

Borst-Eilers

De heer **Schutte** (GPV): Ik wil de minister hierover dezelfde vraag stellen die ik ook al aan mevrouw Kamp stelde. Mevrouw Kamp stelde dat de behandeling van het onderhavige wetsvoorstel parallel moest lopen met de invoeringswet. De conclusie daarvan was dat dit nooit per 1 januari 1998 zou kunnen worden ingevoerd. Ik neem aan dat de minister blijft volhouden dat het heel belangrijk is dat het wel per 1 januari 1998 wordt ingevoerd.

Minister **Borst-Eilers**: Ik denk inderdaad dat het absoluut nodig is om beide zaken uit elkaar te trekken. Het rapport van de commissie-Biesheuvel eindigt met een stappenplan. De eerste stap is wijziging van de Ziekenfondswet en de WTZ om die ene aanspraak mogelijk te maken. De commissie plaatst dat ook volgtijdelijk. Wij moeten ons geen illusies maken. De hele verandering, die velen van u als een cultuurverandering in de ziekenhuiszorg hebben omschreven, vergt tijd. Natuurlijk moet je altijd zo voortvarend mogelijk tewerk gaan, maar mensen moeten ook wennen aan nieuwe situaties. Het zijn allemaal mensen die met patiëntenzorg bezig zijn. Wij moeten daar dus geen onnodige onrust creëren. Dat moet dus even zijn tijd hebben, nog afgezien van het feit dat de transmuraliseringstendens, die daar dwars doorheen sterk aan het groeien is, het nodig maakt om de relatie tussen eerste en tweede lijn opnieuw te doordenken. Er is dus nog veel te doen. Maar één ding kan in ieder geval voorlopig de tijd trotseren: de geïntegreerde aanspraak. Die wil ik dan ook zo snel mogelijk invoeren. De invoering van de rest komt daar noodgedwongen achteraan.

De heer Schutte vroeg of de datum van 1 januari 1998 daarbij haalbaar lijkt. Naar mijn smaak gaat het toch om een codificatie van de bestaande situatie, zeker als verwarrende of complicerende termen, zoals "samenwerkingsverband" kennelijk is, worden vervangen door helderder terminologie. Het moet mogelijk zijn om dat per 1 januari in te voeren, maar de eerste actie ligt natuurlijk nu weer bij mij. Ik besef dat heel goed.

De heer **Schutte** (GPV): Dit is van belang omdat de lokale initiatieven niet in de lucht mogen komen te

hangen. Als er onduidelijkheid ontstaat over de invoering hiervan, kunnen er ook op dat terrein problemen ontstaan.

Minister **Borst-Eilers**: Die lokale initiatieven kennen een beperkte looptijd. Het is hoog tijd dat een en ander formeel geregeld wordt.

De beraadslaging wordt gesloten.

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

Daartoe wordt besloten.

De vergadering wordt van 16.13 uur tot 16.35 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 9 april 1997.)

De algemene beraadslaging wordt hervat.

De **voorzitter**: De eerste termijn van de kant van de regering was nog niet afgerond. Het woord is aan de minister, ter voortzetting van de beantwoording.

□

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! Er is sprake van een natuurlijke cesuur in mijn eerste termijn, omdat wij behalve het wetsvoorstel zelf ook het Planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart behandelen. Nadat vandaag de geneesmiddelen, de eigen bijdrage, de ziekenhuizen en de specialisten aan de orde zijn geweest, komen wij nu aan bij "the heart of the matter" oftewel het hart.

In december 1996 heb ik een nieuw planningsbesluit vastgelegd voor de bijzondere interventies aan het hart. Met dit nieuwe besluit werden drie bestaande regelingen vervangen: de regeling voor hartchirurgie, voor hartkatheterisatie en voor de behandeling van hartritme stoornissen. Mijn overweging hierbij – dit in antwoord op een

vraag van de heer Van Boxtel – was een regeling te maken die minder snel door de ontwikkelingen zou worden ingehaald en waarbij een grote verantwoordelijkheid bij het veld zelf zou worden gelaten. De nieuwe regeling is dus vooral vereenvoudigd ten opzichte van de drie oude regelingen.

De heren Lansink, Van Boxtel en Marijnissen hebben vragen gesteld over de gewenste groei in de hartchirurgie en de interventiecardiologie, de ingrepen door de cardioloog. Ook hebben diverse leden – de heer Lansink, mevrouw Kamp, de heren Van der Vlies en Leerkes – gepleit voor een snelle beslissing over uitbreiding van het aantal hartcentra in Nederland, waarbij met name in de inbreng van de Kamer het oosten van het land, Twente, hoog scoorde. In de nieuwe regeling is het aantal ziekenhuizen aangegeven waar bijzondere verrichtingen aan het hart mogen worden gedaan en het traject is aangegeven waarbinnen op termijn een verdere groei van het aantal centra mogelijk wordt. In die zin is de regeling vooral voorwaardenscheppend.

Die voorwaarden zijn de volgende en dan heb ik het speciaal over de voorwaarden voor verdere groei. Ten eerste moet de organisatie van de bestaande hartcentra in ons land doelmatig zijn en ook transparant, zodat wij weten wat daar gebeurt. Ten tweede moet de benutting van de bestaande capaciteit optimaal zijn. Dat wil zeggen dat wij constateren dat binnen de bestaande infrastructuur verdere groei van de productie niet mogelijk is. Ten derde kunnen bij een goed uniform registratiesysteem toch de aanvaardbare wachttijden overschreden worden door ruimtegebrek.

Ik heb in de regeling geen uitspraken gedaan over de te verwachten groei aan hartchirurgische ingrepen van 2% waar de heer Van Boxtel naar vroeg. Het probleem is dat het nog steeds niet mogelijk is om een precieze uitspraak te doen over de te verwachten noodzakelijke groei in de komende jaren. Er zijn nog steeds onduidelijkheden, te veel om een harde prognose te geven. De belangrijkste zijn nog steeds: een gebrek aan eenheid in de geregistreerde gegevens en de snelle medische ontwikkelingen. Er worden steeds weer nieuwe behandelingen

Borst-Eilers

bedacht, die de ene keer onder verantwoordelijkheid van de chirurg en de andere keer onder verantwoordelijkheid van de cardioloog vallen. Deze twee elementen – gebrek aan uniformiteit in de registraties en de snelle ontwikkelingen – maken het moeilijk om het groeicijfer voor de toekomst vast te stellen. Dat is ook de mening van de inspectie in haar rapport "Openhartig". Maar er valt natuurlijk wel iets over te zeggen.

Om te beginnen zou de groei, uitsluitend gebaseerd op de vergrijzing van de bevolking, al 2% (moeten) zijn. Dat betekent dat de feitelijke groei hoger zal liggen. Daar komen immers nog de heroperaties bij. Steeds vaker ondergaan patiënten verschillende operaties tijdens hun leven. Ook de ruimere indicatiestelling speelt daarbij een rol. Het is natuurlijk steeds weer de vraag of de indicatiestelling in Nederland goed is of dat zij hier en daar wat aan de ruime kant is. In ieder geval denk ik dat voor het komend jaar – wij hebben op dit moment te maken met wachtlijsten – de productieafspraken omhoog moeten om de wachtlijsten te bekorten, dus om een inhaalslag te maken. Daarvoor is dan ook een deel van de 50 mln. bestemd die ik voor het aanpakken van wachtlijsten beschikbaar heb. Ik ga zo nog nader in op de vraag in hoeverre daarvan gebruik wordt gemaakt voor ingrepen aan het hart.

Ik wil eerst nog benadrukken dat er op dit moment in principe geen capaciteitstekort is. De bestaande centra hebben nog capaciteit genoeg om te groeien zonder dat zij daarvoor grote nieuwe investeringen hoeven te doen. Dat is ook de mening van de inspectie.

De inspectie signaleert enige interessante ontwikkelingen. Een van de meest opmerkelijke is de grote regionale verschillen in het aantal ingrepen aan het hart per 100.000 inwoners. In het rapport zijn twee kaarten opgenomen waarop een en ander wordt geïllustreerd. Het gaat vaak om gemeenten die dicht bij elkaar liggen, waarbij er geen reden is om aan te nemen dat de bevolkingssamenstelling verschillend is. Het blijkt dat bij de ene gemeente driemaal zoveel ingrepen per 100.000 inwoners aan het hart plaatsvinden dan bij de andere. Dat is opmerkelijk. Licht dat aan de leeftijdsopbouw van de bevolking, zijn er andere redenen waardoor het optreden van

hartziekten verschilt of heeft dit met de indicatiestelling te maken? Het kan bijna niet anders dan dat dit laatste er iets mee te maken heeft. Hier moet zeker nader onderzoek naar gedaan worden.

In Nederland zijn er wachtlijsten en in het buitenland, met name in België, is er een royaal aanbod. In een artikel van de Groene Amsterdammer werd vorige week gevraagd waarom patiënten niet in het buitenland mogen worden geopereerd. Ik kan mij die vraag wel voorstellen. Er zijn bijvoorbeeld in België geen wachtlijsten voor hartchirurgie. Integendeel, er is daar sprake van forse overcapaciteit. Alleen al in Vlaanderen zijn er zo'n 30 centra voor een bevolking van zo'n 6 miljoen inwoners, dus veel minder inwoners dan in Nederland. Mijn Belgische collega wil dit aantal overigens om doelmatigheidsredenen binnenkort flink reduceren. Het woord "doelmatigheid" is vandaag al diverse keren gevallen. Er is dus overcapaciteit in België.

Onlangs ben ik zelfs persoonlijk benaderd door een hartchirurg in België die zijn diensten aanbod voor Nederlandse patiënten, omdat hij nog ruimte had. Hij had gehoord dat wij lange wachtlijsten hebben. Ik vind dat wij bij het wegwerken van wachtlijsten in eerste instantie onze eigen mogelijkheden moeten benutten. Die mogelijkheden zijn er ook nog wel. Inmiddels hebben op de 50 mln. uit het wachtgeldfonds 80 ziekenhuizen ingeschreven. Met deze financiële impuls en ook met efficiencyverbetering in onze eigen ziekenhuizen moeten wij enerzijds toch een heel eind komen. Anderzijds vind ik dat, als wij op alle fronten Europees moeten denken en ons moeten voorbereiden op de euro in onze portemonnee, wij dit ook op dit punt wellicht moeten denken. Ik heb er dan ook geen bezwaar tegen dat verzekeraars hun verzekeren in ruimere mate dan nu toestemming geven om over de grens zorg af te nemen, als men voor dat type zorg in ons land erg lang moet wachten. De Ziekenfondswet biedt daar in principe ook ruimte voor. Als een behandeling niet binnen een redelijke termijn mogelijk is – er is nu inmiddels consensus in de beroepsgroep over wat in de hartchirurgie een redelijke termijn is – vind ik dat er wel reden is voor ziekenfondsen om toestemming te geven om over de grens behandeld

te worden. Ik vind dat verzekeraars op dat punt nog steeds erg streng zijn.

De heer **Lansink** (CDA): Deze benadering kan meetellen, zeker als er een groot bevolkingsareaal is rondom de grens, zoals in Maastricht, maar daar is, dacht ik, geen knelpunt. Komt de minister nog te spreken over de spreiding en toegankelijkheid in ons land? Dat is een geheel ander verhaal.

Minister **Borst-Eilers**: Absoluut, maar ik maakte even een uitstapje naar België.

De heer **Lansink** (CDA): De Kamer heeft gevraagd om naar Twente te kijken, waar op basis van de...

De **voorzitter**: De minister komt nog over dat punt te spreken.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Ik vind het zeer positief dat de minister zegt dat de verzekeraars ook zouden moeten vergoeden als ingrepen in het buitenland plaatsvinden. Mijn vraag is in hoeverre de niet uniforme indicatiestelling daarbij een vertroebelende factor is. De indicatiestelling is in het buitenland anders dan hier. Men accepteert daar patiënten voor wie hier een contra-indicatie bestaat, volgens het protocol van de beroepsgroep. Als men in het buitenland dat risico neemt, waarbij het protocol soms iets te strak is, in hoeverre kan dat dan een obstakel zijn voor verzekeraars en bijvoorbeeld het ziekenfonds om dat te betalen? Op welke manier denkt de minister dat aan te pakken? Is zij bereid om dat snel te doen? Er zijn al concrete voorbeelden van deze vraag.

Minister **Borst-Eilers**: Voor de harttransplantaties in Nederland bestaat inderdaad al een landelijk protocol. Juist bij de harttransplantaties heeft zich een paar maal de situatie voorgedaan dat men in Nederland zei: volgens ons protocol komt u niet in aanmerking voor een harttransplantatie. De indicatiestelling is in België inderdaad wat ruimer. Ik weet alleen dat er twee patiënten naar België zijn gegaan, die beide kort na de operatie zijn overleden. Dat is een heel tragische gang van zaken. Ik kom nog terug op het harttransplantatieprotocol in Nederland.

Borst-Eilers

Ik had het vooral over dotteren en de bypassoperatie. Je staat in Nederland op een wachtlijst, dat wil zeggen dat je door Nederlandse artsen bent geïndiceerd. Zij zeggen dat je inderdaad in aanmerking komt. De verzekeraar weet dat ook. Als je langer op de wachtlijst staat dan de maximaal aanvaardbare tijd die nu door de beroepsgroep is vastgelegd en die ook in het rapport van de inspectie staat, dan vind ik dat een verzekeraar wel kan zeggen dat men naar de overkant van de grens kan. Daarbij speelt het verschil in indicatiestelling geen rol.

Een andere situatie is dat iemand zegt dat men hem in België wel wil opereren. Daar heeft men een geweldige overcapaciteit. Men staat daar bij de voordeur als het ware op patiënten te wachten. Als hij daarvoor in Nederland geen indicatie heeft gekregen, hoeft de verzekeraar dat niet toe te staan. De indicatiestelling voor dotteren en bypassoperaties is in Nederland eerder aan de ruime dan aan de krappe kant.

Mevrouw Swildens-Rozendaal (PvdA): Dat onderscheid zou ik ook graag willen maken. Het gaat inderdaad om harttransplantaties, maar ook in andere situaties is het denkbaar dat het betalen van dat soort kosten door de verzekeraar niet geweigerd kan worden. Er is namelijk een uitspraak van de rechter in Amsterdam, dat de zorgaanbieder valt onder de dienstverlening en over de grenzen heen plaatsvindt. Als het gaat om harttransplantaties, denk ik dat het opstellen van een gemeenschappelijk protocol misschien al een hindernis kan wegnemen. Wilt u zich daarvoor inzetten? En passant vraag ik of u ook nog eens naar het Nederlandse protocol wilt kijken.

Minister Borst-Eilers: Ik kom nog terug op het Nederlandse protocol. Als ik zeg dat verzekeraars wat meer Europees kunnen denken, geldt dat zeker ook voor de beroepsgroep. Het zijn wetenschappelijk opgeleide mensen, die sowieso al veel internationaal verkeer hebben. Het heeft mij ook vaak verbaasd waarom het niet mogelijk is om met Nederlandse, Belgische en Duitse collega's tot een gemeenschappelijke indicatiestelling te komen. Dat schijnt toch moeilijk te zijn. Zodra je de grens overgaat, smaken de aardap-

pels anders en zijn de indicaties voor een harttransplantatie ook anders.

Mevrouw Kamp (VVD): Is het Verdrag van Maastricht er niet mede debet aan dat er gezegd wordt dat de gezondheidszorg een nationale aangelegenheid is? En is het niet paradoxaal wat de minister zegt? Zij zegt dat er voor dotteren en hartinterventie eigenlijk nog capaciteit is in Nederland en zij wil deze niet uitbreiden.

Minister Borst-Eilers: Ja, er is capaciteit, dus operatiekamers en chirurgen.

Mevrouw Kamp (VVD): Als er capaciteit is, hoe rijmt u dit dan met te zeggen dat de verzekerde wel naar het buitenland mag? Dat is toch niet goed te begrijpen, als er capaciteit is in Nederland?

Minister Borst-Eilers: Ik ben mijn verhaal niet voor niets begonnen met de mededeling dat ik vind dat wij onze eigen problemen voorlopig nog met de bestaande capaciteit kunnen oplossen. Ik kom straks te spreken over het feit dat naar mijn mening het moment niet ver meer is dat de capaciteit, te weten het aantal centra, moet worden uitgebreid. Over de grens gaan is iets dat pas daarna in aanmerking komt. Het gaat immers om patiënten. Ik kan natuurlijk wel zeggen dat objectief gezien de capaciteit voldoende is, ook volgens de inspectie, en dat men nog wel wat meer zou kunnen doen dan thans het geval is binnen de bestaande capaciteit, maar een patiënt schiet daar op een gegeven moment niet veel mee op. Dat heeft te maken met de manier waarop in een ziekenhuis budgetten verdeeld worden. Men heeft een bepaalde hoeveelheid geld ter beschikking. Ik weet niet of men het interview heeft gelezen met prof. Marti, de orthopeed. Hij zei dat in zijn ziekenhuis ruimte genoeg was om een groot deel van zijn wachtlijst voor heupoperaties weg te werken, maar dat de zaken echter zo verdeeld zijn in het ziekenhuis dat hij niet voldoende operatiecapaciteit heeft toegewezen gekregen. Als hij in de directie zat, zou hij die capaciteit anders verdelen. Ik treed daar verder niet in, maar het gaat hierbij om dit soort problematiek.

Mevrouw Kamp (VVD): 80 ziekenhui-

zen hebben een beroep gedaan op de 50 mln. bestemd voor het wachtgeldfonds. Veel ziekenhuizen doen dat in verband met cardiologie. Op 1 april zou bekend worden welk ziekenhuis wat krijgt. Het is vandaag 17 april. Is inmiddels bekend hoe die 50 mln. wordt verdeeld?

Minister Borst-Eilers: Op een aantal aanvragen kun je al zeggen dat zij oké zijn. De termijn is tot 1 mei opengesteld, omdat men problemen had met de datum van 1 april. Het is namelijk niet zo dat je je maar meldt en dan wordt er een bakje geld omgekeerd. Je moest aan een aantal eisen voldoen. Ik kom straks op de aantallen terug.

De heer Marijnissen (SP): Voorzitter! Het zijn over het algemeen de regeringsleiders uit ontwikkelingslanden die zich in het buitenland laten opereren, zoals Mobutu en Jeltsin. Nederland moet niet die kant uitgaan dat wij het over het algemeen aanvaardbaar vinden dat wij niet de eigen broek kunnen ophouden voor zoiets wezenlijks. De minister zal straks nog over het geld spreken. De Vereniging voor cardiologie heeft gesuggereerd dat het budget met 5% à 10% verhoogd moet worden. De eigen inspectie van de minister komt tot de conclusie dat het noodzakelijk is volgend jaar meer budget uit te trekken. Als de minister vaststelt dat er voldoende capaciteit is, maar te weinig budget, waarom kiest zij dan niet voor meer budget om dit probleem op te lossen?

Minister Borst-Eilers: De heer Marijnissen weet dat het kabinet bezig is de geldmiddelen te verdelen. Wij zijn bezig met het uitgavenkader. In september zal geopenbaard worden hoe wij die middelen volgend jaar gealloceerd hebben. Natuurlijk ben ik volop met dat vraagstuk bezig.

De heer Marijnissen (SP): Dat betekent dat voor de minister opereren in het buitenland een second-bestoplossing is?

Minister Borst-Eilers: Ja.

De heer Marijnissen (SP): Maar zo-even sprak de minister over de euro, over samenwerken in Europa, alsof wij Nederlanders eraan zullen moeten wennen dat wij ons naar haar mening in het buitenland

Borst-Eilers

moeten laten opereren. Dat heb ik dus verkeerd begrepen?

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb dat waarschijnlijk onduidelijk gezegd. Het was bedoeld als second-bestoplossing. Die term wil ik onderstrepen. Het is een tijdelijke zaak. Wij zijn ervoor verantwoordelijk noodzakelijke ingrepen en andere behandelingen gewoon in eigen land te regelen. Je kunt echter tijdelijk in een situatie komen dat zij in het buitenland duimen staan te draaien, terwijl het hier even moeilijk is. Wij hebben allemaal de hartluchtbruggen gekend. Ik zie die absoluut niet als een wenselijk structureel verschijnsel. Ik begrijp heel goed, al is België heel dichtbij, dat het veel plezieriger is in je eigen omgeving met je eigen familie in de buurt behandeld te worden. Het gaat echt om noodgevallen.

De heer **Leerkes** (Unie 55+): Voorzitter! De minister weet dat er in Twente een groot platform bestaat voor de vestiging van een hartchirurgisch centrum.

Minister **Borst-Eilers**: Ik kom daar zo over te spreken.

De heer **Leerkes** (Unie 55+): Er zijn 34.000 handtekeningen gezet ten gunste van dat centrum. Patiëntenverenigingen hebben zich daarvoor ingezet. Wij hebben allemaal gesproken over de grote afstanden. Nu hoor ik de minister plotseling zeggen dat je wel naar het buitenland kunt voor behandeling. Ik zie straks de mensen uit Oldenzaal al naar Antwerpen gaan om geopereerd te worden, terwijl wij in de buurt een groot ziekenhuis hebben met 1100 bedden. De ruimtelijke accommodatie is aanwezig. Nu wil Twente graag heel duidelijk weten waarom de minister nog steeds zegt dat zij geen nieuw hartchirurgisch centrum wil vestigen op die grote witte plek.

Minister **Borst-Eilers**: Ik geloof dat ik voortaan mijn bijdrage maar van achteren naar voren zal voorlezen, want dit is al de derde keer vandaag dat men iets vraagt waar ik later op zou terugkomen.

De **voorzitter**: U had dat gezegd; misschien moet ik iets minder lankmoedig zijn, maar de heer

Leerkes bracht het weer zo aardig. Het woord is aan de minister.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Ik had nog een vraag.

De **voorzitter**: Nee, het woord is nu echt aan de minister voor het voortzetten van haar betoog. Dan komt zij vanzelf op het antwoord op de vraag van de heer Leerkes.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Mijn vraag ging over het vorige onderwerp. De minister is daar net van afgestapt.

De **voorzitter**: Ja, maar u hebt een interruptie gepleegd. U kunt iedere keer wel weer terugkomen met nieuwe opmerkingen, maar ik wil op dit punt de interrupties beëindigen en de minister vragen om haar betoog voort te zetten.

Minister **Borst-Eilers**: Ik kom nu aan het onderwerp van uitbreiding van het aantal centra in Nederland. Wanneer is dat aan de orde? Ik heb al gezegd dat er op dit moment nog voldoende ruimte in de capaciteit is om de groei nog een paar jaar op te vangen, maar daar zal een einde aan komen. Ik denk dus dat de uitbreiding van het aantal centra nu echt in beeld komt. Je hebt immers niet van de ene op de andere dag een compleet geoutilleerd centrum voor ingrepen aan het hart. Wij zijn daarom op het departement bezig met een voorstel daarvoor. Door verschillende partijen en onderzoekers zijn allerlei groei prognoses gemaakt over de openhartoperaties en de PTCA's en er zijn een aantal mogelijke scenario's ontwikkeld. Ik heb de Begeleidingscommissie hartchirurgie Nederland nu uitgenodigd om daarover met ons te komen praten en om, als deskundigen op het gebied van het hart, hun ideeën naast die van de beleidsdeskundigen van mijn eigen departement te leggen. Men weet hoe het met grafieken is: als je de ene grafiek tekent, zeg je dat het in het jaar 2000 spaak loopt en dat er dan een centrum bij moet; als je een iets andere inschatting maakt, ben je iets eerder of iets later op dat punt. Wanneer wordt de lijn van de capaciteit doorsneden door de lijn van de groei? Nogmaals: het is altijd nodig dat de beroepsgroep eenheid in indicatiestelling en protocollering heeft. Maar goed, wij gaan daarover

praten. Ik wil graag dat dat overleg leidt tot een concrete aanpak, zodat wij weten wat er de komende vijf à tien jaar waarschijnlijk met die groei gaat gebeuren en hoe wij de capaciteit daarbij moeten aansluiten.

Welke gebieden en welke delen van het land komen, als je over nieuwe centra denkt, in aanmerking voor hartchirurgie en PTCA's? Twente is in dat verband uitdrukkelijk in beeld. De Kamer heeft waarschijnlijk gezien dat ook de inspectie in dat dikke blauwe rapport heeft gesignaleerd dat de landelijke spreiding op zich goed is, maar dat er in Twente echt een witte plek zit. Op die witte plek heeft de inspectie de vinger gelegd. Behalve naar de bereikbaarheid en de afstanden kan men ook kijken naar de geschatte bevolkingsgegevens in het jaar 2005. Daar komt heel duidelijk uit dat ook in Zuid-Holland-Zuid een capaciteitstekort gaat ontstaan als je uitgaat van de eis dat men een beetje in de eigen regio geholpen wordt. Hiermee noem ik dus al twee locaties. Als wij tot uitbreiding van het aantal locaties komen, hoeft dat niet per se tot één centrum beperkt te blijven.

Ik heb al gezegd dat wij nog een tijdje voort kunnen met de bestaande capaciteit, maar dat heeft in zoverre een theoretisch aspect dat ik het niet goed zou vinden als academische ziekenhuizen heel grote hartchirurgische fabrieken gaan worden. Je kunt wel zeggen dat men daar nog het nodige kan opvangen, maar zeker in een opleidingsziekenhuis – waar ook onderzoek, maar vooral onderwijs en opleiding moeten plaatsvinden – moet je zorgen voor evenwicht tussen de verschillende onderdelen van het vakgebied. Het moet dus geen hartziekenhuis met nog wat aanhangsels worden. Zo kan het best zijn dat de capaciteit, met name in de academische ziekenhuizen, vanwege het evenwicht beter niet volledig kan worden benut. Dan kom je al wat eerder toe aan enkele nieuwe centra in Nederland.

De heer **Lansink** (CDA): Ik ben blij dat de minister nu opmerkt en als het ware samen met de inspectie erkent dat er in Twente een witte plek is. Dat heeft de Kamer in algemene zin uitgesproken. Mijn eerste vraag is of dat betekent dat de minister snel zal gaan werken aan de uitbreiding van de capaciteit daar. Je kunt wel zeggen dat er voorlopig met de wachtlijsten iets kan worden

Borst-Eilers

opgevangen, maar het gaat er nu ook om om de realisering zichtbaar te maken. Dat is punt één. Punt twee is het volgende. Ik sta hier nu toch. Anders word ik straks misschien achter de microfoon weggehaald door de voorzitter, alhoewel die heel vriendelijk is vandaag! De minister heeft Zuid-Holland-Zuid genoemd. Kan zij ook iets zeggen over Leeuwarden en Twente? Voor mijzelf is de volgorde: 1. Twente, 2. Leeuwarden en 3. Den Haag, Zuid-Holland-Zuid.

Minister Borst-Eilers: Op grond van de geografische bereikbaarheid en de bevolkingsprognose komen er het eerst knelpunten in Twente, gevolgd door Den Haag en Leeuwarden. Men kan echter ook van andere criteria uitgaan. Ik wil de Kamer vragen om geduld te hebben. Wij hebben het nu heel fraai in kaart gebracht met behulp van studies. Dat is echter nog maar het werk van niet-inhoudsdeskundigen. Wij gaan er nu ook met de Begeleidingscommissie hartchirurgie naar kijken. Vervolgens moeten er conclusies worden getrokken. Het kost immers een paar jaar voordat een volledig draaiend systeem is bereikt. De heer Lansink weet zelf wat daarvoor allemaal nodig is. Het gaat niet alleen om een chirurg, maar om meerdere hartspecialisten, speciaal opgeleide verpleegkundigen, perfusionisten en een intensive care, toegespitst op dit soort patiënten. Dat is allemaal niet van de ene op de ander dag met voldoende kwaliteit aanwezig. Daarna kan men aan de slag en plannen maken.

De heer Lansink (CDA): Ik heb hier begrip voor. Ik weet inderdaad wat er allemaal bij komt kijken. Binnen hoeveel tijd kunnen wij een plan van aanpak ontvangen, een schema volgens de lijnen die de minister nu schetst?

Minister Borst-Eilers: Ik hoop dat het er voor de zomer is. Het zal er in ieder geval nog dit jaar komen. Het hangt ervan af hoe snel wij het met de Begeleidingscommissie hartchirurgie eens worden.

De heer Lansink (CDA): Ik zou het zeer op prijs stellen als de minister kan toezeggen dat wij hier voor de zomer nog naar kunnen kijken.

Minister Borst-Eilers: Daar doe ik mijn best voor.

Mevrouw Swildens-Rozendaal (PvdA): Ik vind het op zichzelf prima dat er meerdere scenario's worden gepresenteerd en ook zo snel worden uitgewerkt. Het is ook prima dat daarbij in de eerste plaats gedacht wordt aan de uitbreiding van het aantal gespecialiseerde hartcentra. Ik vraag de minister of zij hiermee afstapt van het idee dat is neergelegd in het planningsbesluit om als alternatief of aanvullend de satellietconstructie niet geheel onder tafel te laten verdwijnen. Ik kan daar per interruptie moeilijk alle argumenten voor opnoemen die ik daarover wil melden. Ik weet niet of de minister daar in haar eigen betoog op terugkomt. Ik zou nu vast willen meegeven dat als er over scenario's wordt gedacht, niet alleen het of-of-scenario maar ook het en-en-scenario uitdrukkelijk aan de orde moet komen.

Minister Borst-Eilers: Met de satellietconstructie bedoelt mevrouw Swildens op plaatsen waar men alleen de wat minder complexe ingrepen doet?

Mevrouw Swildens-Rozendaal (PvdA): Ik doel op de minder complexe ingrepen en op kleine hartchirurgische ingrepen en op dotteren en dat dan in de dunbevolkte plekken in de regio's, in een goede en nauwe samenwerking met de centra. Daarbij kan men twee vliegen in één klap slaan. Ik doel dan op de wachtlijstenproblematiek voor de centra en de bereikbaarheidsproblematiek voor de patiënten en de familie zelf. Dat laatste probleem is wellicht het belangrijkste. Misschien kan dit nog niet overal, omdat daarvoor niet de deskundigheid en de voorwaarden aanwezig zijn. Ik zou het echter jammer vinden als de minister nu met een op zichzelf heel goed voorstel om snel met een scenario te komen het satellietmodel helemaal laat vallen.

Voorzitter: Bukman

Minister Borst-Eilers: Ik denk dat het een heel goed idee is voor een beginnend hartcentrum, dat immers klein van start gaat en daarbij zwaar leunt op de expertise en de deskundigheid van het dichtstbijzijnde grotere en meer ervaren

centrum. Daarnaast moeten uiteindelijk bij hartoperaties wel mensen van alle deskundigheden in huis zijn. Ik heb het nu niet over dotteren, maar over hartchirurgie. Daarbij kan niet gezegd worden dat als het helemaal fout gaat, men wel even belt om hulp. Wel kan men op een meer continue basis aan advies, consultaties en gastoperateurs denken. Als men begint, moet dit geregeld worden met het dichtstbijzijnde en ook meer ervaren centrum. Dan is er inderdaad sprake van een satellietcentrum. Dat betekent dat het centrum op zichzelf vrij klein is en men af en toe de capaciteit in personeel wat kan aanvullen. Het wordt echter al snel een zelfstandig draaiend centrum.

Mevrouw Swildens-Rozendaal (PvdA): Het aardige is dat als de deskundigheid in huis is en er sprake is van een goede samenwerking met het hartcentrum, men tot een gemeenschappelijke indicatiestelling komt en met elkaar de patiënten kan zien en bespreken. Zo'n situatie is denkbaar in Alkmaar, waar ten aanzien van neurochirurgie al zo'n satellietconstructie bestaat. Inmiddels kennen wij de gegevens van alle potentiële cliënten, zou ik bijna zeggen. De mogelijkheid bestaat daarbij om over en weer te praktiseren in elkaars ziekenhuizen, waardoor niet alleen gegarandeerd wordt dat de indicatiestelling gelijk is en de deskundigheid op peil wordt gehouden, maar waardoor ook de expertise wordt gebracht naar de bron. Met de bron bedoel ik de regio van de patiënt.

Minister Borst-Eilers: Ik dacht: het betoog moet ergens heen gaan en dat was dus Alkmaar.

Mevrouw Swildens-Rozendaal (PvdA): Er zijn ook andere voorbeelden.

Minister Borst-Eilers: Een onderwerp van bespreking met de Begeleidingscommissie hartchirurgie is of het zinvol is om op die manier met satellieten te gaan werken of dat er een, twee of drie nieuwe centra in Nederland moeten komen, die in het begin leunen op een meer ervaren centrum, maar die zich er snel los van kunnen maken. Wij zullen dit met deskundigen bespreken.

Mevrouw Kamp (VVD): Ik begrijp dat

Borst-Eilers

u de begeleidingscommissie opnieuw laat adviseren over het advies van de Gezondheidsraad. Het advies van de Gezondheidsraad was: uiteindelijk horen dotteren en hartchirurgie bij elkaar. In het regeringsstandpunt wordt een opening gegeven om een scheiding aan te brengen tussen dotteren en zeg maar de grote hartinterventies. Dat zou het perspectief bieden dat veel meer mensen geholpen kunnen worden. Is een van de problemen niet dat te weinig OK- en intensive-carebedden beschikbaar zijn? Een satellietconstructie kan dat soms verhelpen.

Minister **Borst-Eilers**: In het planningsbesluit hebben wij de mogelijkheid genoemd in dezen een onderscheid te maken tussen complexe en minder complexe ingrepen. Het idee hiervoor is ingegeven toen wij constateerden dat er in Duitsland diverse centra zijn waarin men alleen dottert en waar het dichtstbij gelegen hartchirurgische centrum op een uur rijden met de auto ligt. Kwalitatief vindt men dit volstrekt verantwoord. Men dottert er niet als men vermoedt dat het wel eens een gecompliceerde operatie zou kunnen zijn. Tegenwoordig zijn er mogelijkheden om, als er tijdens het dotteren iets verkeerd gaat, de patiënt heel goed in conditie te houden en met een ambulance naar een ander centrum te vervoeren. Ik meen dat wij die mogelijkheid in het planningsbesluit moeten opnemen. Er zou dan een lichtere sturing kunnen zijn voor die type ingrepen, terwijl het zware vergunningstelsel geldt als een en ander in de volle breedte wordt uitgeoefend. Wij kennen zo'n regeling ook voor neurochirurgie en neonatologie. De diagnostische ingrepen in de interventiecardiologie vallen niet onder artikel 18, dus die kunnen al daar plaatsvinden waar geen hartchirurg om de hoek is.

De heer **Van Boxtel** (D66): Ik ben heel blij met die toezegging.

Minister **Borst-Eilers**: Dit verhaal loopt slecht af, hoor!

De heer **Van Boxtel** (D66): Want het zal voorlopig nog niet gebeuren, wilde u zeggen.

Ik ben blij dat u de mogelijkheid gaat onderzoeken om deze construc-

ties echt tot hun recht te laten komen.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Mag de begeleidingscommissie antwoord geven op deze vraag?

Minister **Borst-Eilers**: De vraag is voorgelegd aan de Nederlandse vereniging voor thoraxchirurgie en aan de Nederlandse vereniging voor cardiologie – daarmee zijn de belangen voldoende gespreid – of dit mogelijk zou zijn. Ik kan mij voorstellen dat thoraxchirurgen zeggen: als wij niet in de buurt zijn, mag de cardioloog niet dotteren. De cardiologen zelf waren er ook niet erg enthousiast over. Ik raad ze aan eens bij collega's in Duitsland te gaan kijken. Als het daar kan, begrijp ik nog steeds niet waarom het hier niet kan.

De inspectie heeft tijdens het onderzoek, dat rondje, ook die mogelijkheid ter sprake gebracht en is teruggekomen met de boodschap dat chirurgen en cardiologen in ons land er eigenlijk niets voor voelen. Men denkt dat het de kwaliteit zal schaden, dat een versnippering optreedt van functies en dat de multidisciplinaire en intercollegiale toetsing dan niet goed kan plaatsvinden. De inspectie vindt dat eigenlijk ook wel relevante argumenten, zoals men zal hebben gelezen, maar ik geef het toch nog niet helemaal op. Ik wil een verdere vergelijking met de situatie in Duitsland maken.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Soms moet je de mensen een beetje over de drempel helpen. Dat kan met goede voorbeelden waar het heel keurig en verantwoord gebeurt. Daaraan moeten wel voorwaarden verbonden worden. Zo zal de kwaliteit gewaarborgd moeten zijn. Maar misschien kunnen de chirurgen zich verplaatsen. Het leukste voorbeeld vind ik de gynaecoloog in Groningen die in de regio ook de boer op gaat, om het maar zo uit te drukken. De achterliggende gedachte is dat de deskundigheid ook naar een andere plaats gebracht kan worden. Op die manier kan men de goede samenwerking inhoud en gestalte geven.

Minister **Borst-Eilers**: Goede hartchirurgie is echt teamwerk, zo spreek ik toch ook wel een beetje uit eigen ervaring. Dat moet een team zijn van onder anderen verpleegkun-

digen en mensen van intensive care die dit werk in de vingers hebben en die bij een complicatie direct weten wat er aan de hand is. Een chirurg uitzenden naar een centrum zonder die onderbouw, leidt echt tot kwaliteitsverlies.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Dat wil ik ook als voorwaarde zien.

Minister **Borst-Eilers**: Dan moet het toch een fullswing centrum zijn.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Er kan al sprake zijn van een uitwisseling, als bijvoorbeeld de deskundigen uit de regio regelmatig de handelingen verrichten. In dit geval gebeurt dat in Amsterdam. Daardoor wordt de samenwerking en het teamwerk opgebouwd. Volgens mij zijn er dus mogelijkheden voor kleine ingrepen.

Minister **Borst-Eilers**: Ik blijf erover doordenken. Ik zal het ook inbrengen in de gesprekken over de toekomst in de begeleidingscommissie.

De heer **Van Boxtel** (D66): In de academische centra zijn er af en toe opstoppingen en blijft de hartchirurgie achter. Dit geldt ook voor PTCA, dotteren. Ik kan mij dan voorstellen dat niet alleen de specialist uitvliegt, maar ook de rest van het team als een soort vliegende brigade. Ik denk aan de VU in Amsterdam waar geen ruimte is. Het team kan dan bijvoorbeeld intussen dotteren in Alkmaar. Dat is niet zo bedreigend voor de professionals die nu misschien af en toe hun eigen terrein wat willen beschermen.

Minister **Borst-Eilers**: Daar u beiden er met zoveel overtuiging over spreekt, zal ik dit punt heel expliciet aan de orde stellen in het desbetreffende overleg.

Mevrouw **Kamp** (VVD): Kan de minister daar ook internationale vergelijkingen en studies bij betrekken? Is het internationaal niet zo dat bij dotteren in minder dan 1% van de gevallen een complicatie optreedt? Met het oog op de mogelijkheid dat een patiënt tijdens het dotteren een hartaanval krijgt, moet de hartchirurg de operatie uitvoeren. Klopt het dat dit internationaal ook in minder dan 1% van de gevallen gebeurt? Dit kan voor zeer

Borst-Eilers

veel mensen duidelijk maken dat het dotteren losgekoppeld kan worden.

Minister **Borst-Eilers**: De vraag houdt mij ook steeds bezig, waar de bron van de tegenstand hiertegen is. Zonder dat geforceerd te willen doorbreken, houden wij daar nog maar even de tanden in, om het zo maar te zeggen.

Voorzitter! De heer Marijnissen heeft in verband met de wachtlijsten gevraagd of ik kan aangeven of er voor die 50 mln. lokaal voorstellen zijn ingediend voor ingrepen aan het hart. Welnu, een deel is daar uiteraard voor bestemd. Al de academische ziekenhuizen doen aan hartchirurgie. Ik heb dan ook met de Vereniging academische ziekenhuizen in het kader van het hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt over een inhaalslag terzake van wachtlijsten topklinische zorg, waarbij het vooral om het hart gaat. Dus bovenop de afspraken over de reguliere groei is er extra geld uit de 50 mln. beschikbaar voor inhaalslagen terzake. Met de algemene ziekenhuizen heb ik niet zo'n algemeen akkoord gesloten. Dat wordt dus per ziekenhuis afgesproken.

Tot gisteren waren er aanvragen voor het wegwerken van de achterstand bij openhartchirurgie en PTCA tot een aantal van 550 hartoperaties en 625 PTCA's. Het totaal aangevraagde bedrag is ongeveer 16 mln. Men is daarbij evenwel uitgegaan van standaardtarieven. Ik meen dat ik eerder heb gezegd dat de vaste kosten voor het ziekenhuis al in het jaarbudget verwerkt zijn. Doe je daar een toefje extra ingrepen bovenop, dan kun je de vaste infrastructuurkosten voor die ingrepen ook uit dat tarief halen. Dit betekent dat voor minder dan 15 mln. de in totaal 1200 ingrepen verricht kunnen worden. Ik heb gekeken wat de gemiddelde wachttijd is voor die beide ingrepen. Die is bij de hartchirurgie 47 dagen en bij de PTCA's 30 dagen. Dat wil zeggen dat als je de helft van de wachtlijst zou wegwerken, je op zo'n wachttijd zou komen. Die ligt dan ruim binnen hetgeen maximaal is toegestaan. Er is sprake van 625 PTCA's, terwijl 800 mensen op de wachtlijst staan. Daar lukt het dus zeker om met de aanvragen die er nu liggen, de wachttijd tot onder de aanvaardbare termijn te reduceren. Bij hartoperaties ligt dat minder gunstig. Daar zou wat meer van de

wachtlijst moeten worden weggevoerd. Ik denk dat de wachtlijsten voor de hartingrepen met deze inhaalslag tot aanvaardbare proporties kunnen worden teruggebracht. Als er zich nog één centrum meldt voor 1 mei, zijn wij er eigenlijk al.

De heer Marijnissen vroeg in verband met de harttransplantaties mijn reactie op de suggestie van de Ziekenfondsraad om een derde centrum voor harttransplantatie op te richten en om donoren actiever te gaan werven. Hij vroeg ook of de Nederlandse indicatiecriteria wel terecht zijn. Verleden jaar heb ik de academische ziekenhuizen in Utrecht, Rotterdam en Groningen laten weten dat zij de drie ziekenhuizen zijn die zich mogen richten op transplantaties in de borstholte, in de thorax. Daarmee heb ik het onderscheid tussen hart of longen of hart en longen weggelaten, omdat dit iets is waarmee ik mij vanuit Rijswijk niet moet bemoeien. Het kan wel eens op het laatste moment beslist worden dat het beter hart en longen samen kunnen zijn dan apart. Die ziekenhuizen hebben daar verstand van. Die drie ziekenhuizen doen dus hart- en longtransplantaties, al dan niet in combinaties. Ik wil dat nog dit jaar in het planningsbesluit vastleggen. Ik volg hier dus het advies van de Ziekenfondsraad.

Het actiever werven van donoren hangt heel erg samen met de nieuwe Wet orgaandonatie. Ik verwacht daar toch een flinke impuls van.

De Begeleidingscommissie harttransplantatie, een commissie van de Ziekenfondsraad, heeft onlangs een rapport opgesteld, waarin deze over de indicatiestelling toch een genuanceerder standpunt inneemt. Aanvankelijk was het standpunt dat het precies goed is zoals het is. In het algemeen acht de Ziekenfondsraad uitbreiding van de indicatiestelling voor patiënten met acuut hartfalen tijdens hartchirurgie niet gewenst, maar de Ziekenfondsraad acht toch een nadere evaluatie van deze indicatie in de vorm van een onderzoek wel te overwegen. Wij praten daar dus over door. Misschien zou niet in het algemeen een patiënt die tijdens een hartchirurgische ingreep een ernstig hartfalen vertoont, automatisch transplantatiekandidaat moeten zijn, maar zou men daar waar men dat wil onderzoeken, in een soort van ontwikkelingsgeneeskundig

onderzoek een aantal patiënten op die manier moeten behandelen. Dan kan bekeken worden of dat voor die patiënten een goed resultaat oplevert.

Daarnaast stelt de raad dat uitbreiding van de donorleeftijd boven 55 jaar in uitzonderingsgevallen ook mogelijk moet zijn. Ik ben nog even bezig met die voorstellen van de Ziekenfondsraad, maar ik zal daar een conclusie aan verbinden. Die leeftijd lijkt mij ook een goed punt. Wij hebben hier al eerder met elkaar besproken dat biologische leeftijd en kalenderleeftijd niet altijd hoeven te sporen. Het kan soms heel onrechtvaardig zijn dat je zo op je verjaardag wordt afgerekend, terwijl je lichamelijk nog in staat bent om een ingreep goed te doorstaan.

□

De **voorzitter**: Wij zouden nu aan de tweede termijn van de kant van de Kamer kunnen beginnen, maar ik heb onder de woordvoerders gesondeerd en de indruk gekregen dat, na een dagje gezondheidszorg, de animo om dat te doen niet voldoende garantie biedt voor een succesvol verloop.

Minister **Borst-Eilers**: Dan zou ik u willen vragen, de tweede termijn uit te stellen.

De **voorzitter**: Het is mijn perceptie van de werkelijkheid hier en ik heb het idee dat ik er niet ver naast zit. Wij hebben de mogelijkheid de tweede termijn volgende week donderdagochtend te houden, zowel van de kant van de Kamer als van de kant van de minister.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Ik wil er iets aan toevoegen, want het lijkt mij voor ons allen en naar buiten een verkeerd signaal om te zeggen dat de animo niet groot is na een dagje gezondheidszorg. Daar krijg je bijna nooit genoeg van. Ik denk dat uitstel ook de kwaliteit van het debat ten goede komt, omdat de Kamer in eerste termijn niet heeft kunnen spreken over het inspectierapport. Dat was pas later beschikbaar. Ik kan mij voorstellen dat de tweede termijn dan ook een wat uitgebreider karakter heeft dan normaal.

De **voorzitter**: Dat kan ik mij ook voorstellen. Dat wij nu niet met de

voorzitter

tweede termijn beginnen en de komende vijf kwartier laten liggen, impliceert wel de verplichting dat wij volgende week donderdag ook de hele tweede termijn tijdens de ochtendzitting afronden. Als wij dan weer lekker de ruimte nemen, gaat de hele handel schuiven, met excuses voor het taalgebruik, want het gaat om essentiële dingen. Wij moeten elkaar er dus aan binden dat wij in de ochtendbijeenkomst van kwart over tien tot rond één uur de tweede termijn helemaal afwerken.

Mevrouw **Swildens-Rozendaal** (PvdA): Ik zei het ook ter ondersteuning van uw voorstel, alleen niet uit gebrek aan puf, maar omdat wij vinden dat de kwaliteit optimaal moet zijn.

De **voorzitter**: Zeker. Ik heb ook gezegd dat doorgaan niet hoeft te leiden tot een optimaal resultaat. Wij bedoelden dus eigenlijk hetzelfde.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

Sluiting 17.23 uur

□

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

1. een koninklijke boodschap, ten geleide van het voorstel van wet Regels inzake de verstrekking van subsidies door de Minister van Binnenlandse Zaken (Wet aanvullende regels BiZa-subsidies) (25299).

Deze koninklijke boodschap, met de erbij behorende stukken, is al gedrukt en rondgedeeld;

2. tien brieven van de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal, met de mededeling, dat zij in haar vergadering van 15 april 1997 de haar door de Tweede Kamer toegezonden voorstellen van wet, gedrukt onder de nummers 25000-VI, 25000-A, 25000-XII, 24748, 25109, 25194, 25000-VIII, 25000-XIII, 25000-E en 24614, heeft aangenomen.

De voorzitter stelt voor, deze brieven voor kennisgeving aan te nemen;

3. de volgende brieven:
een, van de minister van Buitenlandse Zaken, ten geleide van

de voortgangsnotitie rechten van de mens in het buitenlands beleid (25300);

een, van de ministers van Justitie en van Binnenlandse Zaken, over een extra JBZ-raad op 28 april 1997 (23490, nr. 68);

twee, van de minister van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, te weten:

een, ten geleide van de agenda voor de vergadering van de Europese ministers van landbouw die op 21 en 22 april te Luxemburg plaatsvindt (21501-16, nr. 166);

een, over de uitkomst van enkele onderdelen van het onderzoek dat is uitgevoerd naar aanleiding van het tweede in Nederland ontdekte geval van Bovine Spongiforme Encephalopathie (BSE) (24668, nr. 14).

Deze brieven zijn al gedrukt en rondgedeeld;

4. de volgende brieven:

een, van de minister van Buitenlandse Zaken, over aanpassing en uitbreiding van de NAVO;

een, van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking, ten geleide van de statuten Jongerenraad voor ontwikkelingssamenwerking;

een, van de minister van Financiën, over de motie-Hofstra, Kamerstuk 22004, nr. 11;

drie, van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, te weten:
een, over de Bestuursovereenkomst Plaatsingsproblematiek Windenergie;
een, ten geleide van het ontwerp van een algemeen maatregel van bestuur houdende wijziging van het Inrichtings- en vergunningenbesluit milieubeheer met betrekking tot de aanwijzing van het bevoegd gezag op het niet-bestuurlijk ingedeelde gebied van de Noordzee;
een, ten geleide van het ontwerpbesluit woon- of verblijfsgebouwen milieubeheer;

een, van de minister van Economische Zaken, over uitstel bezoek China.

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

□

Presidiumbesluit

Het Presidium heeft met eenparigheid van stemmen besloten, te stellen in handen van:

- a. de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken:
- het wetsvoorstel Regels inzake de verstrekking van subsidies door de Minister van Binnenlandse Zaken (Wet aanvullende regels BiZa-subsidies) (25299);
- b. de vaste commissie voor Landbouw, Natuurbeheer en Visserij:
- het wetsvoorstel Wijziging van de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren, in verband met het opnemen van de mogelijkheid om medewerking te vorderen van een samenwerkingslichaam als bedoeld in artikel 110 van de Wet op de bedrijfsorganisatie (25289).