid is. Dat punt is natuurlijk aan de orde. Ik heb niet naar uw inbreng verwezen, maar u hebt in een amendement vastgelegd dat artikel 3 eruit moet. Het gaat mij om de vraag of artikel 3 een wezenlijk element van het wetsvoorstel is. Ik beantwoord die vraag op voorhand bevestigend. Het kan zijn dat de minister daar anders over oordeelt; dat weet ik niet, maar zij heeft niet voor niets het wetsvoorstel ingediend. Ik heb alle waardering voor alle pogingen om het wetsvoorstel via amendering anders of beter te maken, maar hier gaat het om de vraag of er op dit punt een taak voor de overheid is. Ik heb goed geluisterd en ik heb bij vrijwel iedereen vastgesteld dat die vraag bevestigend wordt beantwoord. Dan is artikel 3 essentieel.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Deze vraag had u mij nog niet in die bewoordingen gesteld. Dat vind ik niet erg, want u stelt die vraag nu. Is er een taak voor de overheid? Ja zeker, een zeer belangrijke taak. Vandaar dat wij niet aan horizonbepalingen denken, want die taak zal misschien wel voor de eeuwigheid voor de overheid zijn weggelegd. Daarover geen enkel misverstand. Vervolgens is het de vraag of die taak van de overheid in feite alleen veilig kan worden gesteld door artikel 3, zoals het er nu staat, te handhaven. Dan zeg ik: nee, want

Swildens-Rozendaal

anders had ik het amendement niet ingediend. Kun je de taak van de overheid realiseren met inachtneming van het amendement van de collega's Kamp en Van Boxtel? Ja zeker, alleen staat dan in dit wetsvoorstel niet dat er wanneer de eerste signalen van ongewenste ontwikkelingen zich voordoen, zo spoedig mogelijk een wet moet worden opgesteld. Je zou zelfs – maar dat is aan de collega's – kunnen bezien of je in artikel 3 niet gewoon het eerste lid kunt schrappen en je zou zelfs de bepaling kunnen opnemen dat bij ongewenste ontwikkelingen, aan de hand van de nu genoemde criteria, de wetgever per omgaande overgaat tot het indienen en behandelen van een formele wet. Het is namelijk in feite een kaderwet waarin niets wordt geregeld, maar waarin alleen wordt aangegeven wat, wanneer en hoe je iets moet regelen. Dat zijn echter allemaal modaliteiten. Met name tegen de heer Lansink zeg ik dat dit voor mij alleen modaliteiten zijn om te bewerkstelligen wat wij met elkaar willen, namelijk dat de overheid adequaat kan inspringen op bepaalde ongewenste ontwikkelingen en dat de overheid ook de mogelijkheid creëert om dan bijvoorbeeld te bezien of er aanleiding is om zoiets als een moratorium in te stellen of om de tijd van een wetsbehandeling te gebruiken voor een brede maatschappelijke discussie. Het is niet meer en niet minder. Het is goed dat de heer Lansink die vragen heeft gesteld, want dat bood mij de gelegenheid om dit nog eens nadrukkelijk te verklaren. Ik vind het heel belangrijk dat daarover absoluut geen misverstand bestaat.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Mevrouw Swildens zegt dat zij los staat van wat de KNMG in dezen adviseert. Hoe denkt zij dan over het advies van de Raad van State over artikel 3?

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Het was eigenlijk meer een reactie op het vlammende pleidooi van de heer Lansink. Ik vind dat je je oren niet naar één organisatie moet laten hangen. Je kunt van die organisatie heel goede argumenten horen, maar dat kun je ook uit de inbreng van andere organisaties, andere deskundigen en andere mensen die je spreekt. Ik ben begonnen met de stelling dat de KNMG in dit dossier en in andere

dossiers een zeer gewaardeerde gesprekspartner is, maar dat wij niet blindelings achter de KNMG aanlopen. Voordat mevrouw Kamp vraagt of ik dat wel van haar denk, zeg ik: nee, want ook zij zal dat advies op waarde hebben getaxeerd; zij zal daar haar eigen conclusies aan hebben verbonden en zij zal haar eigen afweging hebben gemaakt.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Dat is geen antwoord op mijn vraag. Hoe denkt u over het negatieve advies van de Raad van State over artikel 3? Laat u zich daar iets aan gelegen liggen?

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Ja. Ook het advies van de Raad van State nemen wij zeer serieus. Ik ben eigenlijk helemaal niet van plan – ik denk ook niet dat u daar behoefte aan hebt – om nu uit de doeken te doen op welke manier en in welke mate het advies van de Raad van State, het advies van de KNMG en van anderen in het wegingsproces een rol hebben gespeeld. Dat gebeurt in de boezem van de woordvoerders en de fracties. Iedereen heeft daar zijn eigen vorm van debat over, maar dat is niet essentieel. U kunt ervan op aan dat zowel het advies van de Raad van State als het advies van de KNMG voor ons een zeer belangrijke rol heeft gespeeld, maar wij hebben tegelijkertijd ook te maken met de argumenten die de minister in de schriftelijke behandeling heeft gegeven: op een bezonnen manier de tijd nemen om een heel belangrijke materie in het wetgevingsproces met elkaar te beoordelen, maar wel de mogelijkheid hebben om, daaraan voorafgaand, ongewenste ontwikkelingen for the time being even dicht te schroeven met optimale inspraak – vandaar de voorhang – van het parlement. Ik neem natuurlijk de argumenten van de minister serieus. Uit praktische overwegingen heb ik het amendement ingediend. Principieel heeft de koninklijke formele wetgevingsweg de voorkeur.

Voorzitter! De tekst van de artikelen 4 en 8 dient wel aan te sluiten op de nulloptie enerzijds en het moratorium anderzijds. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat ontwikkelingsgeneeskunde zich uitstrekt over handelingen waarvoor een algeheel verbod, een nulloptie geldt. Het voorgestelde artikel 4 had beter kunnen spreken over artikel 3, lid 3, idem bij artikel 8. Anders

begrijp ik die verwijzing niet en is sprake van een discrepantie.

Dat aan ontwikkelingsgeneeskunde de nodige haken en ogen zitten was mijn fractie ook vóór vandaag al niet geheel en al ontgaan. Het wetsvoorstel geeft aanleiding voor nieuwe vragen en opmerkingen.

Volgens artikel 7 stellen de ministers van OCW en VWS eenmaal in de vier jaar een overzicht vast van de grote lijnen van beleid ten aanzien van ontwikkelingsgeneeskunde. Jaarlijks wordt tijdig bekendgemaakt welk bedrag beschikbaar is voor subsidieverstrekking, deels ten laste van het Rijk, deels ten laste van het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten. De Ziekenfondsraad verdeelt het geld over de diverse projecten. Daarbij kunnen kanttekeningen worden geplaatst. Maar een project wordt alleen gesubsidieerd als het door een academisch ziekenhuis wordt uitgevoerd of door een andere instelling die een samenwerkingsovereenkomst heeft met een academisch ziekenhuis en dan alleen (artikel 4) als deze ook nog door de minister is aangewezen. Elders is een en ander althans met subsidie verboden. De vraag is nu hoe die grote lijnen nu eens in de vier jaar worden vastgesteld. Hoe kan gegarandeerd worden dat de top-downbenadering waarover in de aangenomen motie-Oudkerk wordt gesproken dan volop tot haar recht komt? Mijn fractie voelt niet veel voor de beperkingen die in artikel 7 worden gesteld en meent dat ontwikkelingsgeneeskunde ook in algemene ziekenhuizen moet kunnen plaatsvinden die geen samenwerkingsovereenkomst met een academisch ziekenhuis hebben, mits natuurlijk wordt voldaan aan een aantal voorwaarden van deskundigheid, kwaliteit, ervaring met patiëntgebonden doelmatigheidsonderzoek, etc.

Ook is de relatie met artikel 8 niet echt helder. De bedoeling is bepaalde activiteiten te stimuleren en wel geconcentreerd. Ten aanzien van activiteiten die zich niet lenen voor een verbod met vergunningstelsel – dat is een te zwaar instrument – kunnen financiële prikkels leiden tot concentratie, waardoor deskundigheid kan worden vergroot. Als voorbeeld worden genoemd instellingen die zich bezighouden met aids, pijnbestrijding. De minister stelt een beleidsvisie op ten aanzien

Swildens-Rozendaal

van de bijzondere aspecten van die medische verrichtingen. Instellingen kunnen daarop intekenen. De minister wijst instellingen aan die vervolgens voor subsidie in aanmerking komen. Dat laatste staat niet met zoveel woorden in de wet, maar volgt uit de toelichting. Die subsidie (althans de vergoeding van kosten) vindt niet plaats op voet van artikel 7 uit het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten. Toch zouden de verrichtingen zelf wel elementen van ontwikkelingsgeneeskunde in zich kunnen dragen. Hoe is de relatie tussen artikel 8 en artikel 7 in dat verband nu precies? In hoeverre zal de Ziekenfondsraad bij de verdeling van de middelen ten behoeve van ontwikkelingsgeneeskunde toch – stiekem – rekening houden met het feit dat er nog sprake is van een andere subsidiestroom? Misschien een boze gedachte, maar toch... Kan de minister daar helderheid over verschaffen? Belangrijker is de vraag uit welke middelen die vergoedingen ex artikel 8 worden betaald, op welke titel dat gebeurt. Dit staat niet in de tekst van artikel 8. Welke garanties worden er geboden voor continuïteit? Van belang is dat de effectiviteit van de beoogde concentratie geen gevaar loopt. Uit het fonds ten behoeve van het wegwerken van de wachtlijsten zal het wat ons betreft niet moeten komen; dan wordt de spoeling van het wachtlijstenpotje wel erg dun.

Het stimuleringsinstrument kan ook benut worden voor een soepele overgang bij uitreden van verrichtingen uit het vergunningenregime naar het reguliere stelsel, zoals wordt voorgesteld voor dialysecentra. Dat betekent dus een overgangsregime, maar hoe zit het dan met de brandwondencentra waarvoor toch structurele subsidie en concentratie op hun plaats zijn? Ik verzoek de minister om op al deze zaken in te gaan.

Om de vinger aan de pols te houden, vindt nu evaluatie van artikel 18 WZV en, in de toekomst, ook van de artikelen 2 en 5 van het onderhavige wetsvoorstel plaats door de Gezondheidsraad en de Ziekenfondsraad. Omdat dit al goed gebruik is en zo moet doorgaan, behoeven evaluatiebepalingen volgens de minister niet in de wet te worden opgenomen. Bovendien zal bij de evaluatie van de bijzondere verrichtingen voor de Ziekenfondsraad (bij ontwikkelingsgeneeskunde)

en Zorgonderzoek Nederland (bij het stimuleringsbeleid) een taak zijn weggelegd. Maar, voorzitter, de wet betoogt méér te regelen. Ik verwijs naar artikel 3, tenzij men dit artikel schrapt. Een periodieke evaluatie acht mijn fractie dan ook gewenst. Vandaar dat ik het amendement van mevrouw Kamp heb medeondertekend.

Na alle opmerkingen die al zijn gemaakt over het Planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart, wil ik over dit onderwerp kort zijn. Ons bereiken berichten dat, anders dan de aanname van VWS ten aanzien van de jaarlijkse groei van hartchirurgische ingrepen met 2%, alleen al in de jaren 1990-1995 het aantal openhartoperaties en PTCA's is gestegen met 6% per jaar, terwijl de doorzettende vergrijzing niet direct aanleiding geeft om te denken dat de cijfers zich in neergaande lijn zullen ontwikkelen. Bezien we de spreidingskaart van de hartcentra, dan blijkt dat deze in het oostelijk deel van Nederland wel erg dun zijn gezaaid, terwijl uit recente CBS-cijfers blijkt dat Twente om welke reden dan ook een van de gebieden is met de hoogste sterfte aan harten vaatziekten. Mijn fractie stelt voor om, mede gezien de fysieke bereikbaarheid – zo beeldend als de heer Leerkes heeft gedaan, kan ik het niet verwoorden – de totale capaciteitsverdeling nog eens onder de loep te nemen, een hartcentrum in Twente te realiseren en voor andere capaciteitsproblemen, waaronder Den Haag Leijenburg, een adequate oplossing te bieden. Ik zeg er wat streng maar naar ik hoop toch ook vriendelijk bij: en wel op korte termijn.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Ik zal proberen op de agenda van een van de eerstvolgende weken een goed moment te vinden voor het antwoord van de minister en aansluitend de tweede termijn.

Sluiting 22.18 uur

□

Lijst van ingekomen stukken, met de door de voorzitter terzake gedane voorstellen:

1. twee koninklijke boodschappen, ten geleide van de volgende voorstellen van (rijks)wet:

Wijziging van de Schepenvet in verband met de totstandkoming van de Wet havenstaatcontrole (25255, R1586);

Wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis dan wel door of vanwege een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten (25258).

Deze koninklijke boodschappen, met de erbij behorende stukken, zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. de volgende brieven:

een, van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, ten geleide van het verslag van de Algemene Raad d.d. 24/25 februari 1997 en het verslag van de Ministeriële IGC-vergadering van die datum (21501-02, 24609, nr. 191);

een, van de staatssecretaris van Economische Zaken, over de stand van zaken bij het octrooibeleid in samenhang met technologie- en industriebeleid (23732, nr. 2).

Deze brieven zijn al gedrukt en rondgedeeld;

3. de volgende brieven:

een, van de minister van Binnenlandse Zaken, over het onderzoek "Onder schot";

een, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, ten geleide van het concept-verslag over het onderwijsoverleg primair en voorgezet onderwijs van 24 februari jl. inzake de beleidsnotitie aanpassing scholenbestand;

een, van de minister van Financiën, over de voorgenomen totstandkoming van een contactgroep tegoeden WO II;

een, van de minister van Economische Zaken, inzake wijziging Elektriciteitsplan 1997-2006;

een, van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, over de Wet op de (re)integratie;