AH 303

2026Z19523

Antwoord van minister Hermans (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 7 oktober 2026)

Vraag 1

Kent u de podcast voorzorg waar VVD-Senator en voormalig NZa-voorzitter Marian Kaljouw aangeeft dat spreiding van dure basiszorg uit UMCs naar regionale ziekenhuizen te langzaam gaat?

Antwoord 1

Ja, daar ben ik mee bekend.

Om precies te zijn, zei dr. Kaljouw het volgende: “De consequenties van het leveren van passende zorg zijn enorm. Want als je echt alleen maar zorg gaat leveren, wat daadwerkelijk bijdraagt aan het functioneren van mensen, dan kun je rustig stellen dat je 40% van wat we nu doen, niet meer hoeft te doen. Ja, dat betekent dus dat je zorginstellingen, die worden kleiner, of een aantal kun je afscheid van nemen. Zeven academische ziekenhuizen. Ik weet, ik word er niet populair van, maar zeven academische ziekenhuizen in Nederland hebben we helemaal niet nodig. En als je dan kijkt waarom zijn ze er dan? En hoe houden ze dan hun bedrijfsvoering intact? Ja, door basiszorg te blijven leveren tegen een academisch tarief. Ja jongens, dat kunnen we ons straks echt niet meer permitteren. Dus ik zou zeggen, neem nou lang de tijd. Zet het mes er nou niet van de ene op de andere dag in, maar neem daar nou gewoon eens 15 jaar voor. En kijk dan eens of je het Nederland om kunt katten.”

Vraag 2

Onderschrijft u de mening van Kaljouw op dit punt? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?

Vraag 3

Vindt u dat UMC’s zich voldoende inspannen om patiënten die geen complexe of hoog specialistische zorg nodig hebben te verwijzen naar een regionaal ziekenhuis? Zo ja, hoe dan? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2 en 3

Het kabinet vindt het belangrijk dat umc’s passende zorg verlenen. Het ligt daarbij in de rede dat umc’s geen basiszorg leveren, tenzij dit noodzakelijk is voor onderzoek en/of opleiding. In de brief over de stand van zaken ziekenhuiszorg, verstuurd op 2 oktober 2026, is aangegeven dat het tegen de achtergrond van het veranderende zorglandschap nodig is opnieuw te bezien

welke maatschappelijke rollen en taken van de ontvangers van de Beschikbaarheids BBAZ in het toekomstige zorglandschap nodig zijn. De huidige visie daarop dateert uit 2019.[1] Het kabinet werkt daarom aan een hernieuwde visie en streeft ernaar deze medio 2027 aan de Tweede Kamer te sturen. Het kabinet zal de rol van umc's daarbij bezien in het licht van passende zorg.

In het IZA en AZWA is afgesproken dat aanbieders in een regio in netwerken samenwerken, waarbij de ziekenhuizen, waaronder umc's, hun aanbod en hun huidige en toekomstige portfolio op elkaar afstemmen. Daarmee wordt ook in de toekomst aangesloten op de zorgbehoefte in de regio en optimaal gebruik gemaakt van regionaal beschikbare kennis, capaciteit en infrastructuur. In gesprekken hierover aan de Ronde Tafel concentratie en spreiding van zorg gaat

het ook over de rol die een umc kan vervullen in het leveren van laag volume hoogcomplexe zorg en de positie van regionale ziekenhuizen en de rol die zij hebben in het leveren van zorg dichtbij.

UMCNL denkt als vertegenwoordiger van umc's aan de Ronde Tafel actief mee over een passende inrichting van het zorglandschap, en daarmee ook over de rol van umc's hierin. Dit blijkt ook uit hun strategie 2025-2030.[2]

Ook zijn tijdens het BO IZA/AZWA van 28 januari jongstleden de afspraken gemaakt dat partijen zich onverminderd blijven inzetten om de spreidingsopgave in de regio te realiseren, aandachtspunt is dat versnippering en fragmentatie voorkomen wordt en dat het belangrijkste doel moet zijn dat instellingen duidelijke portfoliokeuzes maken die aansluiten bij de uitdagingen in de regio.

Op dit moment wordt aan de Ronde Tafel gesproken over de inrichting van tranche 2. Het kabinet zal bij de NZa aangeven dat het van belang is om in de volgende monitor - die zij uitvoeren wanneer de scope van tranche 2 bekend is - aandacht te hebben voor de portfoliokeuzes van ziekenhuizen.

Vraag 4

Kunt u aangeven welke van de geplande wetten specifiek gaan over spreiding reguliere of basiszorg naar de regionale ziekenhuizen toe? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Er zijn geen geplande wetsvoorstellen die zich specifiek hierop richten. Zoals aangekondigd in de beleidsagenda van 24 april jongstleden, werkt het kabinet

[1] Stand van zaken ziekenhuiszorg | Tweede Kamer der Staten-Generaal
[2] UMCNL, 'Samen voor de gezondheid van morgen: strategie van de umc's van Nederland 2025-2030', januari 2025

aan een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving.[3] Daar waar partijen zelf onvoldoende in staat of bereid zijn om tot de noodzakelijke keuzes te komen, wil het kabinet meer gaan sturen. Op die manier wil het kabinet bevorderen dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk keuzes maken over welke zorg waar wordt geleverd, met als uitgangspunt dat passende zorg voor iedereen toegankelijk blijft. Het kabinet informeert de Kamer zeer binnenkort over dit samenhangende pakket in een brief over passende zorg als norm.

Vraag 5

Op welke manier dragen de plannen van de ontwikkelroute budgetbekostiging Spoedeisende Hulp (SEH) bij aan spreiding? En wat gebeurt er momenteel rondom acute verloskunde? Over welke instrumenten beschikt het regionale overleg onder leiding van het UMC om te komen tot spreiding?

Antwoord 5

De ontwikkelroute passende acute zorg is erop gericht om noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg te ondersteunen. Daarbij wordt gewerkt aan landelijke kaders die richting geven aan de regionale keuzes over de inrichting van de acute zorg. Niet iedere regio is immers hetzelfde en niet iedere SEH hoeft dezelfde rol of omvang te hebben. Binnen die kaders moeten regio’s, op basis van onder meer de regionale zorgvraag, kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit, keuzes kunnen maken over een passend aanbod van acute zorg.

De budgetbekostiging van de SEH ondersteunt die beweging naar differentiatie: doordat de bekostiging minder afhankelijk wordt van productie, kan de financiering beter aansluiten bij de beschikbaarheidsfunctie van een SEH en bij keuzes over de regionale inrichting. Welke differentiatie, concentratie of spreiding van acute zorg passend is, moet zoveel mogelijk in de regio worden bepaald.

Aan de Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg hebben zorgverzekeraars, zorgaanbieders en vertegenwoordigers van patiënten capaciteit in de acute verloskunde als één van de drie prioriteiten opgepakt voor 2026 en 2027. De Landelijke tafel verwacht voor het einde van het jaar beter inzicht te hebben in de knelpunten binnen de acute verloskunde en daarmee een start te kunnen maken aan oplossingsrichtingen. Het doel is de beschikbaarheid van acute verloskundige zorg in alle regio's te borgen. Het kabinet informeert de Tweede Kamer over de uitkomsten van de Landelijke Tafel in de voortgangsbrief Integrale geboortezorg in het eerste kwartaal van 2027.

Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) is de plek waar aanbieders van acute zorg gezamenlijk afspraken maken over de beschikbaarheid en

[3] Kamerstukken II, 2025/26, 36800 XVI, nr. 191

bereikbaarheid van acute zorg en over maatregelen om de druk op de acute zorgketen te beperken. Het regionaal aangewezen traumacentrum organiseert en coördineert dit overleg, maar heeft vanuit die rol geen zelfstandige bevoegdheid om de verdeling van zorg tussen instellingen te bepalen. Aanbieders in de acute zorg zijn wél verplicht om in ROAZ-verband afspraken te maken over onder meer de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en om de door hen gemaakte afspraken na te komen. Als knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid binnen het ROAZ niet kunnen worden opgelost, meldt het traumacentrum deze bij de zorgverzekeraars, en indien noodzakelijk bij de IGJ.

Vraag 6

Op welke manier geeft u uitvoering aan de motie-Van den Berg (CDA) die de regering verzoekt om de Kamer jaarlijks te informeren over de inspanningen om reguliere of basiszorgpatiënten binnen een UMC te verwijzen naar een andere regionale ziekenhuizen?

Antwoord 6

De toenmalige minister van VWS heeft uitvoering gegeven aan deze motie door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te vragen om de monitoring van de verwijzing van basiszorgpatiënten uit een universitair medisch centrum (umc) naar algemene ziekenhuizen voor haar rekening te nemen.[4,5] Deze motie is afgedaan in de brief over academische zorg, verstuurd op 17 december 2019.[6]

Zoals vermeld in de vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2024, zou de NZa oorspronkelijk drie jaar lang jaarlijks de monitor basiszorg umc's uitbrengen.[7] Er zijn uiteindelijk twee monitors verschenen, over de jaren 2018 en 2019. Een derde meting zou gegevens over 2020 gebruiken. Daarvan is afgezien, omdat 2020 door de COVID-19-pandemie een vertekend beeld van de reguliere patiëntenstromen zou geven.

In het IZA is vervolgens afgesproken dat de NZa de voortgang van de beweging naar een toekomstbestendig medisch zorglandschap zal meenemen in een nieuwe monitor, die daarmee in de plaats kwam van de eerdere monitor. Dit is uiteindelijk opgegaan in de rapportage "Volumes bij interventies met voorgestelde normen hoogcomplexe medisch-specialistische zorg", uitgebracht in 2024.[8] Hierin had de NZa de focus op de specifieke interventies waarvoor hogere volumenormen werden voorgesteld vanuit het IZA-afspraak. Concreet geeft zij in deze publicatie aan hoe vaak instellingen de specifieke oncologische en vaatchirurgische zorginterventies hebben uitgevoerd in het jaar 2022.

---

[4] Kamerstukken II 2018/19, 32 864 nr. 8
[5] Handelingen II 2018/19, nr. 107, item 3
[6] Kamerstukken II 2019/20, 32 864, nr. 10
[7] Kamerstukken II 2023/24, 36410-XVI nr. 35
[8] Volumes bij interventies met voorgestelde normen hoogcomplexe medisch-specialistische zorg - Nederlandse Zorgautoriteit

Vraag 7

Wat is de huidige situatie rondom het doorverwijzen van patiënten die geen complexe of specialistische zorg nodig hebben vanuit UMC’s naar regionale ziekenhuizen?

Antwoord 7

Zoals eerder benoemd heeft het kabinet hier geen zicht op, omdat de laatste monitor van de NZa over de spreiding van basiszorg vanuit umc’s uit 2022 dateert, en bovendien over de gegevens van 2019 gaat.

UMCNL heeft aangegeven dat er sinds 2022 belangrijke stappen gezet zijn in het verplaatsen van zorg richting regionale ziekenhuizen, niet alleen binnen concentratie en spreiding, maar ook daarbuiten. Zo is een groot deel van de diabeteszorg en COPD-zorg uitgeplaatst van het LUMC naar het Alrijne Ziekenhuis. Dit is ook in Groningen het geval, waar chronische zorgpaden zijn verplaatst naar de regionale ziekenhuizen. Een goed voorbeeld van samenwerking tussen een umc en andere zorgaanbieders in de regio Groningen is Beweegzorg Noord, waarbij sinds 2022 fysiotherapeuten, huisartsen, orthopeden, ziekenhuizen en zorgverzekeraars samenwerken in een ‘stepped care’-programma.

Het kabinet vindt het belangrijk dat umc’s en regionale ziekenhuizen samenwerken om patiënten zo veel mogelijk op de best passende plek te behandelen en blijft hiervoor aandacht vragen zoals in het antwoord op de vragen 2 en 3 is toegelicht.

Vraag 8

Bent u het eens met de stelling dat concentratie van hoog specialistische planbare zorg voorwaardelijk is aan de spreiding van acute en planbare basiszorg? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 8

Het kabinet vindt het belangrijk dat iedereen goede zorg krijgt en dichtbij als dat mogelijk is. Spreiding en concentratie van zorg zijn geen doel op zich. Het doel is om bij hoogcomplexe, laagvolumezorg de kwalitatief best mogelijke zorg voor de patiënt te bereiken. Tegelijkertijd moet worden bezien welke zorg juist breder en dichter bij de patiënt kan worden aangeboden.

De gesprekken over spreiding van zorg zijn tot nu toe vooral gevoerd in samenhang met de verschuivingen van hoogcomplexe behandelingen als gevolg van de vastgestelde volumenormen. Aan de Ronde Tafel concentratie en spreiding bestaan verschillende beelden over de stand van zaken over spreidingsafspraken. In sommige regio’s lijkt het gelukt om afspraken te maken, maar in een aantal regio’s is dat ook (nog) niet gelukt. Mede in dat licht is het

belangrijk dat er in het AZWA ook afspraken gemaakt zijn over de portfoliokeuzes van ziekenhuizen. Partijen van de Ronde Tafel geven zelf ook aan dat het moet gaan over de

toekomstbestendige inrichting van het regionale zorglandschap waarbij de ziekenhuizen hun aanbod en hun huidige en toekomstige portfolio op elkaar afstemmen. Dat geldt ook voor umc's.

In het AZWA is ook afgesproken dat bestaande regioplannen en plannen van het ROAZ worden aangevuld met de gevolgen voor het regionale zorgaanbod van lopende IZA-trajecten, waaronder trajecten rond concentratie en spreiding. Transformaties in de medisch-specialistische zorg worden, vooruitlopend op de herijking van de regio- en ROAZ-plannen in 2028, opgenomen in de werkagenda's die bij deze plannen horen. De voorzitters van de betreffende regio's rapporteren hierover in het eerste kwartaal van 2027.

Vraag 9

Voor de patiënten die binnenkomen op de SEH, in hoeverre zien we uit de reistijdanalyse dat er een alternatief ziekenhuis in de buurt aanwezig is?

Antwoord 9

De meest recente bereikbaarheidsanalyse van het RIVM uit juli 2026 laat zien dat de spreiding van SEH's in Nederland over het algemeen goed is.[9] Volgens het gebruikte bereikbaarheidsmodel kan 99,7% van de Nederlandse bevolking binnen 45 minuten per ambulance naar een 24/7 geopende SEH worden gebracht. Van de 76 SEH-locaties die 24 uur per dag geopend zijn, zijn er 27 'gevoelig' voor de 45-minutennorm. Dit betekent dat bij sluiting van één van deze locaties meer inwoners niet binnen 45 minuten per ambulance een SEH kunnen bereiken. Voor de overige 49 locaties geldt dat volgens deze modelberekening niet. Dit geeft aan dat er voor een groot deel van Nederland geografisch alternatieve SEH-capaciteit binnen de bereikbaarheidsnorm aanwezig is.

Daarbij is van belang dat de RIVM-analyse niet ziet op de patiënten die daadwerkelijk op een specifieke SEH binnenkomen (zoals een SEH met een specifieke interventievoorziening bij een acuut hartinfarct) en evenmin beoordeelt of een alternatief ziekenhuis voor iedere patiënt ook inhoudelijk passend is. De analyse berekent op basis van woonlocaties, ambulancestandplaatsen en reistijden of een 24/7 geopende basis-SEH binnen 45 minuten bereikbaar is. De uitkomsten kunnen daarom worden gebruikt om de geografische bereikbaarheid en spreiding van SEH's te beoordelen, maar niet om te concluderen dat iedere patiënt zonder meer naar een andere SEH kan worden verwezen.

Vraag 10

[9] RIVM Kennisnotitie: Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2026

Kun u aangeven op welke manier de aanbevelingen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uit de monitor basiszorg UMCs gericht op spreiding zijn uitgevoerd (2020)?

Antwoord 10

De NZa heeft in de Monitor umc's 2021 (en 2020) gekeken naar de mate waarin umc's basiszorg leveren.[10] De NZa gaf aan dat de inzichten over de mate waarin basiszorg in umc's moet worden geleverd niet eenduidig zijn: een bepaald volume van basiszorg in umc's is van belang ten behoeve van hun taken op het gebied van wetenschap, innovatie en opleiding. De inschatting van de NZa was dat er nog potentie was om een deel van de geleverde basiszorg uit umc's te plaatsen zonder dat dit ten koste zou gaan van onderzoek, opleiding en de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

De NZa heeft de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Verdere opvolging van aanbevelingen monitor 2020.
2. Verdiepend inzicht basiszorg umc's middels een opdracht aan Zorginstituut Nederland (ZIN).
3. Zorgverzekeraars en umc's worden gevraagd om in 2022 per umc-regio een voorstel op te stellen met de acties/trajecten waar zij op zullen inzetten in 2023 in het kader van de beweging naar passende (basis)zorg.

De NZa geeft daarbij aan dat er geen normering is over wat de benodigde minimale omvang van basiszorg in umc's is. Zij benoemt ook dat de potentie om basiszorg uit umc's te verplaatsen nadere verdieping vereist, bijvoorbeeld naar het type patiëntgroepen, de zorgpaden en naar waar welke zorg het beste kan plaatsvinden. Ook daarin is het uitgangspunt altijd passende zorg.

Aanbevelingen 1 en 3 vormden inbreng voor de afspraken die zijn gemaakt in het IZA en AZWA over concentratie en spreiding en regionale samenwerking.

Aanbeveling 2 heeft geresulteerd in een opdracht aan het ZIN die uiteindelijk heeft geleid tot het advies "Een praktische route voor spreiding van laagcomplexe MSZ".[11] Naast dit advies heeft het ZIN een handreiking 'Spreiding MSZ zorg; een handreiking op basis van praktijkvoorbeelden' uitgebracht. Hiermee worden handvatten aan de regio's gegeven om de spreiding van medisch-specialistische zorg vorm te geven.

Het is echter niet gelukt om aan de Ronde Tafel landelijke inhoudelijke normen voor spreiding vast te stellen. Partijen geven aan dat het moet gaan over de toekomstbestendige inrichting van het zorglandschap waarbij de ziekenhuizen

[10] Monitor basiszorg UMC's - Nederlandse Zorgautoriteit
[11] Advies intensiveren samenwerkingsafspraken spreiding MSZ | Zorginstituut Nederland

hun aanbod en hun huidige en toekomstige portfolio op elkaar afstemmen, zoals in het antwoord op de vragen 2 en 3 benoemd.

Vraag 11

Waarom pakken UMC’s zoveel zaken rondom diabetes op? Heeft dit nog gevolgen voor de Robijngelden en de systematiek die met de UMC's is afgestemd?

Antwoord 11

Het kabinet hecht eraan dat patiënten passende zorg ontvangen op de juiste plek. Zorg die met goede kwaliteit in een ziekenhuis dichtbij kan worden geleverd, hoeft niet in een umc plaats te vinden. Het overgrote deel van de zorg voor patiënten met diabetes kan plaatsvinden in regionale ziekenhuizen. Daarbij dient wel te worden genoemd dat umc’s patiënten behandelen met complexe aandoeningen, waarbij diabetes er een van kan zijn. Ook leveren zij enige mate van basiszorg in het kader van opleiding, innovatie en onderzoek. Er is geen eenduidige definitie of afspraak waarmee duidelijk wordt hoeveel basiszorg in umc’s geleverd mag worden.

In de vraag wordt ook verwezen naar ‘de Robijngelden en de systematiek die met de umc’s is afgestemd’. We gaan ervan uit dat hiermee gedoeld wordt op de Beschikbaarheidbijdrage Academische Zorg (BBAZ), de ontvangers hiervan zijn met name umc’s. De BBAZ ontvangen zij van de Rijksoverheid voor het uitvoeren van bepaalde rollen en taken op het gebied van de academische zorg. Eén van die taken is het verlenen van topreferente zorg (zorg die voldoet aan de labelsystematiek die in het ROBIJN-traject is afgesproken). Zoals benoemd, worden met IZA en AZWA keuzes gemaakt over onder meer concentratie en spreiding van zorg, samenwerking in netwerken en de rolverdeling tussen zorgaanbieders.

In de brief over de stand van zaken ziekenhuiszorg, verstuurd op 2 oktober 2026, is aangegeven dat het tegen de achtergrond van het veranderende zorglandschap nodig is opnieuw te bezien welke maatschappelijke rollen en taken van de ontvangers van de BBAZ in het toekomstige zorglandschap nodig zijn. Het kabinet werkt daarom aan een hernieuwde visie en streeft ernaar deze medio 2027 aan de Tweede Kamer te sturen. Het kabinet kan in ieder geval aangeven dat het de rol van umc’s beziet in het licht van passende zorg.

Vraag 12

Waarom wordt er zoveel geboortezorg geleverd? Heeft dit nog gevolgen voor de Robijngelden en de systematiek die met de UMC's is afgestemd?

Antwoord 12

In umc’s kan geboortezorg worden geleverd bij een medische indicatie (verhoogd risico of complexe problematiek). Umc’s vormen ook een (boven)regionale

achtervangfunctie voor situaties waarin hoogcomplexe zorg nodig is, die in nabijgelegen ziekenhuizen niet altijd beschikbaar is. Zie het antwoord op vraag 11 voor het tweede deel van deze vraag.

Vraag 13

Bent u het eens met de NZa die door de bank genomen “meer mogelijkheden” voor samenwerking vanuit UMCs ziet, bijvoorbeeld door personeel en/of ruimte te delen met andere aanbieders om “zo de efficiëntie en het aantal handelingen van het personeel te verbeteren”? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 13

Het kabinet onderschrijft het belang van samenwerking tussen umc’s en andere zorgaanbieders. Zoals benoemd, is in het AZWA afgesproken dat aanbieders in de regio hun portfolio op elkaar afstemmen. Op die manier wordt optimaal gebruik gemaakt van regionaal beschikbare kennis, capaciteit en infrastructuur.

Vraag 14

Op welke manier kunt u de communicatie tussen de systemen van ziekenhuizen verbeteren zodat UMC’s kunnen terugverwijzen naar regionale ziekenhuizen en huisartsen en onnodig patiënten niet moeten blijven behandelen?

Antwoord 14

Goede gegevensuitwisseling tussen umc’s en andere ziekenhuizen is belangrijk om patiënten naar elkaar te kunnen verwijzen en zo op de juiste plek te kunnen behandelen. Met de implementatie van de EHDS (European Health Data Space) in nationale wetgeving, waar momenteel aan wordt gewerkt, ontstaat een kader waardoor gezondheidsgegevens beter beschikbaar komen, bijvoorbeeld tussen umc’s, regionale ziekenhuizen en huisartsen. Daarnaast wordt er gewerkt aan de realisatie van noodzakelijke infrastructuur zoals generieke voorzieningen en een landelijk dekkende infrastructuur. Het beschikken over en uitwisselen van juiste gezondheidsgegevens is cruciaal voor veilige, toegankelijke en doelmatige zorg en draagt bij aan een betere doorverwijzing van patiënten.

Vraag 15

Vindt u het noodzakelijk dat hoog-complexe patiënten in hoog-specialistische ziekenhuizen worden behandeld - gegeven het feit dat de hoog-complexe zorg stabiel blijft maar door vergrijzing het aantal hoog-complexe patiënten stijgt? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 15

Wanneer het gaat om hoogcomplexe zorg in combinatie met laagvolume en/of wanneer het gaat om zeldzame aandoeningen, zal er betere zorg kunnen worden geleverd als het betreffende team hiermee voldoende in aanraking komt en voldoende ervaring heeft opgebouwd en daarmee hooggespecialiseerd is. Dat hoeft niet noodzakelijkerwijs in een umc te zijn. Het is van belang dat hiervoor goede samenwerkingsafspraken worden gemaakt, zodat de patiënt op de best passende plek wordt behandeld. Bovendien kan door middel van netwerken eventuele expertise worden ingeroepen, waardoor behandeling nog steeds op een plek dicht bij de patiënt kan plaatsvinden.

Vraag 16

Bent u bereid deze vragen te beantwoorden voor het commissidebat Ziekenhuiszorg, voorzien op 7 oktober a.s.? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 16

Ja, daar ben ik toe bereid.