

- 1.4 Zorg **Zorg gaat iedereen aan. Iedere dag dragen duizenden zorgprofessionals met hun kennis en toewijding bij aan de kwaliteit van leven van mensen en hun omgeving. Niet voor niets behoort onze zorg tot de beste van Europa. Tegelijkertijd maken veel mensen zich zorgen of de zorg die zij nodig hebben er wel is en of zij die kunnen betalen. Daar maken we werk van. Nieuwe hervormingen zijn niet nodig, wel verbeteringen. Uitgangspunt is goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment. Daarvoor investeren we bijvoorbeeld ruim 2 miljard euro in de ouderenzorg. Daarnaast komen er maatregelen en geld voor preventie en gezondheidsbevordering, innovatie, en meer aandacht voor de kwaliteit van leven.**

- Goede zorg voor ouderen

- **€ We worden allemaal ouder en dat doen we het liefst in onze eigen omgeving. Mensen moeten kunnen vertrouwen op goede zorg thuis en steun voor hun mantelzorgers. Het gaat op veel plaatsen goed, maar niet overal. We monitoren de uitvoering, met aandacht voor duidelijkheid over wat maatschappelijke ondersteuning inhoudt, de kwaliteit van keukentafelgesprekken, onafhankelijke cliëntenondersteuning en procedures voor klachten en bezwaren. Op basis van de evaluatie van de Wmo pakken we de knelpunten gericht aan. Verder nemen we ook het manifest “Waardig ouder worden” ter hand. Hiervoor is deze kabinetsperiode 180 miljoen euro beschikbaar, daarna 30 miljoen euro per jaar.**

- **€ Mantelzorgers zijn van onschatbare waarde. Voor velen wordt de druk steeds hoger. We maken afspraken met gemeenten over ondersteuning van mantelzorgers, zoals respijtzorg en dagopvang, goede communicatie over het aanbod en de gebruikelijke hulp.**

- **€ Met een coalitie van gemeenten en maatschappelijke organisaties komen we tot een uitwisseling van effectieve lokale aanpakken van eenzaamheid.**

- **€ Wanneer het thuis niet meer gaat, moeten ouderen kunnen rekenen op goede zorg in een verpleeghuis. Er is structureel 2,1 miljard euro beschikbaar om te voldoen aan de nieuwe normen voor goede zorg . De agenda voor de arbeidsmarkt voeren we met ambitie uit, zodat nu en in de toekomst voldoende goed opgeleide zorgprofessionals beschikbaar zijn. De inzet op kwaliteitsverbetering vraagt ook om een andere manier van werken en organiseren: kleinschalig, vraaggericht, innovatief, met minder regels en meer vertrouwen in de zorgprofessionals. Dit moet**

**daadwerkelijk leiden tot een aantoonbare verbetering van de kwaliteit. Bestuurders worden daarop beoordeeld.**

- **€ Om de schaarse capaciteit aan zorgpersoneel optimaal te benutten voor zorg en aandacht voor cliënten en patiënten, is het wenselijk digitaal ondersteunde zorg gericht in te zetten en de verspreiding van innovatieve werkwijzen (e-health) te bevorderen, zowel thuis als in het verpleeghuis. Deze kabinetsperiode is hiervoor 40 miljoen euro beschikbaar, daarna 5 miljoen per jaar.**
- **€ De nog openstaande taakstelling (Wlz) ter grootte van 188 miljoen euro wordt structureel teruggedraaid.**

### Preventie en gezondheidsbevordering

- **€ Deze kabinetsperiode is er voor preventie en gezondheidsbevordering 170 miljoen euro beschikbaar, daarna 20 miljoen per jaar.**
- **€ Er wordt een nationaal preventieakkoord gesloten met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, sportverenigingen en -bonden, bedrijven en maatschappelijke organisaties. De focus van het akkoord moet liggen op de aanpak van roken en overgewicht.**
- **€ We steunen de doelstelling om te komen tot een rookvrije generatie en verhogen de tabaksaccijns. Problematisch alcoholgebruik wordt aangepakt.**
- **€ De maatregelen die we nemen op het gebied van preventie moeten bewezen effectief zijn. We bevorderen dat bewezen effectieve interventies, bijvoorbeeld de inzet van specifieke vaccins en voeding alsook bepaalde leefstijlinterventies, een plek krijgen in medische opleidingen en richtlijnen. Daar waar kennis over die effectiviteit nog ontbreekt, laten we aanvullend onderzoek doen, ook met behulp van de informatie die beschikbaar is in biobanken.**
- **€ We zetten in op de preventie van en ondersteuning bij onbedoelde (tiener)zwangerschappen, aan de hand van de agenda opgesteld door een brede coalitie van veldpartijen. Er wordt een landelijk aanbod voor individuele ondersteuning en keuzehulp ingericht, met landelijke financiering.**

- **€ We ondersteunen het voorkomen van depressies en zelfdoding, waarbij we speciaal aandacht hebben voor jongeren in de schoolsetting en lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders en interseksuelen (LHBTI).**

## Curatieve zorg

- *We zetten in op de beweging van meer zorg van de tweede naar de eerste lijn en het voorkomen van onnodige zorg. Dit leidt tot een afname van het beroep op de tweedelijnszorg.*
- *Het belang van zorgprofessionals moet gericht zijn op de uitkomst van de zorg in plaats van omzet. Dit vraagt om een stevige inzet op het ontwikkelen van uitkomstindicatoren, bij voorkeur aansluitend bij internationale initiatieven. Het vraagt ook om een bredere benadering door professionals en het organiseren van zorg in netwerken. Voor meer gelijkgerichtheid in het ziekenhuis stimuleren we dat medisch specialisten de stap maken naar het participatiemodel of loondienst.*
- *Er worden opnieuw hoofdlijnenakkoorden (2019-2022) gesloten over medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen- en multidisciplinaire zorg en wijkverpleging met een totale opbrengst van 1,9 miljard euro per jaar. Als de uitgaven onverwacht hoger uitvallen, dan wordt het macrobeheersingsinstrument ingezet.*
- *We nemen maatregelen om de kosten van genees- en hulpmiddelen te beheersen, waaronder een scherpere inkoop en een herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Deze maatregelen leiden tot een besparing van ruim 460 miljoen euro per jaar. We werken op nationaal en Europees niveau samen voor de inkoop van geneesmiddelen, transparantie over kostenopbouw, innovatie (zoals personalised medicine) en de toegankelijkheid voor patiënten. De farmaceutische industrie wordt gestimuleerd en, indien nodig, met kracht aangezet tot een lagere prijsstelling. De nationale 'sluis' wordt voortgezet, waarbij er ruimte blijft voor decentrale onderhandelingen tussen verzekeraars, ziekenhuizen, beroepsverenigingen en farmaceutische bedrijven.*
- *We stellen extra middelen beschikbaar voor (een betere organisatie van) palliatieve zorg.*
- *De (subsidie voor de) niet-invasieve prenatale test (NIPT) blijft beschikbaar en wordt niet in het basispakket opgenomen. Vrouwen en stellen worden gewezen op informatie van het RIVM en de mogelijkheid contact op te nemen met ouderverenigingen.*

## Verhouding private zorgaanbieders en -verzekeraars en publieke rondvoorwaarden

- **€ We houden het huidige stelsel met private zorgaanbieders en -verzekeraars onder publieke randvoorwaarden in stand en verbeteren dit waar nodig.**
- **€ De inspraak van verzekerden, patiënten en cliënten op het beleid van hun zorgverzekeraar respectievelijk zorgaanbieder wordt wettelijk vastgelegd.**
- **€ Het kabinet wil voorkomen dat geld dat is bedoeld voor zorg, niet ten goede komt aan zorg. Er wordt onderzocht hoe dit op een houdbare wijze binnen het systeem gestalte kan krijgen. Het kabinet treedt hierover in overleg met de initiatiefnemers van de Wet Houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars.**
- **€ Gezonde mededinging draagt bij aan keuzevrijheid, betere zorg, innovatie en neerwaartse druk op de prijzen. Wel geldt dat machtsverhoudingen in het stelsel verschillen per soort zorg. In de ziekenhuiszorg geldt een andere machtsbalans tussen aanbieder en verzekeraar dan in de eerste lijn. We willen dat het mededingingstoezicht daar rekening mee houdt. Daar waar samenwerking in het belang van patiënten gefrustreerd wordt door (toepassing) van mededingingsregels is aanpassing van (de toepassing van) deze regels aangewezen.**

## Meer transparantie voor verzekerden

- **€ Budgetpolissen sluiten aan bij de wensen van verzekerden, maar kunnen ook een negatief effect hebben op de solidariteit van het zorgverzekeringsstelsel. De verwachting is dat – mede door de aangepaste risicoverevening – het aanbod van deze polissen vermindert. Begin 2020 wordt getoetst of dit het geval is en of nadere maatregelen nodig zijn.**
- **€ We onderzoeken of en hoe meer transparantie en standaardisatie van het totale polisaanbod (waaronder collectiviteiten) gerealiseerd kan worden en voorkomen kan worden dat verzekeraars dezelfde polissen tegen verschillende prijzen (laten) aanbieden.**
- **€ Niet alleen de prijs, maar ook de kwaliteit moet centraal staan bij de zorginkoop. Daartoe moeten zorgaanbieders en verzekeraars verzekerden laagdrempeliger inzicht in de kwaliteit van het zorgaanbod en de ingekochte zorg per polis geven. Ook wordt de transparantie van de prijzen in de zorg stapsgewijs vergroot.**

- **€ Het (meerjarige) contract tussen zorgaanbieders en verzekeraars is de basis voor afspraken over prijs, kwaliteit en zorgverlening. We onderzoeken op welke wijze het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg verhelderd en versterkt kan worden.**
- **€ Het Zorginstituut bevordert dat de gezamenlijke beslissing van patiënt en zorgverleners over de behandeling een plek krijgt in medische richtlijnen. Doel is dat behandeling maximaal bijdraagt aan de kwaliteit van leven.**

## Geestelijke gezondheidszorg

- **€ We zetten de beweging door om mensen met een psychische stoornis zo veel mogelijk mee te laten doen in de samenleving en stigmatisering tegen te gaan.**
- **€ Als blijkt dat de lopende afspraken om wachtlijsten in de GGZ te verkorten, onvoldoende werken, nemen we zo nodig aanvullende maatregelen, zoals het organiseren van een regionale doorzettingsmacht. Binnen de bestaande budgettaire kaders werken we in overleg met de verzekeraars en de GGZ-sector aan de intensivering en opbouw van de ambulante GGZ.**
- **€ Voor GGZ-cliënten die buiten een instelling wonen is een integrale aanpak nodig van gemeenten, zorgaanbieders en verzekeraars over zorg, ondersteuning, participatie, schuldaanpak, scholing en huisvesting, met aandacht voor de omwonenden.**
- **€ We zijn voornemens om, als de effecten in kaart zijn gebracht en deze geen belemmering vormen voor een zorgvuldige uitvoering, met een wetsvoorstel te komen om de Wet langdurige zorg (Wlz) ook toegankelijk te maken voor GGZ-cliënten die langdurige zorg nodig hebben.**
- **€ In lijn met de lopende aanpak komt er een beter vangnet voor mensen met verward gedrag. Daar waar nodig moet regionale 24/7-crisiszorg met voldoende crisisplaatsen en vervolgzorg aanwezig zijn. Voor cliënten komen er meer mogelijkheden voor tijdelijke opname op eigen verzoek en na een gesprek met een professional. Dit helpt crisissituaties voorkomen en politie en hulpdiensten ontlasten.**

## Jeugdhulp

- **€ Ouders kunnen rekenen op ondersteuning via zwangerschaps cursussen, consultatiebureaus, jeugdgezondheidszorg en scholen. Dit gebeurt binnen bestaande kaders, waarbij meer aandacht komt voor hechtingsproblematiek en**

*opvoeding. Er moet laagdrempelige hulp en ondersteuning beschikbaar zijn, uitgaande van de eigen kracht van gezinnen.*

- *€ Als het thuis niet meer gaat, moeten kinderen kunnen rekenen op passende zorg, bij voorkeur - als dit in het belang van het kind is - in een pleeggezin of gezinshuis. Daarbij is ruimte voor innovatie. We voeren het Actieplan Pleegzorg samen met de sector voortvarend uit om voldoende pleegouders te werven en te ondersteunen.*
- *€ De Jeugdwet wordt geëvalueerd met daarbij nadrukkelijk aandacht voor de jeugd-GGZ. Knelpunten die daaruit blijken, pakken we aan. De ondersteuning van de transformatie van de jeugdhulp krijgt een vervolg. We stellen de invulling hiervan vast in overleg met gemeenten en de sector en stellen hiervoor tijdelijk middelen (die optellen tot 54 miljoen euro) beschikbaar als co-financier.*
- *€ Voor het behoud van specialistische jeugdhulp kan regionale samenwerking noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld om gezamenlijk in te kopen en bedrijfsprocessen en verantwoordingssystemen af te stemmen. Als gemeenten de noodzakelijk geachte samenwerking op deze terreinen niet zelf regelen, dan dwingt het Rijk dit af. Voor gecertificeerde jeugdinstanties kunnen gemeenten kiezen voor een subsidierelatie.*
- *€ Vroegtijdige signalering en open gesprekken over vermoedens van mishandeling en geweld krijgen binnen de meldcode meer aandacht in sociale wijkteams en de jeugdgezondheidszorg. Daarnaast wordt de forensische kennis op het terrein van kindermishandeling versterkt.*

### **Een inclusieve samenleving**

- *€ Wij willen een samenleving waarin iedereen mee kan doen ongeacht talenten of beperkingen. De implementatie van het VN-gehandicaptenverdrag is hierbij belangrijk. Waar partijen achterblijven, ondernemen we actie, bijvoorbeeld door voorlopers in contact te brengen met achterblijvers.*
- *€ Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg is een goede basis voor een verbetering van de gehandicaptenzorg. Belangrijk is dat voor een ieder die dat nodig heeft een goede plek in een instelling beschikbaar is en gevonden wordt. Ook voor kinderen met een verstandelijke beperking of een gedragsstoornis. Voor kinderen met een zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperking kijken we hoe we meer maatwerk kunnen organiseren. Dat doen we mede op basis van ervaringen van ouders.*

- **€ We brengen de groep mensen met een (licht) verstandelijke beperking, daklozen en zwerfjongeren beter in beeld en zorgen dat verschillende vormen van zorg en ondersteuning beter op elkaar aansluiten. Daarbij geven we ook aandacht aan de overgang naar volwassenheid.**
- **€ De combinatie van passend onderwijs en zorg vanuit verschillende financieringsbronnen wordt eenduidiger en eenvoudiger geregeld. We onderzoeken op welke manier dit voor kind en ouders zo goed mogelijk kan, waaronder een betere inzet van cliëntondersteuners en onderwijszorgconsulenten (zie ook de onderwijsparagraaf).**
- **€ We verkennen of er voor specifieke voorzieningen een landelijke of bovengemeentelijke regeling moet komen (zoals bij de Kindertelefoon) om specifieke kennis en expertise te behouden.**
- **€ Vrijwilligers die werken met mensen in een afhankelijkheidssituatie kunnen voortaan een gratis Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) aanvragen. We verhogen de maximaal onbelaste vrijwilligersvergoeding.**
- **€ We investeren extra in onafhankelijke cliëntondersteuning die de cliënt op weg helpt op verschillende levensgebieden (waaronder maatschappelijke ondersteuning, zorg, inkomen en werk). Dit gebeurt in samenspraak met gemeenten en zorgkantoren, die deze functie moeten organiseren. Deze kabinetsperiode is hiervoor 55 miljoen euro beschikbaar, daarna 10 miljoen per jaar.**
- **€ Gemeenten worden verder gestimuleerd met woningcorporaties afspraken te maken over voldoende en passende woonruimte, met bijzondere aandacht voor kleinschalige en innovatieve wooninitiatieven en doorstroom. We komen met een voorstel voor de organisatie en financiering van beschermd wonen op basis van het rapport-Dannenberg.**
- **€ Het pgb blijft in alle zorgwetten verankerd. Momenteel lopen er verschillende initiatieven rondom persoonsvolgende bekostiging en een integraal pgb. We wachten de resultaten af en nemen op basis daarvan maatregelen.**
- **€ Als gebaar ter erkenning van de grote gevolgen die Q-koortspatiënten hebben ondervonden, wordt 9 miljoen euro vrijgemaakt om mensen met langdurige klachten goed te kunnen ondersteunen, adviseren en begeleiden.**

## Eigen betalingen en administratieve lasten

***We vinden het belangrijk dat de zorg betaalbaar is voor iedereen en erkennen dat er een stapeling van eigen betalingen kan plaatsvinden. Daarom nemen we de volgende maatregelen:***

- ***€ De hoogte van het maximale verplichte eigen risico wordt deze kabinetsperiode bevroren op 385 euro per jaar. Door de indexatie tot en met 2021 buiten werking te stellen kan het eigen risico op dit niveau gehandhaafd blijven. Het niet verhogen van het eigen risico leidt, gegeven de financieringssystematiek in de Zvw, tot hogere zorgpremies.***
- ***€ De bijbetalingen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem worden voor deze kabinetsperiode in 2019 gemaximeerd op 250 euro per jaar per verzekerde.***
- ***€ Een zeer groot deel van mensen die Wmo-zorg ontvangen, maakt het eigen risico in de Zvw vol. Om deze stapeling van eigen betalingen tegen te gaan, komt er een abonnementstarief van 17,50 euro per vier weken voor huishoudens die gebruikmaken van de Wmo-voorzieningen. Doordat de eigen bijdragen niet langer afhankelijk zijn van gebruik, inkomen, vermogen en huishoudsamenstelling, kunnen uitvoeringskosten en administratieve lasten fors omlaag. Er blijft ruimte voor gemeenten om lagere eigen bijdragen vast te stellen, bijvoorbeeld bij mantelzorg. Om maatwerk mogelijk te maken is eerder geld in het Gemeentefonds gestort. Om deze vereenvoudiging en verlaging te co-financieren, wordt nog eens 145 miljoen euro ter beschikking gesteld.***
- ***€ De huidige anti-cumulatie regeling blijft intact: als een huishouden al een eigen bijdrage betaalt voor Wlz- zorg, dan betaalt het geen eigen bijdrage voor een Wmo-maatwerkvoorziening. Ook de eigen bijdragen voor Wlz-zorg en beschermd wonen (Wmo) worden verlaagd. De vermogensinkomensbijtelling voor de eigen bijdragen in de Wlz wordt gehalveerd naar vier procent, nieuwe cliënten die naar een instelling dan wel accommodatie verhuizen gaan de hoge eigen bijdragen voortaan na vier in plaats van zes maanden betalen, en het marginale tarief van de lage eigen betalingen wordt verlaagd.***
- ***€ Het beleid zoals neergelegd is in de Algemene Maatregel van Bestuur over een goede verhouding tussen prijs en kwaliteit bij de inkoop van Wmo-voorzieningen wordt voortgezet. Begin 2019 wordt deze geëvalueerd.***



- **€ Publieke aanbestedingen bij overheidsopdrachten in het sociale domein kunnen bijdragen aan goede en betaalbare ondersteuning en kansen bieden voor nieuwe toetreders en innovatieve vormen van ondersteuning. De huidige wet- en regelgeving bevat ruimte voor het stellen van specifieke, functionele eisen, die gemeenten beter kunnen benutten in hun aanbesteding. Het Rijk zal de gemeenten hierbij ondersteunen. Daarbij inventariseren we knelpunten die gemeenten niet zelf kunnen oplossen. Waar deze knelpunten leiden tot de wens om de EU-regelgeving op onderdelen aan te passen, zetten we daarop in.**
- **€ Gemeenten stellen aan aanbieders veel verschillende voorwaarden als het gaat om contractering, gegevensuitwisseling en verantwoording. Om de administratieve lasten te verminderen worden i-Wmo en i-Jeugd de standaard.**
- **€ Met zorgaanbieders, zorgverleners, verzekeraars en toezichthouders zetten we met schrapessies fors in op minder bureaucratie en minder regels. Met gemeenten organiseren we ook een schrapessie met vrijwilligers en mantelzorgers.**

## Medisch-ethische onderwerpen

**Grote zorgvuldigheid dient te worden betracht bij het overwegen van beleidswijzigingen op medisch-ethisch terrein. Zeker als het gaat om vraagstukken rond leven en dood is er in samenleving en politiek soms sprake van een fundamenteel verschil in opvattingen. Op medisch-ethisch gebied zijn er grote verschillen van opvatting tussen de partijen die de grondslag vormen van het nieuwe kabinet. Op veel andere terreinen kunnen met geven en nemen compromissen worden bereikt waaraan fracties en toekomstige bewindspersonen zich kunnen binden. Op medisch-ethisch gebied ligt dit veel moeilijker. Waar opvattingen worden gedomineerd door levensbeschouwing, geloof, overtuiging, idealen en geweten kan niet worden verlangd daar afstand van te doen. Dit akkoord wijst - naast een aantal concrete afspraken – een weg om op een respectvolle manier met verschillen hierover om te gaan.**

- **€ De medische wetenschap dient ruimte te hebben om onderzoek te verrichten en de resultaten toe te passen. Dit kan bijdragen aan het voorkomen en genezen van ziektes, het voorkomen van onnodig lijden en verbetering van de kwaliteit van levens. De ruimte voor de medische wetenschap is echter niet ongelimiteerd en wordt beheerst door wet- en regelgeving die ook een ethische dimensie heeft. Hieruit volgt dat bij politieke besluitvorming met betrekking tot medisch-ethische dilemma's zorgvuldigheid boven snelheid gaat. Bij besluitvorming over deze onderwerpen is bestaande wet- en regelgeving voor alle partijen het uitgangspunt. Wanneer er aanleiding is deze wet- en**

*regelgeving aan te passen, zal het kabinet dit doen op een wijze die rekening houdt met de overtuiging van alle partijen die het kabinet dragen en aan de hand van het algemene toetsingskader zoals hieronder beschreven. Bij nieuwe ontwikkelingen zullen steeds drie vragen worden gesteld. In de eerste plaats zal, waar het gaat om verruiming van onderzoeks- en toepassingsmogelijkheden, de vraag naar de medisch-wetenschappelijke noodzaak moeten worden gesteld. Zijn er toereikende alternatieven die geen of een minder vergaande verruiming van de beleidsruimte behoeven? In de tweede plaats is er de vraag naar de medisch-ethische dimensie. Er is meer dan het belang van vooruitgang van de medische wetenschap, zoals ethische bezinning bij wetenschappers en zorgprofessionals. De adviezen van de Gezondheidsraad en andere adviesorganen die ook op dit aspect ingaan, zullen daarbij zwaarwegend zijn. Ten derde is er de vraag of er een maatschappelijke discussie heeft plaatsgevonden en of er sprake is van politieke bezinning. Afhankelijk van het onderwerp kan nadere advisering door de Raad van State gewenst zijn.*

• *€ Enkele vraagstukken, dilemma's en nieuwe ontwikkelingen zoals hiervoor in algemene zin genoemd, doen zich feitelijk voor in de laatste levensfase. Waardig ouder worden is een breed gedragen maatschappelijke doelstelling (zie ook het gelijknamige manifest) die aandacht en actie vraagt op verschillende terreinen van het kabinetsbeleid. De euthanasiewetgeving is onderwerp geweest van onderzoek en advies door de Commissie-Schnabel vanuit de vraag hoe deze zich verhoudt tot hulp bij zelfdoding aan mensen die dit wensen omdat zij hun leven voltooid achten. Deze commissie concludeerde in 2016 onder meer dat de huidige wetgeving meer ruimte biedt dan artsen op dit moment voor ogen hebben. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan dementie en psychisch lijden. Voorts concludeerde de commissie dat bij euthanasie in complexe gevallen, waarbij naast een stapeling van ouderdomsklachten ook sprake is van bijvoorbeeld dementie of psychisch lijden, extra behoedzaamheid geboden is. De commissie was, op basis van literatuuronderzoek, verder van oordeel dat de restgroep van mensen die hulp bij zelfdoding wensen omdat zij hun leven voltooid achten en geen gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die de huidige wetgeving (Wet toetsing levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding (WTL)) biedt, waarschijnlijk klein is. Het rapport van de commissie is door het kabinet voorzien van een reactie en was voor het Kamerlid mw. Dijkstra reden een concept-initiatiefvoorstel in consultatie te geven. Het gaat hier in het bijzonder om mensen die niet voldoen aan de criteria van de Euthanasiewet. Nadien verscheen de derde evaluatie van de WTL. Vast staat dat zowel voorstanders als tegenstanders van een regeling voor hulp bij zelfdoding aan mensen die dit wensen omdat zij hun leven voltooid achten, hechten aan een brede maatschappelijke discussie over en zorgvuldige benadering van dit*

*onderwerp. Met inachtneming van hetgeen hierboven is gesteld, zullen daarom de volgende stappen worden gezet.*

- o De uitvoering van de aanbevelingen van het manifest “Waardig ouder worden” zal door het kabinet ter hand worden genomen.*
- o De minister van Volksgezondheid zal de aanbevelingen van de commissie-Schnabel, waaronder verruiming van de kennis over en bekendheid met de euthanasiewetgeving (verbeteren van de kennis over de Euthanasiewet onder artsen en patiënten en het in bepaalde situaties raadplegen van een extra consulent), ter hand nemen in samenhang met de derde evaluatie van de euthanasiewetgeving.*
- o Er zal een onderzoek gestart worden naar de omvang en omstandigheden van de groep mensen voor wie de hierboven door de commissie-Schnabel genoemde ruime interpretatie en toepassing van de bestaande euthanasiewetgeving onvoldoende soelaas biedt in de ogen van betrokkenen.*

*In samenspraak met de Kamer, met behoud van ieders eigen positie en verantwoordelijkheid, zal het kabinet een brede discussie faciliteren over het waardig ouder worden, de reikwijdte en toepassing van de huidige euthanasiewetgeving en het onderwerp voltooid leven. Met de uitkomsten van het genoemde onderzoek zal het kabinet bezien wat het te doen staat en kan de Kamer zelfstandig besluiten over initiatiefwetgeving.*

- € Ook is aparte aandacht nodig voor het vraagstuk van onderzoek met embryo's en de mogelijkheid DNA van embryo's te veranderen ("kiembaanmodificatie'). Onderzoek met embryo's is gericht op het voorkomen van diverse ziekten. Toestemming voor het kweken van embryo's louter voor onderzoeksdoeleinden zou de Nederlandse medische wetenschap bevorderen. De huidige wet- en regelgeving in Nederland is restrictief. Hiermee is Nederland geen uitzondering. Er zijn maar enkele landen waar het kweken van embryo's voor onderzoeksdoeleinden minder beperkingen kent (België, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Japan). Een verruiming van de huidige regelgeving op dit gebied is een zeer fundamentele kwestie die ook volgens de Gezondheidsraad niet los gezien kan worden van een bredere discussie die de ethische en maatschappelijke aspecten omvat. Het kabinet zal deze discussie stimuleren en tegelijkertijd inzetten op alternatieven. Het beleid met betrekking tot restembryo's die ontstaan in het kader van IVF-behandelingen en worden gebruikt ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, blijft intact. Ter beperking van risico's bij zeer ernstige erfelijke aandoeningen met een ongelijke geslachtsincidentie zoals LHON en erfelijke borstkanker als gevolg van mutaties in een van de BRCA-genen, worden bij*

***geslachtscellen of embryo's de mogelijkheden voor geslachtskeuze verruimd . Verder wordt ingezet op onderzoek naar de mogelijkheid van het gebruik van (geïnduceerde) pluripotente stamcellen voor onderzoek ter voorkoming van ernstige erfelijke ziekten. Het kabinet stelt hiervoor extra middelen beschikbaar met als doel een leidende rol te spelen in het internationale wetenschappelijke veld op dit gebied.***

- ***€ Als derde onderwerp met een medisch-ethische dimensie is te noemen het initiatiefvoorstel tot wijziging van de Wet op de orgaan donatie in verband met het opnemen van een actief donorregistratiesysteem (ADR). Daarbij hebben partijen verschillende posities ingenomen maar zijn de drie hierboven beschreven fasen inmiddels zorgvuldig doorlopen. Het initiatiefvoorstel is aangenomen door de Tweede Kamer en nu aanhangig bij de Eerste Kamer, die het in behandeling heeft genomen.***

- ***€ Ook voor andere onderwerpen van medisch-ethische aard geldt het algemene toetsingskader als hierboven omschreven. Mogelijke nieuwe initiatieven op dit gebied zullen vanuit het kabinet eerst worden beoordeeld en van een reactie worden voorzien, nadat de voorbereiding van beantwoording van de vragen naar de medisch-wetenschappelijke noodzaak, de medisch-ethische dimensie en de bredere maatschappelijk-politieke afweging op een zorgvuldige en breed gedragen wijze heeft plaatsgevonden. Bij besluitvorming door het kabinet hierover zullen alle relevante belangen en zienswijzen in de overwegingen worden betrokken. Partijen zijn ervan overtuigd dat ze met respect voor elkaar over individuele onderwerpen tot een oplossing zullen kunnen komen.***