

Vergaderjaar 2012–2013

33 400 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013

Nr. 155

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 juli 2013

In 1983 kwam in Nederland het eerste kind ter wereld door middel van in-vitrofertilisatie, meestal kortweg ivf genoemd. Steeds vernieuwende technieken hebben de afgelopen dertig jaar voor grote ontwikkelingen op het gebied van de voortplantingsgeneeskunde gezorgd. Daarnaast krijgen vrouwen in Nederland op relatief late leeftijd kinderen waardoor de kans op verminderde vruchtbaarheid toeneemt en zijn er steeds meer alleenstaanden en homoseksuele stellen die hun kindwens in vervulling willen laten gaan. Deze enerzijds toegenomen mogelijkheden en anderzijds toegenomen vraag hebben echter tot gevolg dat er tekorten ontstaan aan geslachtscellen.

Deze schaarste bestaat, maar moet wel worden gezien in een internationale context. De stap voor burgers om naar het buitenland te gaan om in bepaalde behoeftes te voorzien wordt steeds kleiner. Men zou zelfs kunnen spreken van een internationale reproductieve markt die op onderdelen commerciële trekken vertoont. Sommige wensouders zijn bereid veel geld te betalen voor het verkrijgen van eicellen, sperma en embryo's.

In de afgelopen jaren hebben zich in Nederland veel ontwikkelingen voorgedaan op dit terrein die ook door uw Kamer aan de orde zijn gesteld. Zo waren er ondermeer Kamervragen over het voornemen van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) om te komen tot een «eicelbank», over de hoogte van de vergoeding voor eiceldonatie en het systeem van «faire wederkerigheid» waarmee vruchtbaarheidskliniek Geertgen wensouders stimuleert zelf ei- en zaadcellen te doneren. Daarnaast is er ook vanwege de al genoemde internationalisering reden de begrenzingen in het Nederlands beleid rond draagmoederschap nog eens te bezien.

Met deze brief doe ik mijn toezegging gestand dat ik alle hierboven geschetste ontwikkelingen in samenhang met elkaar zal behandelen. De behandeling heeft op zich laten wachten omdat ik het als demissionair minister niet opportuun achtte dergelijke gevoelige materie aan uw Kamer voor te leggen.

Eerst wil ik een aantal algemene uitgangspunten rondom donatie schetsen zoals wij die in Nederland kennen. Uitgangspunten van waaruit beleid en begrenzingsen op dit gebied altijd zijn bepaald, omdat deze een aantal noodzakelijke waarborgen bieden voor de bescherming van de donor en het respecteren van de menselijke waardigheid, waar ik sterk aan hecht.

Met deze uitgangspunten als toetssteen heb ik de recente ontwikkelingen op het gebied van voortplantingsgeneeskunde tegen het licht gehouden. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van de input van experts door middel van een brainstorm die is gehouden op 1 maart 2012. Bij deze brainstorm waren artsen, ethici, advocaten en vertegenwoordigers van diverse organisaties op het gebied van wensouderschap aanwezig. Verder zijn buiten de brainstorm om gesprekken geweest met de Raad voor de Kinderbescherming en heeft op mijn verzoek ook de Nederlandse Patiëntenvereniging haar visie op dit onderwerp gegeven. Ook het Rathenau Instituut heeft met het boek *Nier te koop – Baarmoeder te huur* waardevolle input geleverd, vooral op de punten doneren «om niet», de reikwijdte van het begrip vergoedingen en de manier waarop commercialiteit een rol kan en mag spelen in ondermeer de voortplantingsgeneeskunde. Ik wil voor de volledigheid opmerken dat de studie op initiatief van het Rathenau Instituut zelf is geschreven en het instituut hierbij dus niet handelde in opdracht of verzoek van VWS. Ik beschouw de studie dan ook niet als een formeel advies aan mij, maar als een manier om meer in het algemeen een aantal zaken te agenderen en zo het debat hierover in de samenleving te entameren.

Het donatiestelsel in Nederland

In deze brief gaat het bij donatie om het afstaan van organen, weefsels, bloed en cellen. Doneren kan na overlijden (postmortaal) of bij leven. Donormateriaal wordt direct gebruikt voor toepassing bij de mens (o.a. bloed, organen, geslachtscellen, bot, huid) of indirect. Bij indirect gebruik worden delen van het materiaal gebruikt voor onderzoek, onderwijs, verwerking of verkrijging van iets anders, zoals bloedplasma voor stamcellen en medicijnen.

Alle wetten, regels, principes en uitgangspunten die gelden voor donatie zijn terug te voeren op twee centrale thesen: de donatie moet in vrijheid worden gedaan en betalen voor lichaamsmateriaal is in strijd met respect voor de menselijke waardigheid. Teneinde de vrijheid van de donor te beschermen mogen de motieven voor donatie slechts bestaan uit altruïsme en naastenliefde. Betalen voor lichaamsmateriaal zou de donor onder druk kunnen zetten om materiaal af te staan uitsluitend voor financieel gewin. Ook moet de donor in staat worden gesteld alle mogelijke consequenties van zijn donatie te overzien.

Betalen voor lichaamsmateriaal is dus eigenlijk om twee redenen verboden: ter bescherming van de donor en uit respect voor de menselijke waardigheid. Wel kent dit beginsel inmiddels een vertaling naar het geoorloofd zijn van het vergoeden van daadwerkelijk gemaakte kosten, het «om niet»-principe.

Het «om niet»-principe

Donatie «om niet» is gebaseerd op altruïsme, dat wil zeggen dat mensen ten behoeve van hun medemens uit vrije wil lichaamsmateriaal ter beschikking stellen en niet om er zelf beter van te worden.

Het tweede punt, het beschermen van de menselijke waardigheid, refereert aan het feit dat het menselijk lichaam een speciale status heeft en als zodanig ook speciale bescherming behoeft. Op het moment dat aan delen van het lichaam een prijskaartje gehangen kan worden, wordt lichaamsmateriaal verhandelbaar.

Met name wanneer dat prijskaartje niet of nauwelijks verband houdt met het beschikbaar (doen) komen van het lichaamsmateriaal en het geschikt maken en houden ervan voor het beoogde gebruiksdoel, druist dit in tegen de wens de menselijke waardigheid te respecteren.

Het «om niet»-principe vormt een zeer belangrijk uitgangspunt in het huidige donatiestelsel en ik wil dit principe ook verder blijven hanteren als uitgangspunt voor de donatie van lichaamsmateriaal. «Om niet» wil echter niet zeggen dat het onredelijk zou zijn een donor in het kader van zijn donatie een vergoeding te geven. Niet voor niets bevatten de geldende Nederlandse wettelijke regelingen die mede betrekking hebben op enige vorm van donatie van lichaamsmateriaal, een bepaling die het geven van een zekere, maar wel beperkte, vergoeding van onkosten expliciet toestaat.

Aanvaardbare vergoedingen

Een bekend voorbeeld van donatie van lichaamsmateriaal is de donatie van bloed. De «vergoeding» die een bloeddonor ontvangt bestaat uit iets te drinken en eventueel een reiskostenvergoeding; een hogere vergoeding vinden we tot nu toe in Nederland niet reëel en evenmin aanvaardbaar. Er vinden ook donaties plaats waarbij vanuit een zeker rechtvaardigheidsgevoel een verder gaande «onkostenvergoeding» wel aanvaardbaar wordt geacht.

Zo kunnen mensen die bij leven een nier of een deel van een lever doneren op grond van de «Subsidieregeling donatie bij leven» de onkosten die zij in verband met de donatie maken en hun verlies aan inkomen vergoed krijgen.

Ik deel de conclusie van het Rathenau Instituut dat voor wat betreft andere gevallen van donatie van menselijk (lichaams)materiaal nog niet of nauwelijks een nadere uitwerking van het «om niet»-principe heeft plaatsgevonden.

In Nederland hangt aan iedere medische behandeling een prijskaartje dat wordt bepaald door de (financiële) optelsom van de verschillende elementen van de behandeling. Uit welke onderdelen een volledige behandeling bestaat, wordt aangegeven door de medisch specialisten. Ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) bemoeien zich vervolgens, binnen de wettelijke kaders, met de prijs ervan en met het recht op en hoogte van de vergoeding. Naar analogie van deze systematiek zijn het dan ook deze spelers die de eerst aangewezenen zijn om in voorkomende gevallen invulling te geven aan het begrip «om niet» en dus de hoogte van een aanvaardbare onkostenvergoeding.

Een vorm van donatie waarbij blijkens de studie van het Rathenau en gestelde Kamervragen de invulling van het begrip aanvaardbare «onkostenvergoeding» nog niet voldoende is uitgewerkt, is eiceldonatie. Mijn standpunt hierop komt later in deze brief aan de orde.

Eiceldonatie

Eiceldonatie is niet nieuw in Nederland, echter tot dusverre gebeurde dit bijna zonder uitzondering binnen familiere- of kennissenkring. Nu de methode voor het invriezen van eicellen is verbeterd door vitrificatie komen er nieuwe mogelijkheden.

De eerste discussie die hierover in uw Kamer is gevoerd betrof het invriezen van eicellen om niet-medische redenen. Jonge vrouwen kunnen nu op eigen kosten hun eicellen laten invriezen, om deze later in hun leven te gebruiken. Het starten van een eicelbank, zoals voorgesteld door het UMCU is een volgende stap. Het uitnemen en gebruiken van eicellen voor IVF-behandelingen is echter geen nieuwe ontwikkeling. Ook nu zijn er zowel klinieken met een IVF-vergunning als de zogenaamde transportklinieken waar eicellen worden uitgenomen en korter of langer worden opgeslagen. Er zijn geen inhoudelijke of juridische argumenten waarom ik opslag van eicellen zou moeten verbieden nu dit aangeduid wordt als het hebben van een «eicelbank». Bovendien zie ik niet in waarom spermabanken wel zouden mogen bestaan en eicelbanken niet. Ik wil een eicelbank dan ook niet anders behandelen dan een spermabank. Uiteraard moet een eicelbank wel aan alle vereisten voldoen die verschillende wetten hieraan stellen. Zo moet de bank beschikken over een erkenning voor het opslaan van eicellen op basis van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (WVKL) en dienen de bepalingen uit de Embryowet die betrekking hebben op geslachtscellen te worden nageleefd. De Embryowet stelt in artikel 5 basiseisen aan het informed consent voor het ter beschikkingstellen van geslachtscellen voor de zwangerschap van een ander. In het wetsvoorstel tot wijziging van de Embryowet dat onlangs met de Kamer is besproken is een extra eis gesteld aan de inhoud van het instellingsprotocol (zie artikel I, onderdeel A, van het aangehaalde wetsvoorstel). Het protocol moet aandacht besteden aan de wijze waarop de betrokkene wordt ondersteund bij het nemen van een beslissing over donatie.

Kort na de inwerkingtreding van de Embryowet is door de betrokken beroepsgroepen een model opgesteld voor het instellingsprotocol: het Modelreglement Embryowet. Hierin is een aparte paragraaf opgenomen over eiceldonatie. Er wordt daarin onder meer aandacht besteed aan het belang van uitgebreide psychosociale counseling, dat men zeer terughoudend moet omgaan met donoren jonger dan dertig jaar en dat de donor bij voorkeur een voltooid gezin moet hebben of dat het overtuigend duidelijk is dat de donor geen kinderwens heeft. Ik vind het van groot belang dat instellingen ervoor zorgen dat een vrouw die een eiceldonatie overweegt goed wordt voorgelicht en ondersteund in haar afweging. Met het eerder genoemde wijzigingsvoorstel van de Embryowet wordt voorgesteld de voorlichting en ondersteuning van een eiceldonor als een verplicht onderdeel op te laten nemen in het instellingsprotocol. Het voorstel ligt op dit moment in de Eerste Kamer voor behandeling.¹ Bij ZonMw zal binnen het tweede programma Ethiek en Gezondheid een onderzoek worden gedaan naar ethische kaders bij donatie van ei- en zaadcellen. Met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is afgesproken dat de resultaten uit het onderzoek zullen worden gebruikt voor aanpassing van het Modelreglement Embryowet.

¹ Kamerstuk32 610, nr. A

Een vergoeding voor eiceldonatie

Artikel 5 van de Embryowet bepaalt onder meer dat het ter beschikking stellen van geslachtscellen alleen is toegestaan voor hetzij de zwangerschap van een ander, hetzij wetenschappelijk onderzoek, en mits dat «om niet» geschiedt. Artikel 27 van de Embryowet bepaalt daarnaast dat het verboden is om voor de verstrekking aan anderen van geslachtscellen en embryo's die op grond van de artikelen 5, 8 en 9 van deze wet ter beschikking zijn gesteld, een vergoeding te vragen die meer bedraagt dan de kosten die een rechtstreeks gevolg zijn van de handelingen die met de geslachtscellen of embryo's zijn verricht. Daarmee laat dit artikel de mogelijkheid om het «om niet» principe in te vullen met een aanvaardbare vergoeding open.

In antwoord op Kamervragen over het bericht «Schaf verbod op betalen voor eicellen af» heb ik aangegeven onderscheid te maken tussen het «betalen» voor eiceldonatie aan de donor en het geven van een onkostenvergoeding daarvoor. Ik wil duidelijk stellen dat wat ik versta onder de term «betalen» zich niet verdraagt met het uitgangspunt van donatie «om niet». Zoals hierboven is aangegeven, mag echter een donor wel gecompenseerd worden voor diens, in verband met het beschikbaar komen van het materiaal, gedane uitgaven of geleden verlies aan inkomen. Ook in het geval van eiceldonatie zal zo'n compensatie kunnen vallen onder het begrip «aanvaardbare vergoeding». Voor mij is het duidelijk dat er, gezien de investering van de donor in termen van tijd, verlies van inkomsten en aanvullende kosten een passende onkostenvergoeding mogelijk moet zijn opdat de donor er in elk geval niet financieel op achteruit gaat. Belangrijk is wel te voorkomen dat het middel het doel voorbij schiet: de hoogte van een onkostenvergoeding mag, zoals gezegd, geen leidend motief worden om te doneren.

Ik heb eerder in deze brief aangegeven dat het niet aan mij is de hoogte van de vergoeding voor eiceldonatie vast te stellen. Ik doe dit overigens wel bij de Rijkssubsidieregeling voor donatie bij leven van nieren en lever, maar ik ben niet van plan een dergelijke vergoeding voor eicellen van overheidswege te verstrekken. Bij nieren en lever gaat het om het redden van levens en dat is bij eicellen niet aan de orde. Tot nu toe echter heeft noch het UMCU, noch de beroepsgroep laten weten uit welke onderdelen de «om niet» vergoeding voor eiceldonatie minimaal zou kunnen bestaan. Met de beroepsgroep is nu afgesproken dat zij de bouwstenen voor een dergelijke vergoeding aanleveren zodat transparant is uit welke componenten dit is opgebouwd. Pas dan kan worden getoetst of aan artikel 27 van de Embryowet wordt voldaan.

Het systeem van «faire wederkerigheid»

De Geertgen kliniek kwam 2011 in het nieuws doordat deze vruchtbaarheidskliniek een alternatieve vorm van donatie toepast, «faire wederkerigheid» genoemd. Ook de Rathenau-studie verwijst naar alternatieve vormen van donatie die zijn ontstaan vanwege de schaarste die er is aan bepaalde soorten lichaamsmateriaal. De studie legt ook bloot dat de rol van de overheid hierin niet altijd even eenduidig is. Daar waar het gaat om orgaandonatie is de stimulerende rol van de overheid heel groot. Als het echter gaat om het doneren van geslachtscellen lijkt de rol van de overheid eerder beperkend dan stimulerend.

Ik erken die verschillende rollen. Het gaat mijns inziens om verschillende soorten donatie die je niet op één lijn kunt zetten.

Het doneren van organen is, zoals eerder gesteld, bedoeld om levens te redden.

Het doneren van geslachtscellen gaat eerder over het verhogen van de kwaliteit van leven van wensouders. Bovendien onderscheidt deze laatste vorm van doneren zich op één belangrijk punt van de andere vormen: er wordt met het gedoneerde materiaal nieuw leven tot stand gebracht. Daarom is het logisch dat aan deze vorm van donatie extra eisen aan de zorgvuldigheid worden gesteld.

Een kinderwens kan ontzettend sterk zijn en is nauwelijks rationeel te benaderen. Het is dan ook prachtig dat wij in onze huidige samenleving zoveel mogelijkheden tot onze beschikking hebben om een dergelijke wens te kunnen verwezenlijken. De toegenomen technologische mogelijkheden zorgen echter ook voor een stijgende vraag naar geslachtscellen, met een zekere schaarste tot gevolg. Dezelfde technologie maakt het ook mogelijk die keerzijde van de medaille (de schaarste) tegemoet te komen met alternatieve donatievormen. Dergelijke vormen kennen we ook voor bijvoorbeeld nierdonatie. Mensen die een eigen levende donor hebben, maar waarbij niet de juiste match tot stand kan komen, hebben de mogelijkheid te «kruisen» met een ander donorpaar.

Bij «faire wederkerigheid» is het principe dat mensen die voor het tot stand brengen van een kind zaadcellen nodig hebben, eicellen afstaan en omgekeerd. Over dit systeem zijn door uw Kamer vragen gesteld. De «faire wederkerigheid» zou een te grote druk uitoefenen op wensouders waardoor er geen sprake meer zou kunnen zijn van het afstaan van geslachtscellen «om niet». Ik vind echter dat het hier niet gaat om «faire wederkerigheid» versus het «om niet»-principe. Bij «faire wederkerigheid» is er immers geen sprake van geldelijk gewin. Sterker nog, het is een systeem waaraan geen geld te pas komt.

Waar het bij de beoordeling van de toelaatbaarheid van een dergelijk systeem om gaat, is dan ook vooral gelegen in het antwoord op de vraag of de wensouder in staat is de consequenties van de donatie te overzien en of er sprake is van voldoende waarborgen voor de volledige vrijheid waarin die keuze moet worden gemaakt. Dat de mate van vrijheid onder druk staat vanwege de eigen kinderwens, staat wat mij betreft niet ter discussie. Die druk is er. Maar deze druk is er ook voor het afstaan van een nier voor een dierbare. En deze druk is er ook als familie of naaste vrienden wordt gevraagd geslachtscellen af te staan. Ik acht de «druk» in een systeem van «faire wederkerigheid» dan ook niet groter dan elders en vind «druk» geen argument om «faire wederkerigheid» niet toe te staan. Wel moet gewaarborgd zijn dat de vrouw ten alle tijden van de donatie kan afzien. Van een verplichting kan dan ook geen sprake zijn binnen het systeem van «faire wederkerigheid». Een dergelijke verplichting zou immers strijdig zijn met de volledige vrijheid waarin een beslissing tot donatie moet worden genomen.

Een ander veel gehoord argument tegen «faire wederkerigheid» is de onnodige behandeling die vrouwen moeten ondergaan om hun eicellen af te staan. Ook dit argument houdt in mijn ogen geen stand. Behandeling van de zus die eicellen afstaat vinden we tenslotte ook aanvaardbaar, terwijl dat vanuit het perspectief van de zus ook een onnodige medische ingreep betreft. Hoewel de ingreep voor het afstaan van eicellen zwaarder is dan voor zaadcellen, acht ik vrouwen zeer wel in staat, mits goed voorgelicht, om hierin een eigen keuze te maken.

Het systeem van «faire wederkerigheid», zonder verplichting tot dit systeem, past mijns inziens dan ook binnen de grenzen van de wet. Ik wil hier wel benadrukken dat dit systeem uiteraard opereert binnen dezelfde kaders als de eerder beschreven eicelbank; het gaat immers ook hier om eiceldonatie. Nogmaals benadruk ik het belang van psychosociale counseling, voor zowel de donor als de wensouders. Alle gevolgen van de donatie moeten besproken zijn. De medische gevolgen, maar zeker ook wat het betekent geregistreerd te staan als donor en de latere mogelijkheid geconfronteerd te worden met één of meerdere kinderen die uit het gedoneerde materiaal zijn voortgekomen.

De NVOG heeft een standpunt uitgebracht rondom «faire wederkerigheid.» In dit standpunt spreekt de NVOG zich niet uit voor of tegen een dergelijk systeem, maar vindt dat er apart toezicht nodig is indien men van een dergelijk systeem gebruik maakt. Ik ben van mening dat de gedane aanpassing aan de Embryowet, namelijk de verplichting tot het expliciteren van de wijze waarop de betrokkene wordt ondersteund bij het nemen van een beslissing over donatie, voldoende waarborg biedt voor ziekenhuizen en klinieken om zorgvuldig met begrenzingsen en vooral ook eisen rond informatievoorziening voor het doneren van geslachtscellen om te gaan.

Samenwerking VWS en NVOG

In Nederland hebben wij een systeem van zelfregulering. Daar ben ik een groot voorstander van. De overheid is tenslotte geen medisch specialist en kan het beter aan de deskundigheid van de zorgprofessional overlaten hoe er wordt gehandeld. Zelfregulering moet echter aan een aantal criteria voldoen waaronder: alle betrokken partijen nemen aan de regeling deel, de regeling werkt in het openbaar met sanctiebepalingen en de zelfregulering is gericht op het algemeen belang. De mogelijkheden rondom de voortplantingsgeneeskunde zijn met name in het afgelopen jaar sterk toegenomen door de komst van nieuwe technieken. Uiteraard willen de medisch specialisten hiervan gebruik maken. Dit heeft echter wel tot gevolg gehad dat ik in de laatste jaren toch op een aantal momenten verrast ben geweest door nieuwe initiatieven, en teleurgesteld in de mate waarin sprake was van zelfbinding binnen de beroepsgroepen aan zelf ingenomen standpunten. Mijn ambtenaren zijn dan ook in gesprek gegaan met de betrokken beroepsgroepen om dergelijke gevallen in de toekomst te voorkomen. Ik ga er vanuit dat de gemaakte afspraken leiden tot goede resultaten.

In het verlengde hiervan wil ik uw Kamer meedelen dat ik de beroepsgroep ga vragen de huidige richtlijn hoog-technologisch draagmoederschap opnieuw te bekijken. Deze richtlijn is opgesteld om het krijgen van een genetisch eigen kind mogelijk te maken en bepaalt om die reden dat draagmoederschap in Nederland alleen mogelijk is voor wensouders die beiden eigen geslachtscellen kunnen afstaan. Deze eis sluit een aantal groepen wensouders uit, wensouders die om die reden mogelijk in het buitenland zoeken naar alternatieven voor hun kindwens. Omdat deze richtlijn uit 1998 dateert en de in die richtlijn vernoemde einddatum inmiddels is verstreken, wil ik weten of deze eis, maar ook andere uitgangspunten van toen, nog gelden voor de dag van vandaag. Ik wil niet op voorhand hierover een standpunt innemen, maar dit pas bepalen op het moment dat de huidige regeling tegen het licht is gehouden.

Tot slot

In de Rathenau-studie wordt de vraag opgeworpen of wij in de toekomst een markt willen voor ons lichaamsmateriaal. Eigenlijk stellen de onderzoekers dat deze markt al bestaat. Met de enorme vlucht van de mogelijkheden van donatie van allerlei soorten lichaamsmateriaal hebben we kunnen zien dat we voor grote uitdagingen komen te staan en op hele lastige vragen in dit domein toch steeds antwoorden moeten vinden.

Ik ben van mening dat het antwoord op de vraagstukken van nu goed gevonden kan worden binnen de al langer vigerende uitgangspunten zoals hier geschetst en onze wet- en regelgeving op dit terrein.

De suggestie die soms uit het boek spreekt om zaken in Nederland anders te regelen zodat mensen niet naar het buitenland hoeven uitwijken, vind ik

onvoldoende argument om het huidige beleid grootschalig aan te passen. Uiteraard opereert Nederland niet geïsoleerd, maar dat Nederland een land is waar niet alles kan, vind ik eerder getuigen van zorgvuldig medisch handelen dan dat ik het beschouw als een belemmering in negatieve zin. Dat er altijd mensen zullen zijn die ondanks de waarschuwingen toch hun heil zoeken in het buitenland, valt mijns inziens niet te voorkomen. We moeten in Nederland toestaan wat verantwoord kan, maar zeker niet ten koste van alles. Zoals aangegeven acht ik onze huidige wet- en regelgeving adequaat en volstaan kleine aanpassingen om de huidige ontwikkelingen te beoordelen en te kanaliseren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers