

Vergaderjaar 2023–2024

29 247

Acute zorg

Nr. 433

## BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 januari 2024

Op 15 december heb ik het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontvangen over de bekostiging van de acute zorg. Met deze brief stuur ik u dit advies. Ook heeft uw Kamer de motie van het lid Dijk c.s.<sup>1</sup> aangenomen over het zetten van stappen om de spoedeisende zorg meer te financieren op basis van beschikbaarheid. In deze brief beschrijf ik de aanleiding voor het advies, benoem ik de hoofdlijnen van het advies en deel ik mijn observaties hierbij in het licht van de motie. De motie beschouw ik hiermee als afgedaan. Het is aan een volgend kabinet om besluiten te nemen over het vervolgproces.

### Samenvatting

#### Beschikbaarheidsbekostiging SEH

De NZa omschrijft in haar advies dat er scherpe politieke keuzes voor wettelijke kaders moeten worden gemaakt, voornamelijk over een nieuw normenkader. Daarna moet centraal staan hoe een beschikbaarheidsbekostiging als middel kan bijdragen aan de gewenste doelen en uitkomsten van de visie op de acute zorg en het SEH-landschap. Een vorm van beschikbaarheidsbekostiging lost niet het personeelstekort op, maar kan wel bijdragen aan een verbeterde inzet van deze schaarse capaciteit. De NZa geeft aan dat een model van budgetbekostiging het meest passend is, zoals ook voor de ambulancezorg, de huisartsenposten en de acute geestelijke gezondheidszorg het geval is. Ik zie ook dat een dergelijk bekostigingsmodel bij kan dragen aan een betere integrale bekostiging van de acute zorg in een regio. Tegelijkertijd denk ik dat er beter begrip nodig is van potentiële gevolgen voor de praktijk, zoals de afbakening van de SEH-zorg en de administratieve lasten, voordat een goede afweging hierover kan worden gemaakt.

<sup>1</sup> Motie van het lid Dijk c.s. Kamerstuk 31 016, nr. 356.

## Integratie HAP/SEH en spoedpleinen

De NZa adviseert een groeimodel voor de bekostiging van integratie van HAP en SEH. Dit begint met een meekijkconsult en het (mogelijke) eindplaatje is een integraal budget.

De invloed van de kwaliteit van samenwerking en het onderlinge vertrouwen tussen zorgpartijen op de beoogde integratie is groot. Om inzicht te krijgen in wat er allemaal komt kijken bij een integraal budget en hoe zich dit in de praktijk vertaalt, stelt de NZa voor op korte termijn een experiment met een integrale HAP-SEH bekostiging te starten. Ik zie de voordelen van het op basis van beschikbaarheid bekostigen van zowel de SEH als de HAP in het stimuleren van de samenwerking tussen deze partijen. Dit hangt nauw samen met de keuzes voor de bekostiging van de SEH en moet in samenhang daarmee worden gezien. Ik ga met de NZa in gesprek of een experiment met een integrale HAP-SEH bekostiging wenselijk en mogelijk is en welke randvoorwaarden daarbij horen.

### **1. Aanleiding: toekomstbestendige acute zorg**

De organisatie en de houdbaarheid van de acute zorg staan onder druk. In de Beleidsagenda<sup>2</sup> acute zorg heeft mijn ambtsvoorganger hier uitgebreid bij stil gestaan. Daarnaast voldoet op dit moment de kwaliteit van de huidige spoedeisende zorg niet overal aan de minimale eisen, zoals mijn ambtsvoorganger ook in een brief<sup>3</sup> aan uw Kamer van 16 juni jl. heeft geschreven. De kwaliteit van de acute zorg die je als burger krijgt, zou niet afhankelijk moeten zijn van je woonplaats. De huidige 45-minuten norm en de huidige beschikbaarheidsbijdrage waarborgen niet dat de spoedeisende zorg overal in het land van goede kwaliteit en toegankelijk is. Daarnaast is het van belang dat de bekostiging van de acute zorg een goede ketenbrede afweging stimuleert over welke beschikbaarheid waar wordt georganiseerd. De SEH is een onderdeel van een bredere keten met onder andere huisarts, huisartsenposten, ambulance en VVT-zorg. Een goed op elkaar afgestemde inzet van personeelscapaciteit is, gegeven de schaarste aan medewerkers, van belang om goede en toegankelijke zorg – breder dan alleen acute zorg – te realiseren. Met betrekking tot het vormgeven van een alternatief voor de 45-minutennorm voor SEH's en afdelingen acute verloskunde zal het demissionaire kabinet geen besluiten nemen. De resultaten van het lopende ambtelijke traject met verkennende gesprekken met onder andere burgers, gemeenten en veldpartijen alsmede het in kaart brengen van verschillende varianten van normen, kunnen te zijner tijd gebruikt worden door een volgend kabinet om keuzes te maken over de acute (ziekenhuis)zorg. In deze brief beperk ik me daarom tot mijn observaties bij dit advies over de bekostiging.

### **2. Beschikbaarheidsbekostiging SEH**

Mijn ambtsvoorganger heeft de NZa gevraagd hoe een vorm van beschikbaarheidsbekostiging de afspraken over – en sturing op – beschikbaarheid, toegankelijkheid en uitkomsten van SEH-zorg faciliteert en stimuleert. Voordat ik in ga op hun advies, wil ik stilstaan bij een tweetal begrippen die belangrijk zijn in de context van beschikbaarheidsbekostiging, namelijk de beschikbaarheidsbijdrage en budgetbekostiging. Beide zijn vormen van bekostiging die rekening houden met beschikbaarheid, maar verder zijn ze zeer verschillend van aard.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 29 247, nr. 362.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 29 247, nr. 394.

## Beschikbaarheidsbijdrage

Een beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie die vanuit de overheid in uitzonderlijke gevallen voor bepaalde aangewezen vormen van zorg wordt toegekend. Aan een beschikbaarheidsbijdrage zijn voorwaarden verbonden, bijvoorbeeld dat er bij het toerekenen van deze activiteiten aan tarieven, sprake is van marktverstoring. Marktverstoring houdt in dat bekostiging en inkoop via de reguliere prestaties en tarieven niet tot voldoende beschikbaarheid van zorg leidt, omdat het de concurrentiepositie van de zorgaanbieder of zorgverzekeraar zodanig schaadt, dat deze de vorm van zorg niet zal aanbieden of inkopen. Het in concurrentie onderhandelen met verschillende verzekeraars borgt in dit geval bijvoorbeeld geen integrale aanpak of er kunnen discussies ontstaan over fair-share bijdragen van zorgverzekeraars die geen marktleider zijn. Een beschikbaarheidsbijdrage is een nadrukkelijk sturingsinstrument vanuit de overheid, als last-resort. Op dit moment is er een beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm én niet voldoende opbrengsten genereren uit de reguliere prestaties. De effectiviteit van dit instrument is afhankelijk van de voorwaarden die worden gesteld. De inzet van een beschikbaarheidsbijdrage kent ook belangrijke praktische beperkingen. Het biedt allereerst geen garantie dat SEH-zorg ook daadwerkelijk wordt aangeboden, dat is aan de zorgaanbieder. Daarnaast is het op zichzelf geen oplossing voor het personeelstekort of eventuele financiële problemen van zorgaanbieders. Als laatste wil ik benadrukken dat deze manier van ingrijpen door de overheid de inkooprol van zorgverzekeraars buiten spel zet. Dat beperkt de mogelijkheid tot lokaal maatwerk en passende inkoop van acute zorg, en bemoeilijkt het borgen van samenhang in de inkoop van de betreffende zorg en andere aanpalende zorg in de regio.

## Budgetbekostiging

Een budgetbekostiging is een vorm van bekostiging waarbij een bepaald budget voor een regio op basis van parameters, zoals de benodigde capaciteit voor goede kwaliteit, wordt vastgesteld. De NZa maakt het in dat geval mogelijk dat zorgverzekeraars in representatie inkopen, waarbij de twee zorgverzekeraars die marktleider zijn samen budgetafspraken maken. Het budget wordt naar rato over alle zorgverzekeraars verdeeld en iedere zorgverzekeraar is verplicht zijn aandeel bij te dragen. Deze vorm van bekostigen voorkomt discussies over fair-share bijdragen van verzekeraars. In het budget worden zowel de reguliere declaraties als de benodigde beschikbaarheid en kwaliteit vergoed en verrekend. Deze vorm van bekostiging wordt reeds toegepast in de ambulancezorg, acute ggz en voor acute huisartsenzorg in ANW-uren. Deze wijze van bekostigen leidt tot meer mogelijkheden om te sturen op de regionale kwaliteit en beschikbaarheid van zorg, dan bij de individuele inkoop. Net als bij een beschikbaarheidsbijdrage geldt voor budgetbekostiging dat het niet de garantie geeft dat alle SEH's openblijven. Dat is nog steeds aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Kaders vanuit de overheid, bijvoorbeeld door normen of richtlijnen op te nemen in de zorgplicht voor zorgverzekeraars, kunnen wel richting geven aan de inrichting van het zorglandschap. Budgetbekostiging zorgt erop zichzelf ook niet voor dat het capaciteitsprobleem met personeel en eventuele financiële problemen van ziekenhuizen worden opgelost.

Zowel een beschikbaarheidsbijdrage als een budgetbekostiging zijn vormen van beschikbaarheidsbekostiging. De vraag onderliggend aan mijn adviesvraag, is of de bekostiging van de spoedeisende zorg op basis van beschikbaarheid bijdraagt aan kwalitatief goede, toegankelijke acute

zorg voor iedereen in Nederland. De vervolgvraag is welke vorm van bekostiging op basis van beschikbaarheid het meest passend zou zijn.

### Advies NZa

De NZa adviseert om, randvoorwaardelijk voor de invoering van een beschikbaarheidsbekostiging SEH, duidelijke kaders op te stellen voor de landelijke beschikbaarheid van SEH's. Vanuit een stijgende zorgvraag en steeds schaarser wordend personeel en middelen, moeten scherpe (politieke) keuzes gemaakt worden over de toekomst van de acute zorg. Dit onder andere op basis van nieuwe normen ter vervanging van de 45-minutennorm, waarbij de balans tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid centraal staat. Op basis van deze kaders kan de NZa vervolgens tot een passende bekostiging voor de SEH komen.

De NZa omschrijft in haar advies dat er scherpe politieke keuzes voor wettelijke kaders moeten worden gemaakt. Daarna moet centraal staan hoe een beschikbaarheidsbekostiging als middel kan bijdragen aan de gewenste doelen en uitkomsten van de visie op de acute zorg en het SEH-landschap. Samenvattend adviseert de NZa:

- Om een vorm van beschikbaarheidsbekostiging aan te laten sluiten bij de beweging naar een passend regionaal aanbod van acute zorg en de ROAZ-plannen.
- Om kritisch te kijken naar een passende organisatie van het aanbod van SEH's, met oog voor differentiatie. Dit om bijvoorbeeld schaars personeel beter in te zetten.
- Dat een beschikbaarheidsbekostiging ook nadrukkelijk kan sturen op de kwaliteit van de geleverde zorg.

De NZa benoemt in haar advies dat een beschikbaarheidsbijdrage geen logisch model is voor de bekostiging van beschikbaarheid van SEH's. De NZa heeft in 2021 onderzoek gedaan naar de beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH en heeft geconcludeerd dat er geen marktverstoring is. Deze conclusie is mede gebaseerd op de huidige 45-minutennorm. Dat betekent dat op dit moment niet wordt voldaan aan de wettelijke voorwaarde van marktverstoring voor deze specifieke beschikbaarheidsbijdrage. Hierover heeft de voormalig Minister van VWS uw Kamer geïnformeerd met de brief van 27 augustus 2021.<sup>4</sup>

Inkoop in representatie door zorgverzekeraars heeft de sterke voorkeur van de NZa. Zij schrijft in haar advies dat dit model past bij de bekostiging van een beschikbaarheidsfunctie en de bekostiging in lijn brengt met andere beschikbaarheidsfuncties voor de acute zorg zoals de ambulancezorg, de huisartsenposten en de acute geestelijke gezondheidszorg. In haar advies gaat de NZa ook in op wat een vorm van een beschikbaarheidsbekostiging zou betekenen voor de huidige bekostiging, ten aanzien van bijvoorbeeld het schonen van tarieven. Dit is mede afhankelijk van de exacte invulling en uitvoering van een beschikbaarheidsbekostiging, maar de complexiteit zit hier in de verwevenheid van de opbrengsten en kosten in het ziekenhuis. Voor de kosten voor de SEH-zorg is geen aparte prestatie beschikbaar, maar deze worden op basis van een verdeelsleutel verdeeld over alle zorgproducten (DBC's) van een ziekenhuis. De NZa wil hiervoor, in samenwerking met het veld, een handreiking opstellen. Een ander belangrijk aandachtspunt zijn de administratieve lasten. Voor de langere termijn stelt de NZa dat de structurele administratieve lasten beperkt zullen toenemen, afhankelijk van de gemaakte afspraken. Echter voor de korte termijn zullen deze sterk toenemen, onder andere vanwege

---

<sup>4</sup> Kamerstukken II 29 247, nr. 335.

het uitvragen van extra informatie voor de schoning en de gevolgen hiervan voor de contractering.

De bekostiging van de acute verloskunde behoort niet tot het advies van de NZa. Echter omdat de beschikbaarheidsbijdrage ook hier gebaseerd is op een 45-minutennorm, zal deze in een later stadium ook moeten worden onderzocht.

### **3. Stimuleren van integratie HAP en SEH en de vorming van spoedpleinen**

Mijn ambtsvoorganger heeft de NZa ook gevraagd om advies over hoe de bekostiging de samenwerking en netwerkvorming het beste faciliteert en stimuleert bij de integratie van de HAP en SEH en de beschikbaarheid van keten brede expertise op één spoedlocatie. Laat ik daarbij vooropstellen dat ik deze positieve bewegingen al op veel locaties in het land zie.

#### Advies NZa

De NZa benoemt in haar advies dat in de huidige bekostigingssystematiek ruimte is voor integratie en samenwerking. Zij ziet dat het succes van integratie en samenwerking in zeer grote mate afhangt van de gezamenlijke visie over de inrichting van zorg, een goede relatie tussen zorgaanbieders in de regio en de opstelling van zorgverzekeraars. Zij ziet echter ook verbeterpunten om de samenwerking beter te faciliteren en adviseert het volgende groeimodel in de bekostiging:

- De introductie van een (tijdelijk) meekijkconsult zou passend kunnen zijn daar waar de samenwerking nog in de kinderschoenen staat, om de gewenste samenwerking te ondersteunen.
- Een sectorale bundelbekostiging is een stap verder richting integrale bekostiging, en gaat uit van het leveren van in principe alle zorg die er binnen een bepaalde sector nodig is voor de diagnose en behandeling van een patiënt met een bepaalde aandoening.
- Een sectoroverstijgende bundel gaat nog verder en includeert zorg geleverd door verschillende zorgaanbieders, zoals de huisarts en het ziekenhuis.

Een mogelijk eindplaatje kan dan een sectoroverstijgend integraal budget zijn, waarbij de totale zorglevering van verschillende (afdelingen van) zorgaanbieders integraal wordt bekostigd.

De NZa schetst de bekostiging op basis van een integraal budget als eindplaatje. Echter de kwaliteit van de samenwerking – zo blijkt uit hun onderzoek – is niet alleen afhankelijk van het (integrale) bekostigingsmodel. De invloed van de kwaliteit van samenwerking en het onderlinge vertrouwen tussen zorgpartijen op de beoogde integratie is groot. Als de samenwerking tussen een HAP en SEH nog niet goed is, dan is het invoeren van een integrale bekostiging niet heel zinvol.

De NZa ziet de voordelen van het gelijk trekken van de bekostigingsprikkel in de acute zorg en het bieden van meer flexibiliteit.

De beweging richting een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH, kan volgens de NZa in belangrijke mate bijdragen aan de samenwerking tussen de HAP en de SEH in verdere stappen naar een integraal budget. Om de betreffende route alvast te verkennen, stelt de NZa voor op korte termijn experimenten ten aanzien van de integrale HAP-SEH bekostiging te starten. Dit kan inzicht geven in wat er allemaal komt kijken bij een integraal budget en hoe zich dit in de praktijk vertaalt. Wat betekent dit bijvoorbeeld voor de administratieve lasten? De NZa geeft aan hier graag met zorgaanbieders en zorgverzekeraars over in gesprek te willen gaan.

#### **4. Zorgcoördinatie**

In het verlengde hiervan heeft mijn ambtsvoorganger de NZa ook om advies gevraagd hoe de bekostiging van zorgcoördinatie op de lange termijn vorm kan worden gegeven, in het bijzonder op basis van budgetten. Dit advies zal naar verwachting begin maart 2024 worden opgeleverd.

#### **5. Overige adviespunten**

Naast bovengenoemde vragen heeft mijn ambtsvoorganger de NZa ook gevraagd om een aantal andere punten te onderzoeken. Bij een eerste inventarisatie is de NZa voor de volgende onderwerpen tot de conclusie gekomen dat advisering over de bekostiging op dit moment en in dit kader, onvoldoende meerwaarde heeft en dat deze onderwerpen geen onderdeel zijn van het advies:

- het onderzoeken welke bekostiging samenwerking en netwerkvorming bij acute zorg thuis het beste faciliteert en stimuleert;
- het belonen van goede prestaties op de «call-to-needle-tijd» in de keten.

Voor andere onderwerpen geldt dat deze op een andere manier terugkomen in dit uiteindelijke advies, zoals:

- het faciliteren van samenwerking tussen ziekenhuizen met betrekking tot de SEH;
- het faciliteren en stimuleren van afspraken over sturing op beschikbaarheid, toegankelijkheid en uitkomsten van SEH-zorg.

Dit is in nauw overleg gegaan.

#### **6. Reactie en vervolg**

Een besluit over een eventuele wijziging in de bekostiging van de acute zorg vergt een goede afweging. Een mogelijke verandering daarin is geen wondermiddel voor de oplossing van de huidige problematiek van personele schaarste en knelpunten in de toegankelijkheid en de kwaliteit. Tegelijkertijd mag en kan de bekostiging niet belemmerend werken voor het meer toekomstbestendig maken van de acute zorg. Het is aan een volgend kabinet om een besluit te nemen over het vervolgproces. Echter ook in het licht van de motie van het lid Dijk c.s. deel ik graag mijn observaties bij het advies van de NZa met uw Kamer.

##### Beschikbaarheidsbekostiging SEH

Een vorm van beschikbaarheidsbekostiging lost niet per definitie het personeelsprobleem dan wel het kwaliteitsprobleem op en de daarmee gepaard gaande toegankelijkheid van de SEH-zorg. Er zijn, naast een keuze over de bekostiging, ook keuzes nodig over toekomst van de inrichting van de acute ziekenhuiszorg.

Het is onwenselijk als er een situatie zou ontstaan waarbij er geen keuzes worden gemaakt en per SEH minder gekwalificeerd personeel beschikbaar is. Ik begrijp het advies van de NZa dan ook om eerst tot een nieuw normenkader te komen. Het belangrijkste doel van de bekostiging van de acute zorg is om de beweging naar een toekomstbestendig acute-zorglandschap te stimuleren in het belang van alle (toekomstige) patiënten. Zodat alle patiënten, ongeacht waar zij wonen toegang hebben tot kwalitatief goede zorg. Daarbij is het belangrijk om regionale partijen de regie te laten behouden en aan te sluiten bij de ROAZ-plannen. Zodat in de regio de best passende oplossingen gevonden kunnen worden voor

de uitdagingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en personele schaarste.

Regionale budgetbekostiging op basis van beschikbaarheid kan bijdragen aan toekomstbestendige acute zorg. Zo'n bekostiging kan het maken van afspraken over verplaatsing van zorg vergemakkelijken, want het biedt de mogelijkheid om de verdeling van het budget passend te maken bij de integrale regionale visie. En het biedt expliciet ruimte voor de organisatie van de noodzakelijke beschikbaarheid en transformatie(s) ten behoeve van kwaliteit en toegankelijkheid. Een bekostiging op basis van beschikbaarheid in de vorm van budgetbekostiging is, zoals de NZa ook aangeeft, in lijn met de bekostiging van andere onderdelen van de acute zorg, zoals de ambulancezorg, de huisartsenposten en de acute ggz. De budgetten worden in representatie door zorgverzekeraars afgesproken met de ziekenhuizen. Dit zorgt enerzijds voor flexibiliteit: indien er veranderingen optreden in andere delen van het zorglandschap kan hierop worden ingespeeld. Anderzijds zorgt het voor sturing: omdat zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders per regio bepalen wat de best passende zorg is. Dit zorgt ervoor dat de regio het uitgangspunt is, aan de lat staat en dat de samenhang met de inkoop van andere zorg en van vergelijkbare zorg bij andere aanbieders wordt behouden.

Een belangrijk aandachtspunt zie ik in het afbakenen van SEH-zorg van de rest van het ziekenhuis. Daarmee ontstaat een nieuw schot in de bekostiging en dat brengt onder andere administratieve uitdagingen in de transitiefase met zich mee. Het kan ook leiden tot ongewenste afwenteleffecten, bijvoorbeeld door productie van de SEH naar de rest van het ziekenhuis te verplaatsen, zodat deze zorg niet onder de beschikbaarheidsbekostiging valt. Ook kan het risico ontstaan van dubbele bekostiging. Dat maakt de zorg onnodig duurder en de zorgpremie onnodig hoger. Een andere belangrijke afweging is het effect op de totale administratieve lasten: veldpartijen geven aan dat dit zwaar moet worden meegewogen. Het NZa-advies geeft aanknopingspunten om deze gevolgen in kaart te brengen. De NZa wijst er daarnaast op dat met een beschikbaarheidsbekostiging voor de SEH de productieprikkel voor de SEH wegvalt, maar dat er in de rest van het ziekenhuis met de huidige bekostiging nog wel productieprikkels zitten. Ook komt een aanzienlijk deel van de vervolgzorg via de SEH binnen.

Als laatste zie ik dat als deze wijziging in de bekostiging budgettair neutraal is, de bekostiging alleen een instrument kan zijn voor het oplossen van eventuele financiële problemen van ziekenhuizen als een hoger budget voor het ene ziekenhuis gepaard gaat met een lager budget voor een ander ziekenhuis. Het is aan een nieuw kabinet om alle aspecten mee te wegen, maar voordat we zover zijn, zal een nieuw kabinet eerst besluiten moeten nemen over de gewenste kwaliteit, toegankelijkheid en daaraan gerelateerde noodzakelijke beschikbaarheid en betaalbaarheid van de SEH-zorg.

#### Integratie HAP/SEH/spoedpleinen

Voor wat betreft het advies over de integratie van de HAP/SEH en het vormen van spoedpleinen, zie ik dat een integraal budget een oplossing kan zijn daar waar de samenwerking wordt belemmerd door de bekostiging. De integratie van de HAP en de SEH kan leiden tot het behoud van in ieder geval een minimale kwaliteit met een optimale inzet van de personeelscapaciteit. Tegelijkertijd onderschrijf ik dat het niet aan de bekostiging mag liggen of de samenwerking goed is of überhaupt tot stand komt. Op locaties waar al geïntegreerd wordt gewerkt, voegt het wijzigen van de bekostiging wellicht weinig toe, anders dan een extra



stimulans. En anderzijds, op plekken waar er een geringe bereidheid is tot samenwerken, ontstaat die bereidheid niet alleen met het aanpassen van de bekostiging, maar kan dit wel een zetje in de rug geven.

Het op basis van beschikbaarheid bekostigen van zowel de SEH als de HAP kan de samenwerking stimuleren tussen deze partijen. Deze keuzes hangen nauw samen met de keuzes voor de bekostiging van de SEH en moeten in samenhang worden gezien.

Ik ga met de NZa in gesprek of een experiment met een integrale HAP-SEH bekostiging wenselijk en mogelijk is en welke randvoorwaarden daarbij horen.

Tot slot wil ik nogmaals benadrukken dat iedereen in Nederland toegang moet hebben tot kwalitatief goede acute zorg. Het advies van de NZa kan helpen om een keuze te maken welke bekostiging hieraan bijdraagt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
C. Helder