

Verkerk

landse woorden en van Engelse invloeden. Het woord "durfkapitaal" wordt niet gebruikt, maar wel "venture capital". Er wordt wel gesproken over e-mail, maar niet over elektronische post. Ik wijs op Philips met zijn Engelse slagzin: "Let's make things better". Het is een soort steenkolenengels. Beter lijkt mij: let's improve.

Extern is natuurlijk vooral de ontwikkeling in Europa van belang. Wordt het gebruik van het Nederland wel of niet actief of passief bedreigd? In ieder geval kan dit grondwetsartikel ervoor zorgen dat er een extra hindernis komt voor de Nederlandse regering en haar ambtenaren om in te stemmen met afschaffing van het Nederlands als een van de officiële talen van de Europese Unie.

Het moet mij van het hart, voorzitter, dat ik het voorstel van de heren Koekkoek en Van Middelkoop graag zou ondersteunen. Het komt mij voor dat het beleid van paars wat ambivalent is. Aan de ene kant vindt men wel – ik denk aan de woordvoerder van D66 – dat het Nederlands hoofdtal is, aan de andere kant wordt er dan meteen gevraagd of dan het Fries ook niet in de Grondwet moet worden gezet. En wat denk je van het Limburgs, het Saksisch, etc.? Alleen het Amsterdams heb ik vanavond hier niet gehoord.

Voorzitter! De wetgever en de Nederlanders moeten weten waar zij aan toe zijn. De wetgever kan nu eindelijk een taalbeleid afdwingen. Bestuurders, ambtenaren, burgers en Nederlanders op Europese posten weten met dit grondwetsartikel precies waar zij aan toe zijn. Deze zorgplicht van de overheid betekent voor de fractie van het AOV in ieder geval een zorg minder.

□

De heer **Hendriks**: Voorzitter! Uit het verslag van het debat van 14 september 1994 over het gebruik van de Nederlandse taal in het bestuurlijk verkeer, Kamerstuk 23543, blijkt bij de Tweede Kamer sterk de wens te leven om de ongeschreven regel voor het gebruik van de Nederlandse taal wettelijk te verankeren. Ik heb daar destijds ook voor gepleit. Ik vind het nu plenair te bespreken voorstel van de wet tot opnemng van de bepaling over de Nederlandse taal in de Grondwet, Kamerstuk 24431, een logisch gevolg hierop en

ik ben verheugd over het initiatief van onze geachte leden de heren Koekkoek en Van Middelkoop.

In de memorie van toelichting die behoort bij hun wetsvoorstel van 3 oktober 1995, zeggen de initiatiefnemers terecht dat het bevorderen van het gebruik van de Nederlandse taal primair een zorg van de overheid is. Ik zeg met nadruk: het gebruik van onze taal. Zoals bekend, wordt het bewaken van de kwaliteit hiervan gedaan in het kader van onze Taalunie met Vlaanderen.

Als een van de ouderen-vertegenwoordigers in deze Kamer bied ik de leden Koekkoek en Van Middelkoop mijn gelukwensen aan voor een goede initiatiefwet tot opnemng van een bepaling over de Nederlandse taal in de Grondwet en ik hoop dat minister Dijkstal hun wetsvoorstel bij de regering goed zal verdedigen. Dit wetsvoorstel vind ik namelijk van groot belang voor het behoud van een goede communicatie in woord en geschrift tussen ieder lid van ons Koninkrijk. De Nederlandse taal is een kostbaar goed dat voor alle Nederlanders als oorspronkelijk gebruiksmiddeum wettelijk moet worden beschermd. Daarvoor hebben onze medeleden Koekkoek en Van Middelkoop collegiaal een ontwerp gemaakt door voor te stellen om in de vigerende Grondwet aan artikel 22 een nieuw artikel 22a toe te voegen. De inhoud is ons bekend. Zij duiden daarbij op het bevorderen van het gebruik van de Nederlandse taal als sociaal grondrecht voor de burgers en de overheid. Ik vind dit een prima initiatief en kan het afwijzende standpunt van de VVD, verwoord door de heer Kamp, niet begrijpen. Immers, de fractievoorzitter van de VVD, de heer Bolkestein, neemt momenteel in ons land ten aanzien van nationale waarden een totaal ander standpunt in dan nu is verwoord. Houdt voor de VVD paars in: verdeel en heers?

Ik vind het voorstel van de collega's Van Middelkoop en Koekkoek een solide verankering van het gebruik van de Nederlandse taal in de Grondwet. Immers, het gebruik van de Nederlandse taal dient zoveel mogelijk binnen onze sociale samenleving, de rechtspraak en het bestuur te worden bevorderd en wettelijk te worden beschermd. Dit is des te meer van belang nu in het kader van de Europese Unie blijkt dat het Nederlands als officiële taal

onder internationale druk staat. Collega De Graaf van D66 sprak zojuist eveneens zijn zorg hierover uit.

Voorzitter! Tot slot: u ziet dat het wetsvoorstel van de collega's Koekkoek en Van Middelkoop op tijd is ingediend. Ook als lid van de algemene commissie voor Europese Zaken ben ik ze hiervoor zeer erkentelijk. Nu kunnen, zo nodig, ook onze europarlementariërs met een nationale wet in de hand in het Europees Parlement voor het gebruik en het behoud van de Nederlandse taal pleiten.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: De indieners zullen morgen antwoorden.

De vergadering wordt van 19.30 uur tot 21.00 uur geschorst.

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Regels betreffende bijzondere verrichtingen op het gebied van de gezondheidszorg (Wet op bijzondere medische verrichtingen) (24788).**

(Zie vergadering van 12 maart 1997.)

De algemene beraadslaging wordt hervat.

De **voorzitter**: Ik merk nog op dat doordat de voorgaande debatten vandaag wat zijn uitgelopen, wij nu maximaal twee uur de tijd hebben. Het lijkt mij dat dit voldoende moet zijn voor de eerste termijn van de zijde van de regering. Ik neem dan ook aan dat wij vanavond niet meer toekomen aan de tweede termijn. Die zal dan de volgende week plaatsvinden.

□

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! U begrijpt dat ik als minister van Sport vanavond met mijn gedachten ook een beetje in Amsterdam ben, maar ik zal toch proberen mij heel serieus te concentreren op het belangrijke wetsvoorstel dat hier vanavond aan de orde is.

Het wetsvoorstel Regels betreffende bijzondere verrichtingen op het

Borst-Eilers

gebied van de gezondheidszorg biedt een wettelijk instrumentarium met behulp waarvan de overheid de ontwikkelingen op het terrein van de medische technologie en de ontwikkelingsgeneeskunde kan stimuleren, afremmen, verbieden of concentreren in een beperkt aantal instellingen. Ik vind het belangrijk dat de overheid in een wettelijke vorm dit instrumentarium ter beschikking heeft. Ik ben blij dat blijkens haar inbreng in eerste termijn de Kamer die visie deelt.

De gekozen systematiek in deze wet is in lijn met de tendens binnen het openbaar bestuur, die een scherpere afbakening van verantwoordelijkheden inhoudt. Uitgangspunt hierbij is dat zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor een adequaat zorgaanbod. Als een verrichting is opgenomen in het verstrekkingenpakket, hebben de verzekeraars een zorgplicht. Naast die grotere eigen verantwoordelijkheid en vrijheid voor het veld om tot invulling van de curatieve zorg te komen, moet er echter ook een mogelijkheid blijven om waar dat nodig is, centraal regie te voeren. Ik zie een dergelijke regiefunctie voor de overheid vooral bij nieuwe ontwikkelingen in de zorg. Het accent ligt daarbij in de eerste plaats op het topsegment in onze curatieve zorg, bij die instellingen waar geneeskunde wordt uitgeoefend in gespecialiseerde vorm en vaak ook nog geneeskunde die nog in ontwikkeling is.

De investeringen of exploitatiekosten die daarvoor nodig zijn, de gewenste schaalgrootte, het gespecialiseerde karakter en de ethische aspecten die eraan verbonden kunnen zijn, vereisen naar mijn mening een landelijke regie. Maar er zijn ook andere situaties. Het kan bijvoorbeeld gewenst zijn dat een al langer bestaande complexe medische technologie om redenen van kwaliteit toch slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen moet blijven, of dat een nieuwe medische technologie niet ter beschikking moet komen zonder dat eerst een goed ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek is uitgevoerd naar de doelmatigheid van die verrichting en naar de indicaties. In het geval dat wordt verwacht dat zonder extra stimulans van de overheid bijzondere aspecten van zorg onvoldoende van de grond komen, zou een stimulerende regiefunctie nodig zijn. Ten

slotte is er de mogelijkheid opgenomen van een volledig verbod, de zogeheten nuloptie en moratorium. Ik kom daarop straks uiteraard terug.

In dit wetsvoorstel zijn genoemde elementen bij elkaar gebracht en in één regeling neergelegd. In vergelijking met het bestaande artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is het instrumentarium dus gemoderniseerd en uitgebreid. Het wetsvoorstel bevat op hoofdlijnen drie blokken, te weten:

1. het verbodssysteem, hetgeen eigenlijk neerkomt op het huidige artikel 18 aangevuld met de nuloptie-moratorium;
2. een regeling voor ontwikkelingsgeneeskunde;
3. een stimuleringsmogelijkheid voor bijzondere aspecten van verrichtingen zoals brandwondenbehandeling, pijnbestrijdingscentra en dergelijke.

Ik kom nu aan mijn reactie op de vragen en opmerkingen van de geachte afgevaardigden in eerste termijn, waarvoor ik hen hartelijk dank. Ik heb er heel geboeid naar geluisterd. Men zal merken dat ik door een aantal van hen op bepaalde punten overtuigd ben. Ik heb de Kamer inmiddels ook een derde en een vierde nota van wijziging doen toekomen.

Een heel belangrijk punt dat uitgebreid aan de orde is geweest, betreft artikel 3, de wenselijkheid daarvan en het punt van de parlementaire betrokkenheid. De eerste termijn van de zijde van de Kamer heeft mij tot de conclusie geleid dat er over de wenselijkheid van artikel 3 verschillend wordt gedacht. De meningen liepen eigenlijk uiteen van alle steun voor het regeringsvoorstel – dat beluisterde ik bij de heer Lansink, de heer Van der Vlies en mevrouw Varma – tot zo onwenselijk dat zelfs werd voorgesteld om artikel 3 te schrappen. Daarmee spreek ik over de inbreng van mevrouw Kamp en de heer Van Boxtel. Mevrouw Swildens heeft een positie gekozen die ligt tussen deze standpunten. Ik had de indruk dat ook de voorkeur van de heer Marijnissen naar een dergelijk standpunt uitging. Alle standpunten zijn verdedigd met aansprekende argumenten.

Zo zijn de meergenoemde voorbeelden van geslachtskeuze om niet-medische redenen en klonen van mensen genoemd als verrichtingen die in aanmerking kunnen komen voor een verbod, maar ook de

andere concrete verboden die zijn aangekondigd voor de wettelijke regeling inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's, zoals het tot stand brengen van mensdiercombinaties. Daarnaast werd door de Kamer ook het belang benadrukt van slagvaardigheid. Zodra ongewenste ontwikkelingen toegepast dreigen te gaan worden, moet er een mogelijkheid zijn om op zo kort mogelijke termijn in te grijpen.

Toch brachten mevrouw Kamp en de heer Van Boxtel tegen de mogelijkheid om bij AMvB een verbod in te stellen, een aantal principiële bezwaren naar voren. En dat werd gedaan met toch ook weer goede argumenten. Bij een dergelijk verbod kan een pluriforme samenleving inderdaad gebonden worden aan de opvattingen van een bewindspersoon, die natuurlijk wel altijd namens het gehele kabinet spreekt. Die samenleving kan dan gebonden worden, terwijl er in die samenleving heel verschillend kan worden gedacht over de toelaatbaarheid van de desbetreffende verrichting. Het zou er ook op neer kunnen komen dat een individueel verzoek om hulp niet ingewilligd kan worden omdat er een verbod is uitgesproken over die vorm van hulp. De heer Van Boxtel gaf aan dat hij van mening is dat er, indien zich iets voordoet wat de minister dan wil verbieden, eerst een discussie in het parlement moet plaatsvinden en dat daarna pas wordt besloten om al of niet over te gaan tot een verbod.

De heer Marijnissen voerde als pleidooi voor artikel 3 aan dat het gevaar bestaat dat de maatschappij in de greep kan komen van de toenemende macht van de norm en dat die allesbehalve vrijblijvend is. Maar hij noemde ook een bezwaar tegen artikel 3, namelijk het gevaar dat er een sfeer kan ontstaan waarin elke vooruitgang ook direct weer als bedreigend wordt ervaren en terzijde wordt geschoven.

Ik denk dat de pleidooien voor, maar ook de bezwaren tegen, allemaal steekhoudend zijn. Ik heb het allemaal nog eens goed afgewogen, maar ik blijf wel van mening dat een instrument wenselijk is om een bepaalde verrichting op heel korte termijn te kunnen verbieden. Bovendien heb ik ook, met name uit de interrupties tegen het einde van het debat, toen mevrouw Swildens aan het woord

Borst-Eilers

was, de indruk gekregen dat de woordvoerders zich ook door elkaars argumenten voor en tegen wel aangesproken voelden.

Het amendement van mevrouw Swildens kreeg naar mijn waarneming sympathie bij zowel voorstanders als tegenstanders van artikel 3. Door dat amendement geïnspireerd, heb ik in de derde nota van wijziging het idee overgenomen van een voorhangprocedure voor de AMvB, omdat op die manier de verantwoordelijkheden van regering en parlement naar mijn mening toch evenwichtig gestalte krijgen. Ik hoop daarmee een systeem te hebben gekozen waar een grote meerderheid van de Kamer zich in kan vinden.

In de opzet waarvoor ik heb gekozen, is het onderscheid tussen een nuloptie en een moratorium eigenlijk niet meer relevant. In het kort komt het neer op het volgende. Indien de minister op grond van artikel 3, eerste lid, een AMvB heeft vastgesteld met daarin een verbod, legt de minister dit voor aan de beide Kamers der Staten-Generaal. De maatregel treedt niet eerder in werking dan na vier weken. In die vier weken kan het parlement te kennen geven of het akkoord gaat met het verbod. Mocht er een ander oordeel heersen bij het parlement, dan wordt de maatregel ingetrokken. In reactie op de vraag van mevrouw Varma wie er uiteindelijk beslist over de nuloptie, kan mijn antwoord nu dan ook zijn dat het parlement dan het laatste woord heeft. Mocht het parlement akkoord gaan met een algeheel verbod, dan blijft de maatregel van kracht en treedt die, na die vier weken, via een klein koninklijk besluit in werking.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Ik heb bewondering voor het feit dat de minister erin is geslaagd om via de discussie over artikel 3 bij deze derde nota van wijziging te komen. Het laatste woord over de nuloptie komt hiermee in handen van de Kamer, die om emotionele of andere redenen een beslissing kan nemen die anders is dan die van de bewindsman. Hoe ziet zij de positie van de minister, ook tegenover diegenen die een aanvraag hebben ingediend voor bepaalde verrichtingen, als deze de ene na de andere keer bakzeil moet halen? Ik overdrijf wat, maar het zou kunnen dat de minister uit volle overtuiging zegt een AMvB te moeten nemen

vanwege de ethische kanten van die maatschappelijke ontwikkelingen, maar dat dan een Kamermeerderheid zegt dat deze verrichtingen toch moeten worden gedaan. In het wetsvoorstel is uitstekend verwoord waarom de nuloptie nodig is, maar hoe kan de minister deze dan zo overleveren aan een willekeurige meerderheid, die op een gegeven ogenblik om heel andere redenen anders denkt? Kan zo'n voorhangprocedure wel bij dit soort zaken? Nogmaals, ik heb waardering voor dit proces, maar er zijn ook negatieve kanten aan.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, u neemt nu de woorden "willekeurige meerderheid" in de mond. Als de volksvertegenwoordiging een dergelijk onderwerp krijgt en zo lichtvaardig zou handelen dat je van willekeurigheden zou kunnen spreken, zou ik heel erg teleurgesteld zijn in die Kamer. Ik denk dat de Kamer heel serieus naar dit soort onderwerpen kijkt. Als er bepaalde aspecten in het geding zijn, waarvoor er wisselende meerderheden in de verschillende Kamers zijn, het zij zo, maar het blijft toch een weerspiegeling van de opvattingen in de samenleving, als het goed is.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Ik realiseer mij dat het woord "willekeur" een beetje bedenkelijk is. Ik zeg het ronduit, want dat kan gebeuren.

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb meer respect voor de Kamer dan uit die woorden zou kunnen blijken, maar u hebt het vast niet zo bedoeld.

De heer **Lansink** (CDA): Ik heb nooit aan de andere kant gestaan of gezeten, maar ik heb zelf al gezegd dat het woord "willekeur" bedenkelijk is. Dat moet u anders zien. Ik bedoel daarmee dat de Kamer binnen vier weken emotioneel of gevoelsmatig tot een andere reactie komt. Ik noem de genderkliniek als voorbeeld. Daarbij viel het mij op dat er in de eerste ronde een grote weerstand was in de Kamer, ook bij de andere woordvoerders, maar dat er vervolgens een zekere mate van soepelheid optrad bij de Kamer. Het woord "willekeur" past niet en dat neem ik terug, maar het punt is dat de Kamer binnen vier weken tot een ander oordeel kan komen, terwijl de minister dan al een hele tijd bezig is

geweest met een vraagstuk dat aspecten heeft van ethiek, leven en dood, en noem maar op. Het gaat niet om medisch-technologische ontwikkelingen of ontwikkelings-geneeskundig onderzoek, want daar is een goede procedure voor. Het gaat hier om zaken waarbij de minister tot de overtuiging is gekomen dat zij verboden zouden moeten worden.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Het is moeilijk om tot een verstandig antwoord te komen, maar ik kan mij wel voorstellen wat de heer Lansink bedoelt. Vaak zijn er juist in ethische sfeer zaken die direct een soort afschuw oproepen en dus ook een vrij emotionele reactie. Zowel bij het klonen als bij de geslachtskeuze hebben wij gelukkig de ideale situatie bij de hand gehad dat de Gezondheidsraad dat soort dingen al enige tijd aan ziet komen en dat een groep mensen à tête reposée het onderwerp in studie neemt en met een afgewogen rapport komt. Dat is zowel voor de minister als voor de Kamer een goed middel om te zorgen dat het niet allemaal op grond van emoties wordt besloten.

Verder is het toch een kwestie van het kabinet. Het kabinet is meestal niet een gezelschap dat door emotie gedreven van alles en nog wat wil verbieden. Ook daar heb je mensen die elkaar in evenwicht houden. Als de een wat snel reageert, zegt de ander dat er ook andere argumenten zijn. Zo'n zelfde debat vindt in de Kamer plaats.

Gezien hoe het in Nederland toegaat, heb ik er toch vertrouwen in. Men kan wel eens vrijblijvend voor een televisiecamera roepen dat het een schande is en verboden moet worden, maar als men weet dat zo'n beslissing niet vrijblijvend is, als men hier staat in de positie van volksvertegenwoordiger, denk ik dat men toch echt probeert heel weloverwogen een oordeel te vormen.

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! Ik sluit mij aan bij de woorden van waardering van de heer Lansink voor de poging om ons in deze Kamer te verenigen. Wij hebben het amendement medeondertekend om het belang van het wetgevingsproces te illustreren. De fractie van D66 is van mening dat normen in de wet moeten worden vastgelegd. Deze tussenweg is goed mogelijk. Ik

Borst-Eilers

begrijp echter niet goed waarom de minister in de toelichting de ruimte heeft gehouden pas over twee jaar met een wetsvoorstel te komen. Ik vind dat weer een zeer lange periode. Ik kan mij voorstellen dat bij een voorhangprocedure binnen vier weken een debat plaatsvindt. Die vier weken bieden de mogelijkheid de eerste emotie te verwerken en je wetenschappelijk te oriënteren. Als die voorhangprocedure is aangenomen, dient snel een wet in werking te treden. Twee jaar is een zeer ruime periode. Kan dat niet wat korter?

Minister Borst-Eilers: Mijnheer de voorzitter! Het kan en moet ook korter. Die periode dient gezien te worden als een horizon van twee jaar. Als de Kamer meent dat die horizon, gezien haar slagvaardigheid op het punt van wetgeving, minder dan twee jaar kan zijn, hoor ik dat graag. Het kabinet moet natuurlijk eerst een voorstel indienen. Ik wacht graag af hoe de Kamer in tweede termijn daarop reageert. De bedoeling is de delegatiemogelijkheid te begrenzen en regering en parlement te stimuleren spoedig formele wetgeving te ontwikkelen als dat verbod een permanent karakter moet krijgen. Je hebt ook een periode nodig om een maatschappelijke discussie aan de gang te krijgen over de merites van het verbod. Ik refereer aan hetgeen mevrouw Swildens daarover gezegd heeft. Naar die maatschappelijke discussie kunnen wij dan goed luisteren. De ervaring met wetgeving in het algemeen is dat op het moment dat men besluit tot wetgeving te komen, er al gauw twee jaar verstrijkt totdat de wet een feit is. Ik herhaal dat ik eventuele suggesties van de Kamer om het anders te doen, graag afwacht.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter! Ook ik sluit mij graag aan bij de woorden van waardering voor de poging van de minister om tot een bruikbare invulling te komen van hetgeen wij hebben besproken terzake van artikel 3.

Ik wil nog even een andere kant van de zaak belichten. Als er een AMvB wordt voorgehangen bij de Kamer en de Kamer voegt zich bij het oordeel van de regering, is er niets aan de hand. Er ontstaat pas iets als de Kamer het een slagje anders ziet. De minister zegt wel dat

het laatste woord is aan de samenspraak tussen regering en Kamer, dus in feite aan de Kamer. Het eigene van een AMvB is echter juist dat het in staatsrechtelijke zin niet helemaal zo is. Is deze minister van oordeel dat het kabinet zich altijd te voegen heeft naar het oordeel van de Kamer, of blijft er ten principale een mogelijkheid dat de regering de eigen weg, zoals voorgesteld, toch vervolgt?

Minister Borst-Eilers: In mijn visie is het zo dat die maatregel niet eerder in werking treedt dan na vier weken en dat als het parlement een ander oordeel heeft, de maatregel wordt ingetrokken. Als de heer Van der Vlies zegt dat dit niet vanzelf spreekt en expliciet moet worden vastgelegd, moet dat inderdaad gebeuren. Anders is het een loze kreet om te zeggen dat het parlement echt het laatste woord heeft.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dat is nu juist het punt: moet het parlement het laatste woord hebben in een casus zoals wij voorzien? De regering kan toch de overtuiging hebben het niet te willen, er niet aan toe te zijn en daarin volharden? Bij een AMvB is het niet ongebruikelijk, hoewel het niet altijd verstandig is, een aparte weg te gaan. Er is dan een probleem tussen regering en Kamer. Dat zie ik ook wel, maar het gaat om wezenlijke dingen.

Mevrouw **Kamp** (VVD): In de toelichting schrijft de minister: als de Kamermeerderheid wat anders wil, trek ik de AMvB in. Voor mij is haar antwoord dan ook van wezenlijk belang.

Minister Borst-Eilers: Dat staat inderdaad in de toelichting op de derde nota van wijziging. Dat is dan onderdeel van de wet.

De heer **Lansink** (CDA): Dat staat inderdaad in de toelichting, maar het is zeer ongebruikelijk dat de minister zich in de toelichting op voorhand neerlegt bij een uitspraak van de Kamer over een AMvB. De heer Van der Vlies doet daar terecht op. Waarom heeft de minister deze route gekozen? De maatregel zou in werking treden na het overleggen, wanneer u volhoudt dat u de juiste weg hebt gekozen. Nu staat in de toelichting iets dat eigenlijk in de wetstekst zelf zou moeten staan,

namelijk dat het parlement het laatste woord heeft. Het kan wel op deze wijze, lijkt mij, maar staatsrechtelijk gezien is het een novum. Wij als Kamer kunnen namelijk niet de toelichting wijzigen, alleen de tekst van de wet; dat is de moeilijkheid. Als degenen die vinden dat het te ver gaat, iets zouden willen, zouden zij die tekst: ze treedt niet eerder in werking dan vier weken na die overlegging, moeten schrappen. Maar dan nog is er de toelichting. Ik begrijp dat er vanwege het debat naar een creatieve oplossing is gezocht, maar staatsrechtelijk geeft die te denken.

Minister Borst-Eilers: Ik moet in alle eerlijkheid bekennen dat het voor mij een novum is dat het een staatsrechtelijk novum is. Ik dacht dat het wel eens voorkwam, maar als dat niet zo is, zal ik nog eens even nagaan of het niet wenselijk of misschien zelfs noodzakelijk is om het ook in de wetstekst zelf op te nemen. Om nu staatsrechtelijke nova te introduceren via een toelichting, is misschien niet zo heel erg consistent.

De **voorzitter:** Misschien kunt u er in tweede termijn op terugkomen.

Minister Borst-Eilers: Dat wilde ik net zeggen, mijnheer de voorzitter. Ik zal mij hierop bezinnen en er in tweede termijn op terugkomen.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): In het antwoord van de minister werd steeds uitgegaan van een termijn die maximaal twee jaar zou duren. Maar blijkens de nota van wijziging is het ook mogelijk dat de Kamer meer tijd nodig heeft om over een eenmaal ingediend wetsvoorstel met de regering te discussiëren en er een bezonnen oordeel over te vormen, waarna de Eerste Kamer het ook nog moet behandelen. In dat geval wordt de termijn van twee jaar natuurlijk wel overschreden. Waarom is het eigenlijk nodig om in het derde lid op te nemen dat een krachtens het eerste lid vastgestelde maatregel na twee jaar vervalt? Dat impliceert als het ware dat de Kamer in de voorhangprocedure voor die algemene maatregel van bestuur uitsprekt dat zij geen enkele prijs stelt op het indienen van een wetsvoorstel, want als het wel wordt ingediend, is die twee jaar niet meer relevant. Waarom was het dus noodzakelijk om die termijn met

Borst-Eilers

zoveel woorden te noemen? Als de Kamer het fiat geeft om tot een nuloptie te komen, doet zij dat niet voor twee jaar. Dan vindt zij de nuloptie wenselijk en wil zij die eventueel nog bekrachtigen bij formele wetgeving. Of het moest een verkapte vorm van moratorium zijn, die ook wordt opengelaten. Daar zou ik op zichzelf geen bezwaar tegen hebben, maar ook dan is de vraag: waarom die twee jaar?

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb hiermee geprobeerd ervoor te zorgen dat in ieder geval datgene gebeurt wat een deel van de Kamer belangrijk vond, namelijk dat dergelijke zaken bij wetgeving geregeld worden en dat de AMvB dus een vervolg moet krijgen. In dat artikel 2, derde lid, staat dat als binnen die termijn van twee jaar een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer is ingediend, de maatregel pas vervalt op het tijdstip waarop enzovoorts. Die twee jaar zijn dus niet een termijn waarin de regering en de Kamer de zaak helemaal moeten afhandelen; zodra het kabinet het wetsvoorstel heeft ingediend, is die mogelijkheid goed afgedekt, ook al zou de behandeling daarvan uitlopen.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Mijn excuses voor het feit dat wij met een soort artikelsgewijze behandeling bezig zijn, maar het kan in dit geval niet anders vanwege de inderdaad oprechte poging van de minister om een oplossing te vinden die aan de hele Kamer tegemoet kan komen. De eerste zin van dat derde lid heeft een eigenstandige betekenis, en dat is heel merkwaardig. Stel dat het om een bijzondere medische verrichting gaat waarvan de Kamer en de minister vinden dat die niet zou moeten. Hoe dan ook vervalt na twee jaar de inwerkingtreding van de AMvB en dan is er niets meer. Dat kan dus helemaal niet. Dat heeft een eigen betekenis. Als er geen wetsvoorstel was ingediend, was er niets meer. Ik geloof dat ook het derde lid van dit artikel 3 nog eens goed tegen het licht gehouden moet worden.

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! Ik denk dat het goed uitkomt dat het vanavond nog niet tot een tweede termijn komt. Dat geeft mij de gelegenheid om deze kritiek met de juridische medewer-

kers goed te bekijken. Dan kunnen wij er misschien voor zorgen dat bepaalde bezwaren worden weggenomen. Als een kabinet er heilig van overtuigd is dat zo'n verbodsbepaling moet blijven, maar na twee jaar nog geen wetsvoorstel heeft ingediend, dan is dat wel een droevig soort kabinet.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Ik denk dat er wel situaties denkbaar zijn waarin je niet hoeft te spreken van een droevige situatie of een droevig soort kabinet. Het kan bijvoorbeeld gebeuren in de overgang van de ene naar de andere kabinetsperiode met een lange formatietijd. Een nieuw kabinet of een nieuwe Kamer kan om talloze redenen vinden dat de zaak verboden moet blijven, terwijl van formele wetgeving nog niets is gekomen. Dan is twee jaar wel dodelijk, tenzij je het als een stok achter de deur beschouwt. Dan is het gevaarlijk als het zo geformuleerd is als je het echt niet wilt.

Minister **Borst-Eilers**: De wens van de Kamer is kennelijk dat het verbod er komen moet als regering en parlement het daarover eens zijn. De Kamer wil niet dat het verbod na een bepaalde tijd weer vervalt. Dat is evident. De opdracht is dat wij moeten proberen om het zo te verbouwen dat het aan alle eisen voldoet en ik hoop van harte dat ik daarin zal slagen. Ik ben al blij dat de intenties heel dicht bij elkaar liggen.

De **voorzitter**: U was toegekomen aan het blokje horizonbepaling.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, dat is inderdaad zo. Daar heb ik het inmiddels al vrij uitgebreid over gehad. Ik wijs nog even op hetgeen een uwer al heeft gezegd. Als het verbod bewust een minder definitief karakter heeft, maar vooral bedoeld is om eerst meer wetenschappelijk onderzoek te verrichten, zal die horizonbepaling er ook toe aanzetten om dat onderzoek te verrichten. Eigenlijk heeft mevrouw Swildens dus gelijk dat er tegelijkertijd ook een mogelijkheid is om een moratorium-constructie te hanteren. Daarom zei ik ook dat je de moratoriumbepaling kunt laten vervallen als je op deze manier een nuloptie zou aanvaarden.

Ik besteed nog even afzonderlijk aandacht aan de verrichtingen die als voorbeeld genoemd kunnen worden

voor een verbod of een tijdelijk verbod, omdat mevrouw Kamp en mevrouw Swildens daarnaar gevraagd hebben. Diverse leden hebben vragen gesteld over twee voorbeelden die voor de hand liggen: het klonen en de geslachtskeuze om niet-medische redenen. Ik denk aan de toepassing van ICSI, namelijk in die bepaalde vorm van ICSI met MESA en TESE. Ik hoop dat de aanwezigen weten waar ik op duid. De Kamer weet dat de Gezondheidsraad een klinische toepassing van die vormen van ICSI op dit moment onverantwoord acht. Met de beroepsgroep van gynaecologen heb ik ook een vrijwillig moratorium afgesproken. In de tijd van het moratorium zou dan bezien kunnen worden welk onderzoek meer gegevens zou kunnen opleveren over deze toepassing. Dat moratorium houdt tot nu toe stand, maar het is niet ondenkbaar dat iemand het op een gegeven moment eenzijdig openbreekt, en ik denk dat het ook heel concreet voor deze casus geldt.

Zoals ik tijdens het overleg over IVF met de vaste commissie al verteld heb, leek, toen dat moratorium tot stand kwam, een diermodel ter beschikking te komen waarmee de gevolgen bestudeerd zouden kunnen worden voor de volgende generaties. Inmiddels blijkt dat toch weer tegen te vallen. Die gegevens zijn om allerlei redenen niet op de mens te transponeren. Ik heb nu eigenlijk geen middelen om te dreigen of effectief te reageren. Artikel 3 van de WBMV zou ons die mogelijkheid wel geven. Dan zou je die toepassing inderdaad twee jaar kunnen verbieden om de risico's nog eens grondig op een rij te krijgen. Dan zou aan het eind van die periode ook gekeken kunnen worden of een verbod bij formele wet nodig is of dat je moet overgaan tot een beheerst soort introductie.

Op grond van artikel 4 is het mogelijk een OG-project op te zetten rond dat type van behandeling. Daarbij wordt tegelijkertijd het verbod uitgevaardigd om het ook elders te laten plaatsvinden.

De genderkliniek is ook een heel mooi voorbeeld van een permanent verbod. De heren Lansink, Van der Vlies en Marijnissen hebben in eerste termijn hun grote zorgen onder woorden gebracht over de praktijken van de kliniek in Utrecht. Men weet dat ik er ook niet gelukkig mee ben. Ik heb echter op dit moment geen

Borst-Eilers

formele middelen om verder in te grijpen dan dat de inspectie er regelmatig komt en bepaalde zaken checkt. Ik ben evenwel absoluut voornemens om geslachtskeuze om niet-medische redenen te verbieden. Bij formele wet kan dat gebeuren in de wetgeving inzake de handelingen met geslachtscellen en embryo's. De mogelijkheid van het artikel van de WMBV wil ik benutten om op zo kort mogelijke termijn een verbod in het leven te roepen. Geslachtskeuze is, denk ik, om ethische redenen onwenselijk. Die opvatting is neergelegd, zeg ik ter aanvulling, in het verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde. Verleden week heeft het kabinet besloten dat verdrag te ondertekenen. Er zal in de loop van dit jaar een voorstel van wet tot ratificatie naar de Raad van State worden gezonden. Via dat kanaal zullen wij ons binden aan een dergelijk verbod.

De heer **Van Boxtel** (D66): Die opmerkingen over dat verdrag zijn nieuw. Die zullen wij in onze overwegingen moeten meenemen. De feitelijke discussie over het wel of niet verbieden van bijvoorbeeld die kliniek in Utrecht hebben wij ten principale in de Kamer nog niet gevoerd. Wij hebben alleen gezegd wat wij er ongeveer van vinden. De heer Lansink heeft terecht gewezen op de eerste reactie van een aantal woordvoerders. Je kunt je afvragen wat de ratio is om zo iets meteen te verbieden. Je kunt ook zeggen: wij gaan het niet vergoeden; als men zo gek is om naar zo'n non-valeurpraktijk te gaan, moet men dat zelf weten. Ik denk dat wij dat debat echt moeten voeren, nog los van de verdragstekst.

Iets dergelijks geldt voor het klonen. Ik hoop dat de minister daarop ingaat. Ik heb in eerste termijn in dit opzicht gezegd: verbieden is een optie, maar zijn wij er wel als wij een wettelijke bepaling hebben, terwijl wetenschappers op dit terrein gewoon doorhollen?

Minister **Borst-Eilers**: Ik kom zo op het klonen terug. Inderdaad heeft nog geen echt debat plaatsgehad. Ik zou met een algemene maatregel van bestuur kunnen komen, waarover wij vervolgens een debat kunnen voeren. Misschien doet zich dan de situatie voor dat de meerderheid van het parlement zegt: dat is

een wat overtrokken reactie en daar zijn wij het niet mee eens.

De heer **Marijnissen** (SP): Of dat de conclusie van de Kamer zal zijn, is iets waar ik niet zo bezorgd om ben. Heb ik het juist dat de minister zegt: als deze wet in werking is getreden, ben ik niet van plan om een voorlopige voorziening te treffen om mogelijk te maken dat er verbod komt voor de genderkliniek in Utrecht?

Minister **Borst-Eilers**: Ik wil die juist wel verbieden.

De heer **Marijnissen** (SP): Wilt u daarmee wachten tot de fertilisatie-wet er is?

Minister **Borst-Eilers**: Het gaat erom welke van de twee wetten er het eerste is. Op grond van beide wetten ligt er een instrument.

De heer **Marijnissen** (SP): Dan wil ik nog over een ander punt met betrekking tot die genderkliniek opheldering vragen. De minister had het zojuist over de inspectie. Ik heb in eerste termijn gewezen op de cijfers die de ronde doen over de effectiviteit van de gehanteerde methode. In de Leeuwarder Courant van 27 augustus jl. heb ik gelezen dat de directeur van de genderkliniek met betrekking tot de hoofdinspectie heeft gezegd dat er nu eindelijk consensus bestaat met de overheid over de effectiviteit. Wat is uw reactie daarop?

Minister **Borst-Eilers**: Het stelt mij iedere keer weer teleur dat die directeur bepaalde contacten met de inspectie zo interpreteert. Als de inspectie constateert dat men niet onjuist wordt voorgelicht en dat de kwaliteit van het handelen uit een oogpunt van hygiëne, steriliteit en al dat soort zaken in orde is, zegt de inspecteur bij zichzelf: ik kan er niets aan doen. De directeur van de genderkliniek zegt echter: de hoofdinspecteur – want hij maakt er direct de hoofdinspecteur van – is lang geweest en wij zijn het helemaal eens geworden.

De heer **Marijnissen** (SP): Ik snap nu de verwarring. De heer Lansink heeft in eerste termijn nog eens verteld dat hij aan een forum heeft deelgenomen.

De heer **Lansink** (CDA): Nee, het was een discussie bij de Evangelische Omroep. Ik had een debat met de heer Van Deelen, die toen precies hetzelfde zei als wat hij kennelijk al heel lang geleden via de Leeuwarder Courant kenbaar heeft gemaakt: De inspectie is het met ons eens, dus waar praten wij nu eigenlijk over? Ik vat het nu even in mijn eigen woorden samen, maar dat was het punt. Ik ondersteun dus uw vraag.

De heer **Marijnissen** (SP): Ik begrijp nu van de minister dat de consensus tussen de inspectie en de genderkliniek nooit kan hebben gelegen in de effectiviteit van de methode.

Minister **Borst-Eilers**: Inderdaad.

De heer **Marijnissen** (SP): Nu bestaat er wel nog steeds een misverstand over die effectiviteit. Er werd althans tegenover een medewerker van mijn fractie gesuggereerd dat de effectiviteit 100% zou zijn: er zijn inmiddels vier kinderen van het gewenste geslacht geboren. Maar tegenover de heer Lansink werd er iets heel anders beweerd, namelijk dat de effectiviteit maar 20% zou zijn. Misschien is het goed als u daar naar aanleiding van de suggestie van de heer Lansink en mij toch nog expliciet iets over zegt.

Minister **Borst-Eilers**: Ik denk dat ik het best de inspectie kan vragen nog eens op schrift te zetten hoe de laatste bezoeken verlopen zijn, en de Kamer het resultaat toe te sturen. Maar mijn wedervraag zou overigens meteen zijn, hoeveel kinderen van het niet gewenste geslacht er geboren zijn. Je kunt natuurlijk zonder te jokken zeer gekleurde informatie geven. En wat er mondeling naar voren gebracht wordt, is voor de inspectie natuurlijk heel moeilijk te controleren, tenzij er klachten worden ingediend. Maar als er in het foldermateriaal niet iets staat wat apert onwaar is, kan de inspectie er verder weinig tegen beginnen.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Nog even een vraag over dit onderwerp naar aanleiding van de korte discussie van zojuist met mijn collega Van Boxtel. De minister heeft gezegd – en daar ben ik blij mee – dat zij bereid is om geslachtskeuze te verbieden als dit wetsvoorstel eenmaal kracht van wet zal hebben

Borst-Eilers

gekregen. Daar kan dan artikel 3 voor worden gebruikt en de Kamer kan daar uiteraard later desgewenst nog op terugkomen, aldus de minister. Bovendien heeft zij gezegd dat de ministerraad binnenkort zal instemmen met ratificatie van het internationale verdrag waardoor dit soort zaken niet meer kunnen. Daar ben ik ook blij mee. Betekent dit dat de weg die de heer Van Boxtel suggereert, namelijk niet verbieden, maar financieel onaantrekkelijk maken zodat het alleen voor mensen met geld mogelijk is, dan niet meer gevolgd kan worden? Ratificatie betekent immers een principieel "nee" tegen dit soort zaken. Dat is toch juist?

Minister Borst-Eilers: Het gaat om een voorstel van wet tot ratificatie van het verdrag. Het parlement zal het verdrag ongetwijfeld spellen en dan is er natuurlijk ook nog de mogelijkheid dat het parlement dat verdrag niet wil ratificeren omdat er dingen in staan waarmee men het niet eens is.

De heer Lansink (CDA): Dat blijkt dan later wel, het gaat mij er nu even om dat de ministerraad van plan is het verdrag ter ratificatie aan het parlement voor te leggen, op de gronden die in de toelichting op de verdragstekst zijn genoemd.

Minister Borst-Eilers: Ja, het kabinet heeft al deze zaken al op zich laten inwerken en het heeft besloten een voorstel tot ratificatie aan de Kamer voor te leggen.

De heer Lansink (CDA): Ik prijs het kabinet op dit punt.

De heer Van Boxtel (D66): Voorzitter! Ik zou nog even de indruk willen wegnemen dat ik de suggestie van niet vergoeden zou hebben gedaan om deze methode alleen voor rijke mensen mogelijk te maken. Ik kende het verhaal van het verdrag nog niet, maar het punt is dat het kabinet met het verdrag in de hand inderdaad geslachtskeuze op niet-medische gronden wil verbieden. Welnu, het ging mij erom dat wij er even los van de verdragstekst een principiële discussie over zouden moeten voeren en dat een van de middelen om dit belachelijk te maken, is toepassing van deze methode gewoon niet te vergoeden, los van de vraag "rijk of arm".

De heer Lansink (CDA): Wij voeren dat debat nu eigenlijk al. Ik kan nu al zeggen dat ik dit het liefst principieel zou verbieden, met de verdragstekst in de hand. Daar komen wij nog op terug, maar waarom zouden wij er niet nu al een uitspraak over doen?

De heer Van Boxtel (D66): U zult uit al mijn eerdere bijdragen hebben begrepen dat ik meer dan sceptisch tegenover deze zaak sta. Ik heb zo-even al van non-valeurpraktijken gesproken. Maar de achtergrond van mijn aarzeling is dat ik enige terughoudendheid bij de overheid gewenst acht als het gaat om verbodstermen bij medische verrichtingen, omdat je daarmee enorm zou interveniëren in de private sfeer van hulpverlener en hulpvrager. Vandaar dat ik hier heel kritisch naar blijf kijken.

De heer Marijnissen (SP): Ik zal de verleiding weerstaan om hierop in te gaan.

De minister zei dat mondelinge uitspraken wel moeilijk zijn, maar dat het met op schrift gestelde iets anders is. Niet dat mijn vrouw en ik iets van plan zijn, maar ik heb wel de folder hier. Daarin staat: "Eindelijk heeft u nu de kans om het geslacht van uw baby zelf te bepalen." Wat vindt de minister hiervan? Kan dit of kan dit niet?

Minister Borst-Eilers: Ik vind dit wel een formulering op de rand, maar ik zal vragen of de inspectie in het verslag iets zegt over de huidige folder en of dit eigenlijk wel kan. Ik vind het eigenlijk een onjuiste bewering.

Ik wil nog één voorbeeld noemen voordat ik over andere zaken en over het klonen ga spreken. Ik denk dat bepaalde vormen van hersenchirurgie ook een goed voorbeeld zouden kunnen zijn. Wij hebben in het verleden gezien dat er af en toe eens een neurochirurg opstaat, gelukkig vooral in het buitenland, die bij bepaalde behandelingen chirurgische ingrepen in de hersenen verricht die ook de persoonlijkheid van de patiënt beïnvloeden. Dat lijkt mij ook zoiets waartegen je meteen "ho" zegt. Vervolgens kun je er altijd nog over nadenken of je het definitief wilt verbieden. Het zou mijn eerste reactie zijn dat dit niet zou moeten plaatsvinden.

De heren Lansink, Van der Vlies en Van Boxtel en mevrouw Swildens

hebben mijn aandacht gevraagd voor het klonen. De heer Lansink vreesde te moeten begrijpen dat ik het klonen zou willen regelen, maar niet verbieden. Ik heb al eerder gezegd dat in de wettelijke regeling inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's ook een verbod staat op het tot stand brengen van een menselijke kloon, zoals ook geadviseerd is door de Gezondheidsraad. Dat verbod strekt zich uit over alle denkbare technieken die aangewend kunnen worden om opzettelijk identieke individuen tot stand te brengen. Dan gaat het niet alleen over het splitsen van twee- of viercellige embryo's, maar ook over de techniek zoals toegepast bij het schaap Dolly. Ik heb eigenlijk nog geen Nederlandse onderzoeker ontmoet, sinds al dit nieuws in de media is geweest, die ook maar enig animo toonde om in deze richting onderzoek te doen.

De heer Van Boxtel suggereerde mij om wetenschappers op te roepen om tot een standpunt te komen. Degenen die ik heb gesproken, zijn daarin absoluut niet geïnteresseerd en ook niet om erover te gaan nadenken. Zij vinden het onzin.

De heer Van Boxtel (D66): Maar het merkwaardige feit doet zich voor dat je in de praktijk steeds grensverleggingen ziet. De vraag is in hoeverre een wetenschapper die zo gebiologeerd is op zijn onderwerp, daarin doorzet. In Nederland wordt ook gekloond, met vissen.

Minister Borst-Eilers: Dat kan. Met embryo's klonen kan bij de mens natuurlijk ook.

De heer Van Boxtel (D66): Door anderen en ook hier bij de regeling is al eens gevraagd om daar in een aparte brief nog eens op terug te komen. De vraag is namelijk in hoeverre je voldoende inzicht houdt of de technieken die misschien bij dieren ontwikkeld worden, maar mogelijk overzetbaar zijn op mensen, in handen komen van niet alleen door de overheid gereguleerde instellingen, maar ook in handen van het particuliere bedrijfsleven. Wij weten welke discussies in de Verenigde Staten plaatsvinden. Daar was niets geregeld. De vraag is dus of naast dat wettelijke verbod, waar ik ook aan hecht, niet iets meer moet worden gedaan. Ik verwijs ook naar het artikel van de Duitse socioloog

Borst-Eilers

Beck in de Volkskrant van een paar weken geleden, die eigenlijk een soort tribunaal wilde waarin de wetenschappers zich massaal uitspreken tegen die onzin. Aan mensen klonen is namelijk geen enkele meerwaarde te ontleen; helemaal niets. Die oproep zou ik nog zwaarder vinden dan alleen dat wettelijke verbod.

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben graag bereid om mij tot de Koninklijke academie van wetenschappen te wenden en te vragen of zij bereid is een dergelijk forum te organiseren, met een uitspraak. In internationale gremia is al het nodige gebeurd. De Raad van Europa heeft een persbericht uitgegeven, waarin is aangegeven dat het tot stand brengen van menselijke klonen niet aanvaardbaar is en dat in het Protocol inzake bescherming van het embryo een verbod zal worden opgenomen. Dat protocol vindt zijn basis in het verdrag dat ik zojuist noemde, waarin de mogelijkheid bestaat om via een protocol tot zoiets te komen. De WHO heeft ook een persverklaring uitgegeven met als boodschap dat het onaanvaardbaar is. Ook het Europees Parlement heeft een resolutie opgesteld, waarin onder meer de wens van een wereldwijd verbod op het klonen van mensen wordt uitgesproken. In ieder geval wordt in die resolutie ook aan de lidstaten verzocht om het klonen van mensen in de lidstaten te verbieden. Ten slotte heeft de Europese Commissie ook nog een verklaring uitgegeven. Ik begrijp dat de Commissie het advies van het Bio-ethisch comité afwacht, dat in mei uit zal komen. Ik vind dat allemaal geruststellende berichten. Ik heb besloten om niet expliciet tijdens het voorzitterschap het onderwerp apart te agenderen, maar ik zal wel tijdens de informele lunchbespreking met de collega's van volksgezondheid op 5 juni het onderwerp aan de orde stellen. Dat is altijd een heel goed moment om eens te inventariseren: hoe denkt men erover, welke landen doen wat, enz.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter! Ik heb in eerste termijn het persbericht d.d. 11 maart jl. van mevrouw Cresson aan de minister vorgelegd. Zij nam inderdaad enkele maanden uitstel voor haar beslissing of wetswijziging al of niet nodig was, in de sfeer van het

Europese wetgevingsprogramma. Dat persbericht was onduidelijk, zo vond ik, en dat moet alleen maar worden verstaan in de zin dat zorgvuldigheid moet worden betracht en niet in de zin dat er twijfel is over de vraag of het klonen van mensen al of niet aanvaardbaar is.

Minister **Borst-Eilers**: Het is inderdaad een verklaring die naar mijn smaak neigt naar een verbod, maar het is lang niet zo expliciet en zo helder als dat het geval is bij de Wereldgezondheidsorganisatie, enz. Dat ben ik met u eens. Commissaris Cresson is de commissaris van de technologische vernieuwing, en die bedenkt zich wel drie keer voordat zij zegt dat een bepaalde ontwikkeling tot staan gebracht zou moeten worden. Maar ik zal u rapporteren wat de ministers van volksgezondheid ervan vinden.

De heer **Leerkes** (Unie 55+): Voorzitter! De minister heeft zojuist genoemd: eventuele hersenchirurgie om het karakter van iemand te veranderen. Mag ik van de minister eens weten wat zij vindt van de elektroshock, die toch altijd nog in alle anonimiteit hier en daar in ons land gebruikt wordt.

Minister **Borst-Eilers**: Ik denk, mijnheer de voorzitter, dat het niet in anonimiteit gebruikt wordt. De Vereniging van psychiatrie en ook de Gezondheidsraad hebben de afgelopen jaren duidelijke rapporten uitgebracht, waarin zij hebben omschreven dat in bepaalde gevallen bij bepaalde patiënten de elektroshock een beproefd en werkzaam middel is en dat het ook bij die indicaties wordt toegepast. Er is wel, als ik mij goed herinner, een commissie waar de patiënten aan worden voorgelegd, zodat er enige controle is vanuit de beroepsgroep of men zich ook aan die indicaties houdt. Dat is de nieuwste stand van zaken. Het gaat daarbij met name om veelal oudere mensen, maar ook wel om jongere, die in een zware ongeneeslijke depressie verkeren, waar zij maar niet uitkomen en waar zij met behulp van de elektroshock uit gebracht kunnen worden. Het is dus een beperkt indicatiegebied, maar men vindt dat je in bepaalde gevallen mensen daar zo goed mee helpt, dat het toch moet kunnen.

Mevrouw Swildens, mijnheer de voorzitter, ging in het bijzonder in op de politieke verantwoordelijkheid voor het stimuleren van het publieke debat in dit soort zaken en de heer Marijnissen pleitte daar ook voor. Mevrouw Swildens vraagt of ik het met haar eens ben dat er een politieke verantwoordelijkheid is en zij wilde weten hoe ik dan een stimulerende rol concreet wil invullen. Als er op een gegeven moment in het kader van deze wet een verbod in het leven wordt geroepen, zal dat ongetwijfeld een heleboel publiciteit opleveren. In combinatie met het gegeven dat ook een voorstel van wet zal worden ingediend, zal naar mijn mening als het ware vanzelf al een heel sterke stimulans ontstaan voor het debat in uiteenlopende kringen. De vraag is of je dat dan ook nog wilt structureren, bijvoorbeeld door middel van hoorzittingen.

Er is ook de mogelijkheid dat wij een van onze instituten inschakelen. Ik denk bijvoorbeeld aan het Rathenau-instituut, dat een aantal maatschappelijke debatten op verzoek van de regering heeft georganiseerd, met verschillende methoden. Ook kan gedacht worden – het hangt ook van het onderwerp af – aan bepaalde patiëntenorganisaties: de VSOP heeft een paar maal heel goede debatten georganiseerd. De Gezondheidsraad heeft het ook wel eens gedaan. Afhankelijk van het onderwerp zou je zo'n gezelschap kunnen vragen om een gestructureerd debat te organiseren. Als het onderwerp zich daartoe leent – dat zal misschien juist met die ethische kwesties zeker het geval zijn – wil ik daar ook graag de aanzet toe geven. Het moet natuurlijk wel duidelijk zijn of het de bedoeling heeft informatief te zijn of opiniërend, maar ik denk dat mevrouw Swildens bedoelt: een publiek debat waaruit ook een zekere opinie naar voren komt. Ik wil graag toezeggen dat ik daar in voorkomende gevallen een initiatief toe zal nemen.

Met betrekking tot de werksfeer kan ik zeggen dat het over meer gaat dan ziekenhuisvoorzieningen. De heer Van Boxtel vroeg zich af of de vergunning in artikel 2 niet aan instellingen zou moeten worden gebonden in plaats van aan verrichtingen. Ik zou niet willen stellen dat op basis van dit wetsvoorstel een vergunning wordt gegeven aan verrichtingen, terwijl dit

Borst-Eilers

onder de WZV gebeurde aan instellingen. Ook onder de WZV is de verrichting de invalshoek. Het feit dat in het wetsvoorstel een omschrijving van verrichtingen is opgenomen, houdt geen verandering in van de werkingsfeer. Op grond van de tekst van artikel 18 van de WZV kan echter een verbodsregeling krachtens dat artikel slechts betrekking hebben op ziekenhuisvoorzieningen. Toen die WZV totstandkwam, leek die beperkte reikwijdte niet bezwaarlijk, omdat de verrichtingen die men onder artikel 18 wilde brengen, alleen maar in ziekenhuizen konden worden uitgevoerd. Inmiddels zijn er in de techniek allerlei ontwikkelingen op gang gekomen; er kan steeds meer buiten het echte ziekenhuis. Met die mogelijkheden moeten wij dus rekening houden. Wij zijn bij de IVF al eens gestoten op die beperkte reikwijdte, omdat de rechter in 1994 heeft uitgesproken dat een IVF-laboratorium geen ziekenhuisvoorziening is. Zoals men weet, is er toen een noodwetje gekomen tot versterking van het instrumentarium door die werkingsfeer uit te breiden.

Ook in het licht van deze ervaringen is het verbodsstelsel in de voorliggende wet zodanig vormgegeven, dat de reikwijdte onbeperkt is. Indien op grond van dit wetsvoorstel wordt verboden om een bepaalde verrichting uit te voeren zonder vergunning van de minister, geldt dat verbod voor iedereen en ook voor iedere situatie. Of het nu een ziekenhuis is, een vrij gevestigde specialist of een laboratorium, men zal eerst een vergunning moeten aanvragen en krijgen. Het verschil tussen artikel 18 en dit artikel 2 zit in de reikwijdte: alleen in ziekenhuizen of overal. Ik meen echter dat bij artikel 18 de verrichting toch altijd het object was.

Inmiddels is de hierboven bedoelde tijdelijke wet uitbreiding werkingsfeer, artikel 18, op 30 december 1996 vervallen en geldt op dit moment weer de beperkte werkingsfeer van de WZV. Mevrouw Kamp vroeg in dat verband of er in deze tussentijd, waar dan ook, een voorziening gestart is die volgens artikel 18 WZV een verboden verrichting zou zijn. Ik heb geen signalen ontvangen dat men van die lacune gebruikmaakt. Ik vind het ook niet aannemelijk dat dit gebeurt, omdat men dit wetsvoorstel kent en men begrijpt dat als het in werking treedt, die verrichting alsnog

verboden kan worden. Het is niet aantrekkelijk om dat tijdelijk ergens te organiseren. Dit is wel een reden om de afhandeling van dit wetsvoorstel te bespoedigen.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik wil dit graag onderstrepen, want het is mogelijk dat iemand toch op het lumineuze idee komt en iets gaat starten. De minister zegt dat dit niet zo aantrekkelijk is, maar stel dat het wel zo is, dan zou je ook nog met schadeclaims te maken kunnen krijgen als het daarna weer niet mag. Ik meld dit naar analogie van de privé-klinieken.

Minister **Borst-Eilers**: In artikel 20 was voorzien in een inwerkingtredingsdatum van deze wet van 30 december. Dat is het tijdstip waarop de tijdelijke wet verviel. Ik heb dit in de tweede nota van wijziging geactualiseerd.

Mevrouw Swildens heeft gevraagd of de verhouding met de Wet BIG, de kwaliteitswet en dergelijke, anders was dan bij artikel 18. Ik merk op dat wat betreft het vergunningsstelsel, op grond van artikel 2, dit een voortzetting betreft van het huidige artikel-18-regime. In artikel 3 wordt de mogelijkheid van een absoluut verbod eraan toegevoegd. De verhouding van de Wet BIG en de kwaliteitswet met dit wetsvoorstel is niet anders dan die met artikel 18 WZV. De verwijzing naar de Wet BIG dient alleen maar om de invalshoek van het wetsvoorstel duidelijk neer te leggen. Die verwijzing maakt op zichzelf de reikwijdte niet anders. Voorts kan ik over de verhouding tot de Wet BIG nog opmerken dat in artikel 1 wordt aangegeven wat verstaan wordt onder handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Dat zijn, naast handelingen op het gebied van de geneeskunst, alle andere verrichtingen die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en die ertoe strekken om de gezondheid te bevorderen of te bewaken. Hoofdstuk 3 geeft voor een aantal beroepen aan wat gerekend wordt tot het deskundigheidsgebied van de betrokken beroepen. In hoofdstuk 4 worden de handelingen omschreven die voorbehouden zijn aan die aangegeven categorie van beroepsbeoefenaren.

Het onderhavige wetsvoorstel sluit hierop in zoverre aan, dat het voor de omschrijving van het begrip

verrichting verwijst naar de inhoud van het begrip handeling op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Daardoor wordt even die link gelegd. Dat betekent dus dat iedere verrichting op dat gebied onderworpen kan worden aan regulering op grond van het onderhavige wetsvoorstel. Wordt een bepaalde verrichting verboden, dan kan ook niemand zich beroepen op de Wet BIG om die verrichting toch te mogen uitvoeren. Het verbod geldt namelijk voor al die mensen aan wie die handeling is voorbehouden.

De heer Marijnissen heeft gevraagd welke mogelijkheid deze wet biedt om kwakzalverij aan te pakken. Zoals ik reeds zei, is de invalshoek de verrichting, ook in de zin van de Wet BIG. Er kunnen dus medische verrichtingen worden verboden, ongeacht het feit of zij door een arts of door een kwakzalver worden uitgevoerd. De omschrijving van het begrip verrichting in de Wet BIG is dan uitgangspunt. Het optreden als kwakzalver in het algemeen kan niet worden verboden. Er kan wel actie genomen worden tegen kwakzalverij als er sprake is van aanmerkelijke schade of van kennelijk bedrog. De mogelijkheden om bij het schaden van gezondheidsbelangen van patiënten in actie te komen, zijn bij het in werking treden van de Wet BIG al ruimer geworden, maar meer dan dat is het niet.

De heer **Marijnissen** (SP): De tragiek is natuurlijk dat er dan sprake moet zijn van schade. Het is dus blijkbaar niet mogelijk om preventief op te treden, bijvoorbeeld tegen iatrosomen.

Minister **Borst-Eilers**: Met het afschaffen van de Wet op de uitoefening van de geneeskunst hebben wij ons inderdaad de mogelijkheid ontnomen om kwakzalverij als zodanig te verbieden. Overigens had het afschaffen van die wet alles te maken met de handhaafbaarheid. Ik vond het op zichzelf een hele mooie wet, maar zij was niet te handhaven.

De heer **Marijnissen** (SP): Die wet was toch van voor uw tijd?

Minister **Borst-Eilers**: Uit 1865!

De heer **Marijnissen** (SP): Ik bedoel

Borst-Eilers

dat "biggetje"; dat was toch ook voor uw tijd?

Minister **Borst-Eilers**: Ja, ja!

De heer **Marijnissen** (SP): Maar dat is toch buitengewoon tragisch. Moeten wij nu, nadat zich een aantal gevallen heeft voorgedaan, niet vaststellen dat wij hoognodig naar een of andere wetsverandering moeten, waardoor de overheid in staat wordt gesteld in preventieve zin op te treden?

Minister **Borst-Eilers**: Er wordt op twee manieren iets aan gedaan. De ene manier is via het pad van voorlichting, het geven van ruime publiciteit. Verder wordt in de voorlichting over de Wet BIG gesteld: als u naar iemand gaat die geen arts is, vergewis u er dan van dat die persoon op de een of andere wijze een diploma of iets dergelijks heeft. De Wet BIG maakt het inderdaad iedere Nederlander mogelijk om iedere andere Nederlander te gaan genezen, zolang men maar afziet van die voorbehouden handelingen.

De heer **Marijnissen** (SP): De charme van deze minister vond ik nu altijd haar identificatie met de patiënt. Een patiënt in nood is bereid om ongeveer alles te doen. Mag zo'n patiënt van de overheid iets verwachten van een kwaliteitsgarantie ten aanzien van die mensen die pretenderen te kunnen genezen? Ik vind dat niet te veel gevraagd. Ik vind het raken aan de grondvesten van onze beschaving dat degenen die het kunnen weten, zeggen wat kan en wat moet en dat degenen die het niet weten daarmee rekening houden. Wij kunnen toch onmogelijk van elke consument-patiënt verwachten dat die op voorhand kan beoordelen of iets wel of niet effectief en betrouwbaar is.

Minister **Borst-Eilers**: Deze discussie heeft ongetwijfeld plaatsgevonden toen de Kamer de Wet BIG uiteindelijk toch heeft omarmd. Ik denk niet dat het zinvol is dat debat nog eens te gaan herhalen.

De heer **Marijnissen** (SP): Daarvoor is het nu niet het moment. Ik wil echter wel van de gelegenheid gebruikmaken om op te merken dat, nu de Wet BIG er is en wij daarmee ervaring hebben, het zo zou kunnen zijn dat de minister zegt: hier moeten

wij eens heel nadrukkelijk naar kijken; heeft de Kamer dit soort excessen destijds wel gewenst?

Mevrouw **Kamp** (VVD): Ja...

De heer **Marijnissen** (SP): Ja, de VVD zegt altijd ja, dat weet ik wel; hoe liberaler hoe liever. In dit geval ben ik het echter volledig oneens met uw fractie, mevrouw Kamp. Ik richt mij dan ook tot de minister met de vraag of zij met mij van mening is dat het, op grond van de ervaringen met de Wet BIG, zaak is hier eens nadrukkelijk naar te kijken.

Minister **Borst-Eilers**: Ik vind het diep en diep treurig dat er mensen zijn die andere mensen, gebruikmakend van het feit dat die mensen ziek, angstig en ongerust zijn, geld uit de zak kloppen. Die zieke mensen geloven iemand al gauw als hij zegt: ik kan je helpen. Echt, voor het gedrag van die mensen heb ik geen goed woord over. Dat neemt allemaal niet weg dat we een besluit hebben genomen. Alleen als schade wordt aangericht, kan iemand worden aangepakt. Ik wijs er in dit verband op dat als de inspectie iemand betrapt die schade heeft aangericht, zij daar een groot nummer van maakt. Dan proberen we het nieuws zo te verspreiden, dat iedereen weet dat dat soort "genezers" gevaarlijk zijn.

De heer **Marijnissen** (SP): Er komt toch nog een evaluatie van de Wet BIG?

Minister **Borst-Eilers**: Ja.

De heer **Marijnissen** (SP): Dan zullen wij bij die gelegenheid het hierover uitvoerig hebben.

Minister **Borst-Eilers**: Daarover komt nog een prachtig debat.

De **voorzitter**: Ik merk nu dat wij vanwege de interrupties nogal in detail gaan. Daar is niets op tegen. Ik wijs er echter op dat inmiddels de helft van de beschikbare tijd voor het antwoord van de regering is verstreken. Is de minister ook al op de helft van haar beantwoording?

Minister **Borst-Eilers**: Nog niet helemaal.

De **voorzitter**: We hebben een collectief voornemen om om elf uur

klaar te zijn. Wij moeten daarom oppassen en zorgen voor een gedrag dat daartoe leidt.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Voorzitter! Ik wil toch nog even van de gelegenheid gebruikmaken om te ageren en om collega Marijnissen aan te spreken. De Wet BIG wordt in fasen ingevoerd. Wij hebben de invoering van die wet mede voor onze verantwoordelijkheid genomen, maar niet om kwakzalvers te beschermen. Ik wijs erop dat er sprake is van een overgang van titelbescherming naar beroepsbescherming. Voorheen genoten veel mensen bescherming van hun titel terwijl zij hun beroep niet goed uitoefenden. Dan is er nog een ander argument.

Als wij werkelijk vinden dat consumenten werkelijk iets kunnen, kunnen wij hun soevereiniteit iets groter maken. Dat was ook een van de redenen voor het opstellen van de Wet BIG. Ik wil nu echter niet het debat over de Wet BIG herhalen, maar ik zeg dit omdat de heer Marijnissen mij aanviel. Daarom wijs ik er nu op dat er een zeer groot aantal redenen was om voor invoering van de Wet BIG te zijn.

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! Ik kom te spreken over het punt van de criteria, ook een zeer principiële punt. De heer Lansink heeft daarover uitgebreid het woord gevoerd. Hij vroeg of het mogelijk was om een nadere omschrijving te geven van het begrip "bijzondere verrichtingen". Hij vroeg ook wat nu eigenlijk gewichtige belangen precies zijn en wat de criteria zijn voor het hanteren van een centrale regie op grond van artikel 8. Dat is het stimuleringsartikel. Hij vroeg ook of de algemene formulering voldoende zekerheid biedt, ook voor de minister zelf, die immers vergaande beslissingen moet nemen, bijvoorbeeld op grond van het gestelde over gewichtige belangen.

Het begrip "gewichtige belangen" houdt verband met het vergunningstelsel van artikel 18 WZV. Daar staat ook: Indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven, kan onze minister... Dat begrip heeft in de afgelopen jaren, met name in het Besluit bijzondere verrichtingen en apparatuur WZV, concreet vorm gekregen. Het moet hierbij gaan om de diagnostiek en de therapie waarbij uit een oogpunt van

Borst-Eilers

doelmatigheid, kwaliteit en kosten een concentratie van die verrichtingen nodig is in slechts enkele landelijke of bovenregionale centra. Een tweede criterium is dat artikel 18 moet worden toegepast indien onaanvaardbare risico's zouden bestaan en de uitvoering van de functie zonder de bescherming van dit artikel met het oog op bepaalde maatschappelijke en ethische aspecten met onvoldoende kwaliteitswaarborgen zou zijn omgeven. Dat is dan weer van toepassing bij IVF. Deze criteria zijn in de WBMV dezelfde. Ik ben van mening dat met deze criteria een voldoende heldere aanduiding is gegeven om de besluitvorming ten aanzien van gewichtige belangen te kunnen verantwoorden. Immers, in de praktijk is dat aan de hand van artikel 18 goed gelukt.

Dan wil ik iets zeggen met betrekking tot de centrale regie op grond van artikel 8, het artikel over de stimuleringsmogelijkheid. Hierbij gelden de volgende criteria. Het moet gaan om:

- het bevorderen van een versnelde en geconcentreerde opbouw van kennis en ervaring rondom een verrichting, terwijl andere centra daarvan kunnen profiteren;
- het bewaken van de specifieke, landelijke of bovenregionale functie van aangewezen instellingen die op hoog gespecialiseerd niveau in principe reguliere zorg aanbieden;
- de wenselijkheid om uit het oogpunt van doelmatigheid, kwaliteit en kosten bijzondere verrichtingen te concentreren in slechts enkele centra in gevallen waarin toepassing van artikel 2 een te zwaar middel zou zijn;
- bevordering van een snellere uitstroom van verrichtingen die aanvankelijk onder de werking van artikel 2 vielen. Bij artikel 18 denk ik aan brandwondenbehandeling, pijncentra en dialyse. Als een aanvraag wordt gehonoreerd, kan men ook aanspraak maken op vergoeding van de extra kosten.

Ik meen dat het niet wenselijk is om in alle gevallen alles wat in onze samenleving technisch kan, ook zonder meer beschikbaar te stellen. Hierbij hebben politiek en overheid een verantwoordelijkheid. Dat betreft artikel 3. Ik heb in dit verband gekozen voor het criterium dat de verrichtingen absoluut ongewenst dienen te zijn gezien de maatschappelijke, ethische en juridische

aspecten. Het gaat dus niet om medische kwaliteit in engere zin, maar eigenlijk om de meer fundamentele afweging. Het betreft hier een belangenafweging tussen individuele keuzevrijheid en de gevolgen of risico's van die keuze voor de omgeving van het individu, het nageslacht of de samenleving als geheel. Wij hebben het laatstelijk al gehad over de vraag of de gekozen procedure met parlementaire betrokkenheid voldoende garantie biedt dat men die criteria zorgvuldig hanteert. In tweede termijn kom ik op de nota van wijziging nog terug.

Vervolgens kom ik te spreken over de relatie van artikel 2 met artikel 18. Artikel 2 is eigenlijk een voortzetting van artikel 18. In het algemeen overleg over het planningsbesluit IVF heeft mevrouw Kamp gevraagd om een uitleg over de relatie tussen dat planningsbesluit, de WZV en het wetsvoorstel. In de artikelen 2 en 5 van dit wetsvoorstel wordt het stelsel van artikel 18 eigenlijk min of meer letterlijk overgenomen. Al sedert midden jaren tachtig is de IVF-behandeling aangewezen als een bijzondere functie, zoals bedoeld in artikel 18. Sinds 1989 is er een planningsbesluit. Er is afgesproken dat dit op korte termijn geactualiseerd zal worden. Het maakt in principe eigenlijk niet uit of het nieuwe planningsbesluit IVF op basis van de WZV wordt vastgesteld dan wel op basis van de nieuwe wet, want het feit dat deze wet het stelsel van de WZV overneemt op dit punt, betekent dat alle besluiten die op grond van artikel 18 zijn vastgesteld zonder meer hun basis zullen vinden in de nieuwe wet. Deze wet biedt meer mogelijkheden voor een casus als IVF en wel vanwege de bredere werkingssfeer. Het gaat hierbij om meer dan alleen ziekenhuisvoorzieningen.

De heer Van der Vlies had graag gezien dat er een termijn was genoemd voor het actualiseren van de huidige planningsbesluiten. In bijlage 1 van de nota naar aanleiding van het verslag staat een overzicht van de stand van zaken wat betreft al die planningsbesluiten. Inmiddels is dat overzicht wat verouderd. De regelingen die betrekking hebben op hartchirurgie, PTCA en hartritme stoornissen zijn inmiddels vervangen door het nieuwe planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart. Het planningsbesluit IVF zal dit jaar worden aangepast. Ik heb ook een

planningsregeling orgaan-transplantatie in voorbereiding waarin de eerdere regelingen van al die afzonderlijke orgaan-transplantaties zullen worden geïntegreerd. Ten slotte zal dit jaar ook een besluit worden genomen over de uittrede van de dialyse.

De heer Van Boxtel heeft in verband met artikel 18 gevraagd of de huidige verleende vergunningen over vier jaar opnieuw beoordeeld zullen worden of dat ze reeds nu een permanente status hebben. In het algemeen hebben ze een permanent karakter en daarin treden ook geen wijzigingen op bij de overgang naar de nieuwe wet. Mocht echter op grond van gewijzigd beleid bij een herziening van een planningsbesluit geen behoefte meer bestaan aan een bepaalde vergunning, dan is intrekking de aangewezen weg. Daarnaast zijn er incidenteel vergunningen voor een beperkte duur. Ook deze beperking bij de vergunning blijft van kracht bij de overgang naar de nieuwe wet.

De heer Van Boxtel heeft mij ook gewezen op het feit dat de Dialysegroep Nederland zich zorgen maakt over het verdwijnen van de dialyse uit artikel 18. De Ziekenfondsraad heeft mij inmiddels rapport uitgebracht over de uitkomsten van een evaluatiestudie met betrekking tot het planningsbesluit dialyse. Ik heb daarop vooruitlopend al aangegeven de dialyse uit het vergunningensysteem te willen halen. De Gezondheidsraad heeft daar ook al eerder toe geadviseerd en gezegd dat dialyse nu toch geen medische verrichting meer is die voldoet aan criteria van artikel 18. Ook ik heb wel van allerlei instanties op het terrein van dialyse zorgelijke geluiden gehoord over de risico's die een dergelijk besluit zou kunnen hebben. Wat men vreest is versnippering en daarmee kwaliteitsverlies en kostengroei. Daar heb ik goed over nagedacht, maar ik denk toch dat die vrees ongegrond is. De Ziekenfondsraad geeft ook al aan dat als aan bepaalde voorwaarden is voldaan, dialyse op een verantwoorde wijze buiten artikel 18 kan worden gebracht. De raad heeft het over een overgangperiode van vier jaar, maar ik denk dat dit niet nodig is, want hier kan goed gebruik worden gemaakt van het systeem van artikel 8. Dan kan namelijk nog invloed behouden worden: men kan dan weliswaar buiten de daartoe

Borst-Eilers

aangewezen centra dialyse verrichten, maar krijgt niet de extra inkomsten. Ik heb de indruk dat de grote belangstelling die er lijkt te bestaan om ook dialyse te gaan doen, voor een deel te maken heeft met de financiering. Als dat de reden zou zijn, zullen die centra er in elk geval van afzien als dit onder artikel 8 wordt gebracht.

De heer **Van Boxtel** (D66): Het is helder. Ik dank de minister voor dit antwoord. Vindt zij het niet noodzakelijk dat er als het straks mogelijk een gewone verrichting wordt, toch een relatie moet blijven bestaan tussen het centrum waar de dialyse plaatsvindt en bijvoorbeeld het topklinisch centrum waar er controle en toezicht op is? Anders gaat het zich helemaal onttrekken aan het wetenschappelijke niveau waarop het nu gebeurt.

Minister **Borst-Eilers**: Ik denk dat de centra die verder wetenschappelijk onderzoek op dit punt willen doen, daar zeker mee door zullen gaan. Verder is dialyse zo langzamerhand echt een routinehandeling geworden. De heer Van Boxtel moet zich goed realiseren dat er mensen zijn die het thuis bij zichzelf of bij hun partner doen. Als wij het uit kwaliteits-overwegingen al verantwoord vinden dat iemand het thuis doet, dan zou het wel wonderlijk zijn om te zeggen dat het in een bepaald ziekenhuis niet mag.

De heer Van der Vlies en de heer Lansink vroegen of de aanpak van het regime van de verschillende artikelen nu sluitend is en of via samenwerkingsverbanden over de grens heen eventuele verboden ontweken zouden kunnen worden. Ik denk dat alle medische verrichtingen, de denkbare en de nog ondenkbare, in ons land in principe kunnen worden aangepakt met deze wet: de verschillende artikelen maken een verschillend regime mogelijk. Een beperking wordt alleen gevormd door de criteria die de bevoegdheid geven om de artikelen toe te passen. Louter financiële motieven bijvoorbeeld, zonder verder iets anders, kunnen geen aanleiding zijn om de wet toe te passen. Dan moet het gezocht worden in de Ziekenfondswet of in de AWBZ, dus in het aansprakenpakket. De wet voorziet echter niet in een regeling van zorg over de grens heen. Een regeling van dergelijke onderwerpen behoort tot

de autonomie van de afzonderlijke lidstaten. Er worden grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden gesloten en in zo'n geval kan ontduiking van een verbod dus mogelijk zijn als over de grens een in Nederland verboden verrichting wel is toegelaten. Er kan natuurlijk geprobeerd worden om daartegen met afspraken op te treden. Er zit zoveel vast aan grensoverschrijdende samenwerking, dat de minister daar ook altijd in gekend wordt. Het heeft namelijk ook alles te maken met onder meer verzekeringen en capaciteit, dus dat doet men niet zomaar. Daarbij kan geprobeerd worden om de partijen ervan te overtuigen dat zij dit soort dingen buiten de overeenkomst moeten laten.

Mijnheer de voorzitter! Ik kom bij de evaluatiebepaling, waarover mevrouw Kamp een amendement heeft ingediend. Zij pleit ervoor een evaluatiebepaling op te nemen. Ik wil het oordeel over het amendement aan de Kamer overlaten, maar ik zeg er wel iets over. Ik ben er namelijk niet echt enthousiast over. Het artikel-18-regime wordt via artikel 2 gehandhaafd. Het voorziet in een ministeriële regulering van bijzondere verrichtingen. Die regulering vervalt na vier jaar en kan slechts worden verlengd bij algemene maatregel van bestuur. In de wet zit dus al een evaluatiemoment ingebouwd. Wat kan er na vier jaar bij een evaluatie van artikel 3 worden geconstateerd? Je zou kunnen constateren dat er inderdaad een regeling is getroffen, hoe deze tot stand is gekomen, wat de gevolgen daarvan zijn, welke wetgeving eventueel inmiddels is gerealiseerd. In het andere geval kan het zijn dat aan dat artikel geen uitvoering behoefte te worden gegeven. In die situatie kan bij wijze van spreken de dag na de evaluatie alweer verandering optreden. Ik vraag mij dus af wat een evaluatiebepaling aan meerwaarde oplevert vergeleken bij wat in de wet zelf al is vastgelegd.

Bij de ontwikkelingsgeneeskunde is er ook iedere vier jaar al een evaluatiemoment ingebouwd bij de opstelling van het beleidsplan ontwikkelingsgeneeskunde, dat om de vier jaar verschijnt. Ik vraag mij af of de baten wel opwegen tegen de kosten. Ik denk dat het wel extra geld zal gaan kosten.

Dan het onderwerp ontwikkelingsgeneeskunde. Ik heb op 2 april een

voortgangsrapportage toegestuurd over MTA en doelmatigheid van zorg. Wij zullen elkaar daarover binnenkort afzonderlijk spreken. Ik wil daar verder niet op ingaan, maar bij dit debat is ook het nodige gezegd en gevraagd over ontwikkelingsgeneeskunde.

Ik ben niet ontevreden over de toepassing van de ontwikkelingsgeneeskunde door de Ziekenfondsraad in samenwerking met NWO. Men doet dat serieus en deskundig. Er zijn indertijd evaluaties geweest, waar onder andere uitkwam: minder bottom-up en meer top-down. Daar heeft men gevolg aan gegeven. De wetenschappelijke kwaliteit van de voorstellen wordt iedere keer beoordeeld door een speciale commissie ontwikkelingsgeneeskunde van NWO. De gebreken die er aanvankelijk aan zaten, zijn heel goed gerepareerd.

In het rapport "Doelmatigheid in de zorg" van de Ziekenfondsraad is conform de motie van de heer Oudkerk van 20 mei 1996 aandacht geschonken aan een versnelde aanpak van de bekende 126-lijst. Daarnaast is ingegaan op de vraag hoe de commissie om te bouwen tot een echte commissie doelmatigheid. Ik ben het eens met het voorstel van de raad om tot een integrale aanpak van de doelmatigheid te komen.

Vooruitlopend op het voorstel van de raad om voor de zomer een vervolgrapportage over doelmatigheidsbevordering uit te brengen, zal ikzelf dit jaar nog een eerste bouwsteen leggen voor een nieuwe programmering van een doelmatigheidsonderzoek. Het gaat daarbij niet om een grootschalig nieuw programma, en ook niet om veel extra middelen, maar meer om synergie aan te brengen tussen het versnipperde doelmatigheidsonderzoek, dat plaatsvindt buiten de ontwikkelingsgeneeskunde om, op allerlei plaatsen, zonder dat centraal beoordeeld wordt wat er onderzocht zou moeten worden in het belang van ons hele volksgezondheidsstelsel en verzekeringsstelsel.

Het huidige programma functioneert naar mijn mening toch goed; meer top-down. De evaluatie van bestaande verstrekingen krijgt ook meer aandacht. In het begin ging het alleen maar over nieuwe dingen. Heel belangrijk is dat geneesmiddelen op dezelfde manier moeten worden aangepakt. Daarover komt deze maand een rapportage van de

Borst-Eilers

Ziekenfondsraad. Daar wil ik heel snel duidelijkheid over realiseren, want ik vind dat de farmaceutische industrie ook snel moet weten wat wij van ze verwachten.

Bij de uitwerking van artikel 7 van dit wetsvoorstel wil ik wel rekening houden met een aantal zaken wat betreft ontwikkelingsgeneeskunde. Allereerst denk ik dat de periode van drie jaar, die nog altijd geldt voor het doen van zo'n project, te rigide is. Wij moeten deze soepeler hanteren. Er zijn allerlei vormen van zorg die je in kortere tijd kunt evalueren. Als er veel literatuur over iets is, kun je bijvoorbeeld via een zogenaamde meta-analyse al tot een conclusie komen. Kleine, kortdurende projecten zouden ook moeten kunnen. Het wordt allemaal eigenlijk opgetuigd tot het een groot driejarig project is, omdat dat nu eenmaal de eis is, maar het is natuurlijk onzin als men op die manier gaat werken.

De afronding van projecten op het gebied van ontwikkelingsgeneeskunde moet echt sneller kunnen. Er is op dit moment sprake van een zekere mate van stroperigheid. Ook de finale besluitvorming blijft vaak veel te lang uit. Ik onderzoek de mogelijkheid een buffer in te stellen binnen het JOZ, zodat als het ontwikkelingsgeneeskundeproject afgelopen is en de evaluatie is positief, er wat geld gereserveerd is om meteen door te kunnen gaan naar de reguliere verstrekking.

Heel belangrijk is dat naar mijn mening het ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek zich meer zal moeten richten op kosteneffectiviteit. Het is een vorm van MTA. Wij zijn nou eenmaal niet alleen geïnteresseerd in de vraag of iets effectief is, maar ook in de kosteneffectiviteitsverhouding. In ontwikkelingsgeneeskundeprojecten die over dit soort vragen gaan, moet je eigenlijk een prikkel inbouwen zodat de onderzoeksresultaten echt een effect tweebrengen op het gebied van kostenbeheersing en dat er opbrengsten uit kunnen komen waar men weer plezier van kan hebben, bijvoorbeeld doordat de opbrengst terug kan vloeien in het volume van de zorg, maar ook doordat je van dat geld weer iets kunt reserveren voor nieuw onderzoek. Op die manier krijg je een soort revolving fund.

Mevrouw **Kamp** (VVD): In verband

met de kosteneffectiviteit noem ik als voorbeeld geneesmiddelen. Wordt er ook gestudeerd op het inverdieneffect van maatschappelijke kosten? Het zou best zo kunnen zijn dat wij straks nieuwe geneesmiddelen hebben die ervoor zorgen dat mensen niet meer opgenomen worden en zelfs gewoon naar hun werk kunnen gaan. Definieert de minister daarom het begrip kosteneffectiviteit iets breder dan alleen als substitutie in de gezondheidszorg?

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben het helemaal met mevrouw Kamp eens dat de werkelijke toets is of het onderzoek in totaal meer oplevert dan het kost. De meeropbrengst kan ook veroorzaakt worden door een maatschappelijk effect. Ik ben het daar absoluut mee eens. Het zal echter niet zo eenvoudig zijn dat in de volle breedte in het systeem te brengen zoals wij dat zouden wensen. Wij zullen daartoe wel een poging ondernemen.

Het wetsvoorstel stelt strenge eisen aan de ontwikkelingsgeneeskunde en de relatie met de academische ziekenhuizen. Ik heb op dat punt aandachtig naar de Kamer geluisterd. Via een vierde nota van wijziging wil ik het wetsvoorstel openbreken. Ik wil wel goed toelichten waar het naar mijn mening eigenlijk om gaat. Wij hebben de afgelopen periode duidelijk ervaren dat als je goed ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek wilt doen waarvan niet alleen de opzet goed is – die wordt van tevoren wel beoordeeld – maar als je ook wilt dat het prima gebeurt, dat het geëvalueerd wordt en dat men aan de implementatie werkt, dit verreweg het beste daar kan plaatsvinden waar een onderzoekscultuur is en ervaren onderzoekers rondlopen. Zo'n cultuur vind je in de academische medische centra: samenwerking tussen een ziekenhuis en een medische faculteit.

Er zijn echter ook enkele niet-academische ziekenhuizen waar een goede onderzoekscultuur heerst. Als die cultuur en ervaring aanwezig zijn, zou je in die ziekenhuizen ook ontwikkelingsgeneeskundeprojecten moeten kunnen doen. Ik heb geprobeerd dat te omschrijven, want ik wil een en ander niet te veel opengooien. Ik heb nagegaan voor welke ziekenhuizen dit geldt. Het zijn allemaal ziekenhuizen die óf een

relatie hebben met een universiteit, zoals Medisch spectrum Twente, waar allerlei artsen werken die ook hoogleraar zijn aan de universiteit van Twente, óf die een verbinding hebben met een onderzoeksinstituut als het Nederlands Kanker Instituut, of die samenwerken in projecten met TNO. Ik heb geprobeerd dat alles duidelijk te maken in de vierde nota van wijziging.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik begrijp dat deze vierde nota van wijziging tegemoetkomt aan het amendement op stuk nr. 10 van mevrouw Kamp en mij, dat wij in eerste termijn hebben ingediend. Ik heb bij deze nota van wijziging nog wel een vraag. Voor het eerst zou het woord universiteit in de wet terechtkomen. Mijn vraag betreft vooral de formulering "of een andere gelijkwaardige onderzoeksinstelling". De minister noemde TNO. Als voorbeeld noem ik het Catharina Ziekenhuis in Veldhoven dat nauw samenwerkt met academische ziekenhuizen en waar mensen worden opgeleid. Vallen dergelijke ziekenhuizen onder de term onderzoeksinstelling of moet ik die formulering anders lezen? Ik ben bang dat dit in de praktijk allerlei discussies zal veroorzaken over de vraag of een topreferentiezienhuis hieronder begrepen mag worden.

Minister **Borst-Eilers**: Het academisch ziekenhuis is niet uit de tekst verdwenen. Het is door of overeenkomstig een samenwerkingsovereenkomst voor dat onderzoek met een academisch ziekenhuis of een universiteit of een andere, gelijkwaardige onderzoeksinstelling. In Nederland bestaat een aantal onderzoeksinstituten; ik hoef ze niet allemaal op te noemen, want dan zou de tijd helemaal voorbijsnellen. Het is en blijft natuurlijk ter beoordeling aan de commissie ontwikkelingsgeneeskunde en, nogmaals, die wordt bij dit soort aspecten ook heel sterk gesteund door de commissie van NWO. Ik zou willen voorkomen dat iemand zijn idee zou onderzoeken in een ziekenhuis waar men eigenlijk niet gewend is onderzoek te doen. Ik spreek ook over de ervaring met al die ontwikkelingsgeneeskundeprojecten, vooral in de begintijd; dat geld had beter besteed kunnen worden.

Borst-Eilers

De heer **Van Boxtel** (D66): Voorzitter! De intentie van mij en ook, naar ik aanneem, van mevrouw Kamp is absoluut niet om het aanbod de vraag te laten creëren; dat moet helder zijn. Maar er zijn natuurlijk omstandigheden waarin in een academische setting de ruimte er niet is maar die wel in een belovend perceel gevonden kan worden. Dan gaat het om een ziekenhuis van een hoogwaardig kwalitatief niveau.

Minister **Borst-Eilers**: Maar men werkt daar ook mee samen, zegt u.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ja, maar de formulering van het amendement laat dat in het vage. Het enige wat ik u vraag, is om in de toelichting aan te geven dat die commissie bij het toetsen van aanvragen daar soms mogelijk een niet-academisch ziekenhuis onder kan begrijpen. Met alle terughoudendheid; als u dat niet aangeeft, ben ik bang dat er allerlei spraakverwarring zal ontstaan.

Minister **Borst-Eilers**: Ik wil graag de vierde nota van wijziging daar nog eens kritisch op bekijken en de formulering zo aanscherpen dat er geen misverstand door kan ontstaan.

De heer **Lansink** (CDA): Wil de minister in dit verband ingaan op het wijzigingsvoorstel dat ikzelf over de positie van de academische ziekenhuizen heb ingediend? Dat gaat de andere kant op. Ik geloof dat er een aanmerkelijk verschil is tussen het topreferentiekarakter van de academische ziekenhuizen en datgene wat de minister nu opmerkt over samenwerkingsovereenkomsten met een universiteit, een instelling voor onderzoek of wat dan ook in dit amendement. De formulering klopt niet, maar daar kunnen wij in tweede termijn over spreken. Afgezien daarvan lijkt het mij dat dit nu juist de verkeerde kant opgaat, althans ten opzichte van wat ik heb voorgesteld. Of ziet de minister dat anders?

Minister **Borst-Eilers**: U verwijst nu naar het amendement over de topreferentiefunctie van de academische ziekenhuizen. Daar wil ik graag iets over zeggen, maar daarbij gaat het om een heel ander principiële punt, namelijk om de vraag wat nu precies topreferentiezorg is. Het ging hier om projecten voor ontwikkelingsgeneeskunde, in te

dienen bij de commissie van de Ziekenfondsraad, die voor de wetenschappelijke beoordeling samenwerkt met NWO. Wie kunnen zulke projecten nu uitvoeren? Mijn opvatting is dat je het zou moeten beperken tot de centra waar men een zekere onderzoekservaring en -traditie heeft. De academische ziekenhuizen hebben die zonder meer, maar ik heb uit de reactie van de Kamer begrepen dat zij het daartoe niet wil beperken, en dat is niet zonder grond. Er zijn andere instellingen die ook voldoende garantie bieden, bijvoorbeeld omdat zij samenwerken met een ervaren onderzoeker van een academisch centrum of van TNO. Dat probeerde ik in de nota van wijziging onder woorden te brengen en ik zal het nog wat scherper toelichten.

De heer **Lansink** (CDA): Ik vraag mij toch af of dat wel zo is. Ik zie wel dat twee collega's het naar voren hebben gebracht en dat de minister dus probeert dat op te pakken via een nota van wijziging. Dat is allemaal heel constructief en ik zal er goed over nadenken, maar misschien wordt aan het doel volstrekt voorbijgeschoten door de formulering en door de bedoeling die daar achter zit. Het gaat immers om ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek en de minister heeft terecht gezegd dat daar een academisch ziekenhuis bij nodig is. Nu is er een tekst gevonden waardoor ook een instituut voor onderzoek, zoals TNO, in aanmerking kan komen, zonder dat er enige relatie tot een academisch ziekenhuis is.

Minister **Borst-Eilers**: Het gaat hier ergens anders om. Wij hebben een aantal topziekenhuizen in Nederland, die zijn verzameld in de samenwerkende topziekenhuizen, niet-academisch, zoals Medisch spectrum Twente en Catharina Eindhoven. Die verrichten wel onderzoek, en dan meestal in samenwerking met een academisch ziekenhuis. Die klinici in die ziekenhuizen zijn soms als hoogleraar aan een of andere universiteit verbonden. Dan ben ik al tevreden, want dan heb ik ervaren onderzoekers te pakken. Dan heb je een voorbeeld als het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, een niet-academisch ziekenhuis. Dat zit onder één dak met een van onze beste onderzoeksinstituten in

Nederland. Daar is natuurlijk een onderzoekscultuur. Die moet je niet verbieden om ontwikkelingsgeneeskunde projecten in te dienen. Wij hebben een bonte situatie in Nederland. Als je gaat definiëren, blijft het moeilijk.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Is het niet moeilijker geworden door het onderzoeksinstellingen te noemen in plaats van ziekenhuizen?

Minister **Borst-Eilers**: De bedoeling is dan ziekenhuizen die een samenwerkingsverband hebben met bijvoorbeeld het AZL en tot voor kort de Dr. Daniel den Hoed Kliniek. Dat waren prima voorbeelden. Die ontwikkelingsgeneeskundige onderzoeken voltrokken zich altijd aan patiënten. TNO is geen ziekenhuis.

Ik kan meteen het punt meenemen van de topreferentiefunctie. Er is een amendement ingediend door de heer Lansink en de heer Van Boxtel. Zij wilden graag een reactie op het verzoek van de Vereniging voor academische ziekenhuizen. Er zijn allerlei termen voor: topreferentieziekenhuizen, topreferentiezorg, het ultimatum refugium en het eindpunt van verwijzing. Het is eigenlijk zorg die verleend wordt aan patiënten aan de grenzen van het kennen en kunnen op een plaats waar patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek hand in hand gaan, dus in het academisch ziekenhuis. Ik ben van mening dat deze functie niet als zodanig in dit wetsvoorstel geregeld moet worden.

Dit wetsvoorstel gaat over afzonderlijke verrichtingen. Er worden accenten gelegd waar intensivering van beleid gewenst is ten opzichte van die verrichtingen. Ik denk dat de topreferentiefunctie niet in die systematiek is te vatten. Het is een multispecialistische benadering van een in principe grote diversiteit aan patiënten met een grote diversiteit aan ziekten. Het kan een doodgewone ziekte zijn, zoals suikerziekte, maar het kan om een patiënt gaan die door alle mogelijke complicaties in een dergelijk kritieke situatie is komen te verkeren, dat hij naar een topreferentiecentrum moet omdat men het in een gewoon ziekenhuis niet meer aankan. Er hoeven helemaal geen bijzondere verrichtingen bij betrokken te zijn. Soms is er zelfs nauwelijks iets bij betrokken wat wij verrichting

Borst-Eilers

noemen. Het gaat dus veel meer om de ingewikkelde pathologie en de bijzondere deskundigheid van meestal verschillende disciplines die daarbij betrokken worden. Een wettelijke verankering met daaraan verbonden een afzonderlijke subsidieregeling in deze wet voor de topreferentiefunctie past niet. Ik denk dat de wet daarvoor een te smalle invalshoek heeft.

Ik denk dat de verankering van de topreferentiefunctie thuishoort in de sectorale zorgvisie. Op het ogenblik is die functie eigenlijk al gewaarborgd doordat in artikel 5a van de WZV verwezen wordt naar artikel 150a van de Wet op het wetenschappelijk onderwijs. Bij bepaalde topreferentiefuncties die heel kostbaar zijn, goed te omschrijven en een gerichte subsidiëring behoeven, zou je heel goed kunnen werken met artikel 8 van deze wet. Dat gebeurt in feite ook al via de behandeling van aids. Daar zijn enkele ziekenhuizen speciaal voor aangewezen, waaronder ook academische ziekenhuizen die dat combineren met wetenschappelijk onderzoek. Die behandelen ook de moeilijkste patiënten. Ik zou de aanneming van het amendement willen afraden.

Ik zal nog wel een paar woorden wijden aan de manier waarop de financiering van topreferentiezorg wel wordt aangepakt. Het is natuurlijk wel duidelijk dat het iets bijzonders is. Als je de diagnose leest, denk je dat het niet zo duur is, maar voor een topreferentiepatiënt wordt het toch vaak een heel dure aangelegenheid. Het moet apart bekostigd worden. Daar ben ik al een tijd over bezig met de Vereniging van academische ziekenhuizen. De minister van OCW is daar ook bij betrokken. De ziekenhuizen hebben een mooi rapport gemaakt, getiteld Bepaald betaalbaar, waarin zij zelf proberen om die drie taken: gewone zorg, topzorg en topreferentiezorg uit elkaar te rafelen en voorstellen te doen voor een nieuwe bekostigingsstructuur. Daar zijn wij ook al een eindje mee gevorderd. Per 1 januari van dit jaar zijn een nieuwe budgetsystematiek voor de patiëntenzorg en een nieuw rijksbijdragemodel academische ziekenhuizen ingevoerd. De rijksbijdrage is hetgeen de minister van Onderwijs geeft ten behoeve van de werkplaatsfunctie, en daar is een nieuw verdeelmodel voor in werking getreden. Er is nog één terrein dat

wij nog moeten uitwerken en dat betreft de topreferentiefunctie: hoe je zoiets normeert en bekostigt. Het is heel ingewikkeld. De NZI kijkt er ook nog een keer naar en daarna moeten wij knopen doorhakken. Wij krijgen de resultaten van een zogenaamd IBO, een interdepartementaal beleidsonderzoek, in het kader waarvan gekeken wordt naar de academische ziekenhuizen met hun bijzondere functie. Daarbij wordt ook gekeken naar de topreferentie in het licht van de hele financieringsstructuur van de zorg. Ik wil hiermee zeggen dat een en ander onze volle aandacht heeft en dat het op een bepaalde manier gefinancierd en geregeld moet worden. Ik denk dat de systematiek van deze wet zich daarvoor niet leent.

Voorzitter: Lansink

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik hoorde de minister spreken over FB-parameters. In een ander verband hebben wij al eens gezegd dat deze in hoge mate de kosten mede bepalen en dat alle output-gerelateerde studies die aan de gang zijn, daarmee verband houden. Betekent dit dat de FB-parameters voor de academische ziekenhuizen ook in dat licht worden gezet? Ik kan mij voorstellen dat de minister ons daarover later informeert.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal daarop in tweede termijn een nadere toelichting geven. Er is erg veel in beweging op dat terrein.

Voorzitter! Ik keer terug naar de ontwikkelingsgeneeskunde. De toekomstige positionering van de commissie ontwikkelingsgeneeskunde staat niet vast. Daarover moet nog een uitspraak worden gedaan. Wij hebben het derde deeladvies – brede analyse gezondheidsonderzoek – besproken op 21 januari vorig jaar in een algemeen overleg. Daarbij heb ik gezegd hoe de verdere procedure gezien wordt. Collega Ritzen en ik hebben meegedeeld dat wij nog steeds de mogelijkheid openhouden dat er één intermediaire gezondheidsonderzoeksorganisatie komt, waarin MWO en ZON zijn verenigd, maar wel met verschillende kamers voor meer fundamenteel en meer toegepast onderzoek.

De vraag is altijd geweest: wat gaat er gebeuren met de commissie ontwikkelingsgeneeskunde? Ik vind

dat de Ziekenfondsraad het goed doet, maar hij krijgt een ander karakter. Hij wordt een uitvoeringsorganisatie. Hoort dit daar nog wel thuis? Als het naar een van de andere twee, MWO en ZON, zou moeten, denk ik dat het eerder bij MWO thuishoort. Er is nu al een heel intensieve samenwerking. Afsproken is dat ik samen met minister Ritzen dit verder zal bekijken. Wij zijn bezig met een evaluatie, die uiterlijk 1 augustus a.s. moet zijn afgerond, waarna de definitieve besluitvorming over de positie van de commissie ontwikkelingsgeneeskunde moet plaatsvinden.

Mevrouw Swildens heeft enkele vragen gesteld over de toepassing van de artikelen 7 en 8. In het vierjarig beleidsoverzicht ontwikkelingsgeneeskunde zullen de grote lijnen van het beleid door mij en de minister van OCW worden vastgesteld, nadat wij daarover de Gezondheidsraad en de Ziekenfondsraad gehoord hebben. De uitwerking van de motie-Oudkerk speelt daarbij natuurlijk een belangrijke rol. De relatie tussen ontwikkelingsgeneeskunde en artikel 8 kan er zijn, maar dan wel volgtijdelijk. Dat wil zeggen: er is een ontwikkelingsgeneeskundetraject en, als een verbodsbepaling te zwaar wordt geacht, maar je toch iets wil beïnvloeden, kun je kiezen voor stimulering op grond van artikel 8. Omdat er sprake is van volgtijdelijkheid, zal niet het probleem aan de orde komen waarvoor mevrouw Swildens meen ik bevreesd was, namelijk dat de Ziekenfondsraad bij het vaststellen van de subsidie stiekem rekening houdt met het feit dat er nog een andere subsidiestroom is, namelijk ex artikel 8, de stimuleringssubsidie. Dat kan zich dus niet voordoen. Overigens geldt ook nu dat medische verrichtingen via het ontwikkelingsgeneeskundetraject alleen worden gesubsidieerd als geen reguliere vergoeding aanwezig is. Soms zit het gewoon in het verstrekkingenpakket en hoeft je dus de verstrekkingen als zodanig niet meer in het project te financieren.

De heer Lansink vroeg zich nog af in hoeverre de criteria voor de prioriteiten bij ontwikkelingsgeneeskunde een wettelijke basis nodig hebben. Die prioriteiten zijn algemene uitgangspunten; die kunnen wij in de loop van de tijd natuurlijk nog aanscherpen en

Borst-Eilers

wijzigen, al naar gelang ons voortschrijdende inzicht. En ik denk dat dit ook heel goed kan via de vierjaarlijkse beleidsoverzichten en beleidsplannen. Het lijkt mij verstandiger om het zo te doen en de zaak zo telkens bij te sturen dan er een wettelijke basis voor te creëren.

De voorzitter: Ik zal het aan de heer Lansink doorgeven...

Minister Borst-Eilers: Graag, mijnheer de voorzitter.

De heer Van der Vlies vroeg wanneer wij het eerste beleidsplan in deze vierjarige cyclus tegemoet kunnen zien. Dat zal in de loop van 1998 zijn.

De heer Van Boxtel vroeg zich nog af op wiens initiatief er zo plotseling een tweede nota van wijziging is gekomen. Wel, dat was op mijn initiatief; het leek mij nodig om een paar technische aanpassingen te plegen.

Dan de relatie tussen het wetsvoorstel inzake medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen en dit wetsvoorstel. De heer Lansink heeft in dit verband ook geïnformeerd naar de vangnetfunctie van de WMO. Hij concludeerde dat bijzondere medische verrichtingen niet getoetst worden door een ethische commissie, maar handelingen op basis van de WMO wel. Ik denk dat die zaken niet zo strikt gescheiden zijn. Het zal nogal eens voorkomen dat wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt in het kader van een project van ontwikkelings-geneeskunde. In dat geval moet op basis van de WMO het onderzoeks-protocol getoetst worden door een toetsingscommissie. En als het medische verrichtingen betreft die onder de werking van deze wet vallen omdat ze op grond van artikel 2 aangewezen zijn als vergunningplichtig, dan is er sprake van reguliere zorg en dan is toetsing niet meer nodig. De allereerste introductie van iedere nieuwe methode of techniek behoort dus als het om wat zwaardere onderwerpen gaat, in het kader van wetenschappelijk onderzoek te geschieden. De WMO heeft dan een zekere vangnetfunctie. En als een toetsingscommissie van mening is dat het doel van het onderzoek niet opweegt tegen de risico's ervan, dan zal zij er negatief over oordelen en dan mag het onderzoek niet verricht worden. Ik

hoop trouwens dat er binnenkort ook over dat wetsvoorstel met de Kamer gesproken zal kunnen worden.

De heer Marijnissen vroeg nog hoe de overheid eigenlijk de veranderingen volgt. Ik heb zojuist al gezegd dat de Gezondheidsraad hierbij een goede taak vervult. Die heeft nadrukkelijk de opdracht nieuwe ontwikkelingen te signaleren en hij doet dat ook geregeld. En als de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek in werking zal zijn getreden, is er de centrale commissie, waarmee de Gezondheidsraad er als het ware nog een kanaal bij heeft. De centrale commissie zal namelijk van alle onderzoeksprotocollen waarover de lokale commissies oordelen, de hoofdlijnen ontvangen. Zo ontstaat er dus een volledig inzicht in wat men in Nederland allemaal wil gaan onderzoeken. Dat kan een belangrijke indicatie zijn dat er ook in de praktijk weer een nieuwe ontwikkeling in aantocht is.

De heer Marijnissen (SP): Mijn vraag was eigenlijk tweeledig. Het ene deel heeft u nu beantwoord, het andere deel had betrekking op de spanning tussen de ontwikkeling van de normen in de samenleving en de technische mogelijkheden, en op de interactie tussen die twee. Hoe houdt de overheid in de gaten hoe de goegemeente erover denkt? Hoe bepaalt de overheid hoever zij kan gaan?

Minister Borst-Eilers: U bedoelt dat wij weten dat er nieuwe ontwikkelingen aankomen, maar dat wij dan nog niet weten hoe de goegemeente erop reageert. Wel, de centrale commissie en de lokale commissies moeten zo samengesteld zijn dat weliswaar niet de hele goegemeente daarin een oordeel geeft, maar dat er niet alleen professionals rond de tafel zitten. Ook bij de Gezondheidsraad is het gebruikelijk om niet alleen critici uit de hoek van de ethiek, de filosofie te laten meepraten, maar ook betrokkenen te horen over dit soort nieuwe zaken. Als de heer Marijnissen een sluitend systeem weet, houd ik me van harte aanbevolen. En bij de mening van de goegemeente denk ik toch ook altijd aan dit huis als vertegenwoordiger van de goegemeente. Wij zullen wat de openbaarheid betreft met de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek en de nieuwe ontwikkelingen wel zodanig

omgaan dat ook de Kamer kan volgen wat er zoal gebeurt.

De heer Van Boxtel vroeg of er niet heel veel verschillende ethische commissies komen. Hij noemde ook een heel rijtje; commissies op basis van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek, algemene ethische commissies in ziekenhuizen, commissies IVF-klinieken en de meldingsprocedures voor euthanasie via regionale toetsingscommissies. Die laatste commissies zijn echter van een heel ander karakter. Wat de ziekenhuizen betreft zijn de algemene ethische commissies, die niet ieder ziekenhuis heeft, eigenlijk voor de ethisch-maatschappelijk toetsing van de praktijk van de patiëntenzorg. Die gaan niet over onderzoek. Zij houden zich bezig met het beleid bij comapatiënten, het beleid ten aanzien van zwaar gehandicapte pasgeborenen en dergelijke. Ook individuele patiëntencasussen worden vaak aan zo'n commissie voorgelegd, bijvoorbeeld van een jehovagetuige die een bloedtransfusie weigert. Die commissies zijn in het algemeen ook anders samengesteld dan de commissies die echt over het medisch-wetenschappelijk onderzoek gaan. Die commissies worden ook vaak gecombineerd gebruikt door meer instellingen. De commissies op het gebied van IVF kunnen weer goed gecombineerd worden met andere commissies in een belendend ziekenhuis. Er kan dus wel iets gevonden worden in combinaties, maar er moet wel een onderscheid worden gemaakt tussen met ethische blik kijken wat de praktijk van de zorgverlening is en kijken welk onderzoek men wil doen.

Voorzitter: Bukman

Minister Borst-Eilers: Voorzitter! Mevrouw Swildens heeft gevraagd naar de financieringsaspecten van het stimuleringsartikel. Zij vroeg hoe en op welke titel die vergoedingen betaald worden. De redenen om een verrichting onder dat artikel te brengen, kunnen verschillend zijn. Per verrichting moet wel in een beleidsvisie worden aangegeven op grond van welk criterium die verrichting onder artikel 8 gebracht is en of een tijdelijke stimulering wordt beoogd of een meer structurele financiering. In de schriftelijke voorbereiding heb ik al aangegeven dat met de invoering van dat artikel

Borst-Eilers

8 de reeds in de praktijk geldende wijze van financiële stimulering van bepaalde bijzondere verrichtingen een wettelijke grondslag krijgt. Beide voorbeelden, aids-behandeling en brandwondenzorg, illustreren dat. Het COTG heeft voor deze functies aparte parameterbedragen vastgesteld voor capaciteit en producties in de budgetteringsrichtlijnen. In het lokaal overleg kunnen dus productieafspraken gemaakt worden tussen instelling en verzekeraars. Er vindt budgetvaststelling plaats door het COTG. Die financiering vindt dus gewoon plaats via de premies. De instelling wordt op verzoek aangewezen voor het uitvoeren van die verrichting. De aanwijzing op grond van dat artikel 8 zal dus de basis vormen voor zowel het lokale overleg als het COTG voor activiteiten die uiteindelijk tot toedeling van middelen leiden.

Nogmaals, het is andere instellingen niet verboden om ook die verrichting te doen, maar zij komen niet voor die extra vergoeding in aanmerking als hun verzoek om te worden aangewezen niet gehonoreerd wordt, bijvoorbeeld omdat de minister vindt dat er al genoeg brandwondencentra zijn en dus geen behoefte heeft aan een extra instelling.

De heer Lansink heeft gevraagd wat de imperfecties zijn, op bladzijde 11 van de nota naar aanleiding van het verslag, die volgens de minister aan de orde kunnen worden gesteld door patiëntenorganisaties en beroepsgroepen. Daarmee zijn eigenlijk bedoeld de verrichtingen die vanwege het ontbreken van een financiële stimulans niet met voldoende kwaliteitsgaranties omgeven zijn of in onvoldoende mate of helemaal niet plaatsvinden vanwege het kostbare karakter. Zoiets kan signaleerd worden door met name patiëntenorganisaties, die belanghebbend kunnen zijn, maar ook door beroepsgroepen. Ik ben het met de heer Lansink eens dat wij op dat soort signalen van patiëntenorganisaties en beroepsgroepen ook goed moeten letten.

De heer **Lansink** (CDA): Voorzitter! Daar wilde ik een opmerking over maken, ook om een verband te leggen met de opmerking die straks werd gemaakt over de schade die het gevolg kan zijn van kwakzalverij. U zult zeggen: wat heeft dat hiermee te maken? Maar soms worden door

patiëntenorganisaties imperfecties aangetoond rond ontwikkelingen die je eigenlijk helemaal niet als wenselijk zou moeten zien. Ik verwijs maar even naar de toestanden, heel vroeger, rond Vasolastine. Het is toch uitgesloten dat dit soort imperfecties aan de orde kunnen komen. Wij hebben hier een hele discussie gehad of je homeopathische geneesmiddelen wel of niet moet vergoeden. De Kamer speelt dan ook een rol, rond het begrip consumentensovereiniteit: baat het niet, het schaadt ook niet, en dat soort zaken. Dat is er in ieder geval niet mee bedoeld.

□

De **voorzitter**: Mevrouw de minister, mag ik u er in alle bescheidenheid op wijzen dat het een goed gebruik is dat wij om 23.00 uur de reguliere werkzaamheden beëindigen op woensdagavond. Als u zich daarna kunt voegen, zou dat fijn zijn.

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben eigenlijk op het punt aangekomen om nu nog iets te zeggen over het planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart. Daar zal toch zeker nog een tien minuten mee gemoeid zijn en er is ook veel belangstelling voor, zo vermoed ik, op grond van het recente rapport van de inspectie. Ik ben uiteraard als was in uw handen en als u zegt: doe dat dan maar de volgende keer, dan zou het misschien beter tot zijn recht komen.

De **voorzitter**: Als het een punt is dat veel aandacht zal vragen van de kant van de Kamer...

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben ervan overtuigd.

De **voorzitter**: ...dan moeten wij dat niet onder een te hoge tijdsdruk afraffelen. Dat komt de kwaliteit van het debat niet ten goede. Maar dat betekent wel dat wij het staartje van de eerste termijn van de kant van de regering de volgende keer moeten hebben, en daarna de tweede termijn, de afronding. Zullen wij dat zo doen?

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Voorzitter! Mag ik twee dingen opmerken? Als het antwoord van de minister over de wet sec nu afgerond is, dan zou ik haar willen

meegeven dat bij het opnieuw kijken naar de nota van wijziging die gaat over artikel 3, ook even wordt meegenomen de mogelijke imperfectie die er in artikel 4 zit, waar terugverwezen wordt naar artikel 3. Want anders krijgen wij die gedetailleerde discussie weer in de plenaire vergadering en dat is jammer.

Ik zou als tweede punt willen voorstellen dat het, juist omdat het rapport van de inspectie ons vanmiddag pas bereikt heeft en de begeleidende brief in het begin van de avond, misschien zelfs verstandig is om de behandeling daarvan geheel los te koppelen van dit wetsvoorstel en daar een apart notaoverleg of een ander overleg aan te wijden, er in ieder geval een moment voor te kiezen dat wij daar alle tijd voor hebben en dat wij daar ook met de minister en met elkaar op een echt fatsoenlijke manier over kunnen discussiëren.

De **voorzitter**: Daarmee geeft u dus geen negatieve kwalificatie van het debat van hedenavond, alsof dat onfatsoenlijk zou zijn.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Nee, maar wel met het eventuele risico dat als je het in tien minuten afrondt, het wel zo is.

De **voorzitter**: Laten wij in ieder geval dit zeggen. Het punt dat de minister nu aan de orde wilde stellen, heeft ons aller belangstelling in hevige mate en dat zou, als je het goed met elkaar uit wilt discussiëren, een halfuur gaan kosten, hetgeen prohibitief is. Dat moet in ieder geval verschoven worden naar de tijd die wij reserveren voor de tweede termijn, volgende week als het kan. Wat dat notaoverleg betreft, waarvan gesproken werd, het zou misschien verstandig zijn om even een korte procedurevergadering van een commissie te wijden aan de vraag hoe dat verder behandeld gaat worden. Mij is het echter om het even.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Mij lijkt dat niet wenselijk. Wij hebben in eerste termijn over dit onderwerp gesproken en willen graag de minister nu hier ook plenair haar visie laten geven. Om dan te zeggen dat wij dat even in een notaoverleg doen, vind ik een beetje een rare procedure. Ik ben ervoor dat wij uiteindelijk

Voorzitter

volgende week ook plenair verdergaan.

De **voorzitter**: Dan moet ik er rekening mee houden dat ik daar wat meer tijd voor reserveer dan mijn bedoeling was. Mijn bedoelingen terzake zal ik bijstellen. Dan lijkt mij nu het tijdstip gekomen om de vergadering te sluiten.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

Sluiting 22.56 uur



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

1. de volgende brieven:

een, van de minister van Buitenlandse Zaken, over de laatste ontwikkelingen met betrekking tot Albanië (25267, nr. 3);

een, van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, ten geleide van de geannoteerde agenda van het Uitvoerend Comité Schengen te Lissabon, 25 april 1997 (19326, nr. 159);

twee, van de minister van Justitie, te weten:

een, over de Wet op de lijkbezorging (23877, nr. 14);

een, over recente incidenten rond het onderwerp "invulling van publieke ruimten en reclame" (25000-VI, nr. 43);

een, van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, over de ontwikkelingen, dat een aantal universiteiten heeft besloten om het vijfde studiejaar uit eigen budget te financieren, opdat de betrokken studenten niet in de knel komen (25000-VIII, nr. 87);

een, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, over herziene kerndoelen voor het basisonderwijs en de basisvorming (25000-VIII, nr. 86);

een, van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, over de openbare watervoorziening (23168, nr. 13);

een, van de staatssecretaris van Defensie, over 102 radarstoorzenders van het type ALQ-131 (25000-X, nr. 66);

een, van de minister van Verkeer en Waterstaat, over ruimtetekort in mainport Rotterdam (24691, nr. 2);

een, van de minister van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, over de resultaten van onderzoek uitgevoerd door ID-DLO (24668, nr. 11);

twee, van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, te weten: een, over extra arbeidsplaatsen langdurig werklozen (23972, nr. 17); een, ten geleide van het kabinetsstandpunt over het functioneren van de PBO (25091, nr. 2);

drie, van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, te weten:

een, over een UV-weerbericht (22894, nr. 12);

een, over de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (24171, nr. 8);

een, inzake Wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering in verband met de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen (25288);

twee, van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, te weten:

een, ten geleide van de beleidsbrief Preventie en ouderen (24319, nr. 6);

een, over het persoonsgebonden budget (25004, nr. 34).

Deze brieven zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. de volgende brieven:

een, van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, ten geleide van de brochure "Pioniersfase in beeld";

een, van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, over wijziging Tienjarenprogramma Afval 1995-2005;

twee, van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, te weten:

een, ten geleide van de jaar-rapportage 1996 Ontslagstatistiek;

een, over compensatie weglek.

De voorzitter stelt voor, deze brieven door te zenden aan de betrokken commissies ter afdoening en niet te drukken;

3. de volgende brieven:

een, van G. Wienen, over de werkloosheid;

een, van H. ten Brink, over voetbalvandalisme;

een, van M.G.J. Schilderman, over de kosten van levensonderhoud;

een, van L.H. Anemaet, over 's lands bestuurders en volksvertegenwoordigers;

een, van de Vereniging Duo-moeders, over het afstammingsrecht;

een, van Vereniging Eigen Huis, over het wetsvoorstel koop van onroerende zaken en aanneming van werk.

Deze brieven liggen op de griffie ter inzage. Kopie is gezonden aan de betrokken commissies.