

Vergaderjaar 2022–2023

**27 529**

## **Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg**

**Nr. 286**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 november 2022

Uw Kamer heeft mij gevraagd, conform de gewijzigde motie van de leden Paulusma en Van den Berg (Kamerstuk 31 765, nr. 602), om in kaart te brengen welke opties er zijn om een wettelijk recht op digitale zorg<sup>1</sup> voor patiënten en cliënten mogelijk te maken. In deze brief geef ik u, mede namens de Minister voor Langdurige Zorg en Sport, de reactie op deze motie.

#### **Hoofddijn van deze brief**

Ik deel met uw Kamer het belang van digitale/hybride<sup>2</sup> zorg voor patiënten. Ik ben van mening dat deze keuze altijd in samenspraak tussen patiënten, cliënten, mantelzorgers<sup>3</sup> en zorgverleners moet plaatsvinden, zoals dat geldt voor alle vormen van zorg. Ik deel met de Kamer dat er nog onvoldoende gebeurt om hybride zorg een vast onderdeel van de zorg te maken en dat dit snel anders moet. In reactie op de motie zal ik aangeven wat ik samen (en in overleg met) veldpartijen ga doen om dit te realiseren. Ik heb conform de motie tevens de verschillende opties onderzocht of voor digitale zorg een apart recht mogelijk/noodzakelijk/wenselijk is. Ik ben tot de conclusie gekomen dat een wettelijke afdwingbaar recht juridisch lastig is en vooralsnog niet passend en nodig. Hieronder zal ik nader toelichten welke stappen ik samen met partijen onderneem.

#### **Digitale zorg wordt steeds meer gewone zorg**

Tijdens de coronacrisis hebben velen ervaren dat de zorg op veel plekken (op dat moment noodgedwongen) digitaal of hybride werd geboden en

<sup>1</sup> Waar staat zorg, wordt zorg en ondersteuning bedoeld.

<sup>2</sup> Met hybride zorg wordt deels digitaal, deels fysiek bedoeld, afhankelijk van de context.

<sup>3</sup> Waar in deze brief gesproken wordt over patiënten, worden ook cliënten en mantelzorgers bedoeld.

dat patiënten dit over het algemeen positief waarderen (dit bleek onder meer uit de e-healthmonitor 2021<sup>4</sup>). Toch zie ik ook dat nog niet alle zorgaanbieders passende digitale of hybride zorg aanbieden.

Tegelijkertijd heeft digitale zorg wel degelijk momentum gekregen. In de reactie op de motie de Vries (Kamerstuk 27 529, nr. 270) heeft u kunnen lezen wat door mijn ambtsvoorganger al in gang is gezet om digitale zorg een standaard onderdeel te maken van zorgprocessen en -paden. Recent hebben de Minister voor Langdurige Zorg, de Staatssecretaris en ik in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en zijn in de programma's Wonen, Ondersteuning en Zorg voor ouderen programma (WoZo) en Toekomstbestendige arbeidsmarkt Zorg (TAZ) de afspraken en plannen voor «digitaal waar het kan» aan uw Kamer kenbaar gemaakt. Daarbij wordt onder andere de zorginkoop, ruimte in de bekostiging, en het stimuleren van de veranderkracht van organisaties betrokken. Passende inzet vereist ook een andere manier van zorg organiseren en daarmee verandering in processen en in en tussen zorgorganisaties.

### **Inventarisatie samen beslissen digitale zorg**

Om in beeld te brengen hoe de praktijk eruit ziet waarin zorgverlener en patiënt samen de juiste keuze voor hybride zorg (kunnen) maken, heb ik Pluut & Partners BV samen met Motabilem Verandermanagement (hierna Pluut & Partners c.s.) een kwalitatieve inventarisatie onder patiënten en zorgverleners laten uitvoeren (zie bijlage). Uit die inventarisatie blijkt dat er nog weinig keuzebewustzijn over digitale/hybride zorg is onder patiënten en zorgverleners. Ook zijn er vaak impliciete verwachtingen over de kennis en kunde van patiënten en zorgverleners (bijvoorbeeld de zorgverlener denkt dat patiënt het niet kan, terwijl de patiënt denkt dat zorgverlener het niet faciliteert). De keuze voor de vorm van zorgverlening is lang niet altijd een bewust besluit dat door patiënt of zorgverlener of samen wordt genomen.

In de inventarisatie van Pluut & Partners c.s. wordt een aantal concrete aanbevelingen gedaan om het keuzeproces voor digitale/hybride zorg te verbeteren:

1. *Bestaande hulpmiddelen rond digitale zorg aanvullen met samen beslissen over digitale zorg*  
Een mooie start om te komen tot meer samen beslissen in de spreekkamer en bij de assistenten, is het aanvullen van bestaande hulpmiddelen (zoals de Zorgdichtbijwijzer, diverse handreikingen rond digitale zorg zoals videoconsulten, websites als Zorg van Nu en Thuis kan het ook). Dit zal het keuzebewustzijn vergroten, zorgt voor de juiste informatie onder patiënten en zorgverleners over de voor- en nadelen van digitale zorg en biedt hen tevens praktische handvatten.
2. *Goede voorbeelden verzamelen en verspreiden*  
Bij de inventarisatie is een aantal mooie voorbeelden verzameld van hoe samen beslissen in de praktijk kan werken. Neem een zorginstelling die standaard bij het eerste contact van de patiënt met de instelling de voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt op het gebied van digitale zorg uitvraagt en registreert in het EPD. Of de zorgverlener die voor zichzelf heeft uitgevonden wanneer en hoe zij digitale zorg het beste tijdens het zorgproces ter sprake kan brengen.
3. *Een handreiking(en) voor samen beslissen over digitale zorg ontwikkelen*  
Naast het aanpassen van bestaande hulpmiddelen, adviseert Pluut & Partners c.s. ook een speciaal op samen beslissen over digitale zorg gerichte handreiking te ontwikkelen. Daarbij denken zij aan zowel een

<sup>4</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 273.

handreiking voor patiënten als een handreiking voor zorgverleners (en assistenten) en -organisaties. Het voordeel van dergelijke handreikingen is dat deze concrete tips voor het stimuleren en organiseren van samen beslissen bevat.

4. *Zorg dat patiënten weten waar ze terecht kunnen als zij geen keuze krijgen*  
Patiënten willen graag dat er een duidelijke plek is waar zij terecht kunnen wanneer zorgverleners geen gehoor geven aan hun wens om het gesprek aan te gaan over de mogelijkheden voor digitale zorg. Het is daarbij van belang om te kijken naar bestaande kanalen waar patiënten met vragen of klachten terecht kunnen.
5. *Breid de functies van portalen, PGO's en EPD's uit*  
Er is volgens Pluut & Partners c.s. een duidelijke behoefte aan de mogelijkheid om de voorkeuren en mogelijkheden van patiënten te registreren in het patiëntenportaal en EPD, waarna patiënten en zorgverleners dat kunnen wijzigen/inzien. Ook een geheugensteuntje in het EPD wordt gewaardeerd, zodat de kans kleiner wordt dat zorgverleners vergeten om het gesprek over digitale zorg te starten.
6. *Voer campagne voor samen beslissen over digitale zorg*  
Om het keuzebewustzijn onder patiënten en zorgverleners te vergroten en hen handvatten te geven voor het voeren van het gesprek over digitale zorg, adviseert Pluut & Partners c.s. om samen beslissen over digitale zorg onderwerp bij campagnes te maken.
7. *Ontwerp hybride zorgpaden met beslismomenten en werkafspraken*  
Samen beslissen dient volgens de onderzoekers een logisch onderdeel te worden van hybride zorgpaden: zorgpaden met een mix van fysieke vormen van zorg en digitale zorg. In werkafspraken wordt vastgelegd wie, wanneer en op welk moment het gesprek over wel/geen digitale zorg moet voeren. Ook de informatieverstrekking en ondersteuning van patiënten krijgen dan een vast en logische plek in het hybride zorgpad.

Ik herken mij in de aanbevelingen die Pluut & Partners c.s. doet en heb die ook met partijen besproken. In de campagne Thuis kan het ook wordt aandacht besteed aan het belang van het «samen met je zorgverlener beslissen». Ook wil ik bezien of dit onderwerp kan worden meegenomen in andere campagnes, zoals de campagne rond Samen Beslissen. Ik bespreek dat met de Patiëntenfederatie Nederland.

Daarnaast zal ik via ZorgvanNu.nl meer goede voorbeelden delen waar keuze voor digitale zorg al in de praktijk wordt gebracht. Ook vraag ik veldpartijen om hun goede voorbeelden op te halen en te delen via hun kanalen en via ZorgvanNu.nl.

Tevens denk ik dat het van belang is dat mensen weten dat er een aanbod is van digitale zorg in een instelling. Via Zorgkaart Nederland, of bijvoorbeeld via informatie van verzekeraars via de polis, kunnen patiënten inzicht krijgen in waar aanbod van digitale zorg is en dat meenemen in hun keuze voor een bepaalde zorginstelling of in het gesprek met de zorgverlener. Ik ben met Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland in gesprek om af te spreken wat we hierop kunnen doen.

Tevens wil ik aan de slag met een handreiking voor keuze voor digitale zorg. Daarbij staat bij mij voorop dat de eindgebruikers, zorgprofessionals, patiënten en hun mantelzorgers, meedenken met de ontwikkeling van deze handreiking. Ik verwacht deze handreiking in het eerste kwartaal van 2023 te kunnen opleveren en breed te zullen verspreiden.

In het IZA is met veldpartijen afgesproken dat *zij zorgen dat hybride zorg toegankelijk is voor mensen en bevorderen inclusiviteit van deze zorg.*

*Hierbij is het uitgangspunt «digitaal als het kan» en beslissen patiënt en zorgverlener samen over of de zorg inderdaad digitaal/hybride kan worden geleverd gegeven de specifieke situatie van de patiënt.* Ook is in het IZA afgesproken dat alle zorgaanbieders bekijken welke zorgpaden voortaan hybride kunnen worden ingericht. Daarvan komt 70% hybride beschikbaar, is afgesproken in het IZA. Van alle zorg die hybride wordt aangeboden, is in het IZA afgesproken te streven naar een inclusie van c.q. het gebruik door minimaal 50% van de patiëntenpopulatie waarvoor de hybride zorgpaden geschikt zijn. Deze moeten aan het eind 2026 gereed zijn. Ik zal de aanbevelingen van het onderzoek inbrengen bij de relevante IZA tafels.

### **Meer randvoorwaarden nodig dan alleen rond de keuze voor zorg**

Voordat er kan worden gekozen voor digitale zorg, zal er ook meer aanbod moeten zijn bij zorgorganisaties om die keuze te maken. En vereist het ook een verandering van de manier waarop zorg wordt geleverd, zoals hierboven aangegeven. Op dit moment biedt nog niet iedere zorgaanbieder digitale zorg aan. De oorzaken daarvoor zijn divers.

Ik heb in het IZA met het veld een aantal concrete doelstellingen afgesproken voor het creëren van de juiste randvoorwaarden voor het vergroten van het aanbod en gebruik van digitale of hybride zorg. De randvoorwaarden zitten met name op gegevensuitwisseling, de benodigde vaardigheden, richtlijnontwikkeling en bekostiging/financiering/inkoop. Door deze doelen te realiseren wil ik hybride zorg integraal onderdeel maken van reguliere zorg. Met deze doelstellingen in het IZA geef ik tevens invulling aan de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer om te komen tot concrete meetbare doelstellingen voor digitale/hybride zorg.

Vanzelfsprekend wordt de voortgang op deze, en andere afspraken in het IZA, gemonitord en waar nodig bijgestuurd.

Ik zal hieronder ingaan op de verkende mogelijkheden voor een wettelijk instrumentarium.

### ***Hoe is het recht op zorg nu verankerd in de wet?***

Op grond van artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is een zorgaanbieder verplicht om goede zorg aan te bieden. Onder goede zorg wordt op grond van de Wkkgz verstaan zorg die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, die tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. De wetgever heeft er destijds voor gekozen in de Wkkgz niet in detail te beschrijven hoe aan de norm van goede zorg invulling moet worden gegeven. De wetgever heeft er expliciet voor gekozen de verdere invulling van deze norm aan het veld over te laten door middel van het vaststellen van onderdelen van de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden. Dat is omdat de norm (wat goede zorg is) niet statisch is. De inhoud en reikwijdte van wat goede zorg is, verandert met de zich in de praktijk ontwikkelende stand van de wetenschap en normen, eisen en ervaringen uit de kring en praktijk van beroepsbeoefenaren zelf.

De Wkkgz zelf regelt recht op goede zorg maar geen recht op een bepaalde vorm van zorg zonder meer. Er is in algemene zin geen recht op dat bijvoorbeeld de huisarts op huisbezoek komt of op bijvoorbeeld doorverwijzing, etc. Er is daarmee ook geen recht op digitale zorg in algemene zin. Wat voor de patiënt de beste zorg is, wordt door de zorgverlener in samenspraak met die patiënt bekeken aan de hand van de

criteria wat goede zorg is en de van toepassing zijnde richtlijnen en kwaliteitsstandaarden en de persoonlijke situatie van de patiënt. Dit geldt ook voor digitale/hybride zorg. Wanneer in de wet zou worden vastgelegd dat een bepaalde vorm van zorg ongeacht de context een recht is, verdwijnt ook de mogelijkheid tot maatwerk. Immers, voor de ene patiënt zal de zorg beter zijn als die digitaal of hybride wordt geboden en voor de andere patiënt is fysieke zorg meer passend, wenselijk of noodzakelijk.

Daarnaast heeft de zorgverlener een eigen verantwoordelijkheid die door wensen van de patiënt niet opzij gezet kan worden. Een zorgprofessional blijft immers te allen tijde verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Ook als er sprake is van druk van de patiënt om de zorg digitaal of hybride te verlenen, maar een zorgverlener vanuit zijn professionele rol ervan overtuigd is dat deze vorm van zorg niet passend is, dan mag de zorgverlener de wens van de patiënt niet opvolgen.

### **Definitie van digitale zorg**

Uw motie vraagt om het onderzoeken van opties op recht op digitale zorg. Zoals ik hierboven uiteenzet gaat dat in tegen de geest van de wet, waarbij het veld invulling geeft aan wat goede zorg is. Om een recht op digitale zorg te kunnen vastleggen, moet tevens gedefinieerd worden wat digitale en/of hybride zorg precies is. Dat is geen sinecure.

Patiëntenfederatie Nederland geeft als definitie<sup>5</sup>:

Digitale zorg is zorg die je ontvangt via je computer, tablet of mobiel. Het helpt je om je gezondheid te verbeteren. Bijvoorbeeld (dus niet limitatief):

- een afspraak met je arts via beeldbellen: e-consult. Of via beveiligde e-mail
- internettherapie bij de psycholoog
- de arts die jou volgt op afstand: telemonitoring speciale meetapparatuur zoals een bloeddrukmeter. De meetresultaten stuur je direct naar de arts.

Digitale zorg is dus een breed begrip. Het is ook een begrip dat niet op zichzelf staat, maar steeds in de context moet worden gezien van de vraag welke vorm van zorg voor een patiënt in een concreet geval goede zorg is. Tevens is digitale zorg niet statisch. Wat we nu definiëren als digitale zorg, kan volgend jaar alweer anders zijn. Ook nu al bestaan er meerdere beelden bij wat digitale (of hybride) zorg is, dan alleen de bovengenoemde definitie.

Wanneer digitale zorg in de wet zou worden verankerd, zou dit ten gevolge hebben dat discussies in het veld over wat goede digitale zorg is, die nu in de context van onderdelen van de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden worden gevoerd, binnen de context van de wet zouden moeten worden gevoerd. Omdat een wet daarnaast generieker is dan een richtlijn (en daarmee dus meer zorgprocessen en paden raakt), betekent dit dat er dus meer partijen moeten worden betrokken bij de precieze definiëring en inbedding. Dat is een proces van de lange adem, wat niet gebaat is bij de urgentie om dit snel in de praktijk te regelen. Ook bestaat de kans dat veel organisaties die nu overwegen om digitale of hybride zorg in te zetten, daarmee wachten totdat de juridische discussie hierover is gevoerd. Dat is niet in het belang van de snelheid die ik wil maken op dit onderwerp.

Corona heeft laten zien dat de definitie van wat goede zorg is en de vorm, tijd en plaats waar die geleverd wordt aan snelle verandering onderhevig

<sup>5</sup> <https://www.patiëntenfederatie.nl/over-de-zorg/digitale-zorg>.

kan en moet zijn. Een strakke definitie in de wet van wat digitale of hybride zorg is, ontnemt de zorg en ondersteuning de flexibiliteit die nodig is om passende digitale of hybride zorg te leveren waar dat kan en moet en om de zorg houdbaar en organiseerbaar te houden, ook in tijden van krapte of een pandemie.

### **Andere mogelijkheden om digitale zorg wettelijk te verankeren.**

Daarnaast heb ik onderzocht of het mogelijk is om digitale zorg op een andere manier te verankeren in wetgeving. Het begrip digitale zorg is een zeer breed begrip, met uiteenlopende interpretaties en beelden, zoals hierboven reeds is toegelicht. Daarom heb ik ook onderzocht of het mogelijk is om een e-consult wettelijk te verankeren, en daarmee het brede begrip digitale zorg los te laten. Onder een e-consult versta ik een digitaal contact met een andere zorgverlener via internet. Bijvoorbeeld via de e-mail, de chat in een app of patiëntenportaal.

Zo regelt artikel 3 van de Wkkgz dat de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze organiseert dat dit redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg. Daarvoor moet de zorgaanbieder onder andere zorgen dat zowel kwalitatief als kwantitatief de materiële middelen aanwezig zijn. Zonder dat dit expliciet is geregeld valt hieronder nu ook reeds dat de zorgaanbieder telefonisch bereikbaar moet zijn, computers moet hebben, ondersteunende software, etc. En als – zoals hierboven is aangegeven – digitale zorg goede zorg is, bijvoorbeeld monitoring of telebegeleiding, dan geldt nu ook al op grond van de huidige wetgeving, dat de zorgaanbieder die middelen tot zijn beschikking moet hebben.

Ook ten aanzien van de informatieplicht zoals deze is geregeld in artikel 448 van Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (in de praktijk vaak aangeduid als de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, oftewel de WGBO) kan zonder dat dit expliciet benoemd staat, aangenomen worden dat onder de informatieplicht ook valt de informatie in hoeverre digitale en hybride zorg tot de behandelmethodes behoort, met name wanneer dit zoals hierboven is aangegeven, onderdeel uitmaakt van de professionele standaarden en kwaliteitsstandaarden.

Samenvattend kan gesteld worden dat een zelfstandig recht op digitale zorg lastig realiseerbaar is, en tijdrovend, gezien de variëteit van digitale zorg en de context waarin het moet worden toegepast. De wenselijke route om dit verankeren is via onderdelen van de professionele standaard of kwaliteitsstandaarden. Een richtlijn gaat over de vraag hoe de zorg wordt uitgevoerd en via standaarden en richtlijnen kan op de beste manier aangesloten worden bij de praktijk. De onderdelen van de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden zijn in beginsel bindend. Hieronder zet ik uiteen wat er op dit moment al gebeurt rond het opnemen van digitale zorg in richtlijnen.

### **Digitale en hybride zorg steeds vaker onderdeel van het huidige wettelijk kader**

Inmiddels is in verschillende richtlijnen/standaarden een passage opgenomen over de mogelijkheden om zorg digitaal of hybride te verlenen. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft verkend in hoeveel gevallen digitale zorg al onderdeel is van bestaande kwaliteitsstandaarden (Openbaar Register van ZIN), beleidsregels (Database van de FMS) en richtlijnen (NHG) die door het veld zijn opgesteld en beschrijven wat goede zorg is, ook als deze digitaal geboden wordt. In totaal gaat het om ca. 1000 kwaliteitsstandaarden, beleidsregels en richtlijnen. Daaruit blijkt

dat in circa 30% daarvan is aangegeven wanneer digitaal ondersteunend is of onderdeel kan zijn van goede zorg. Het ZIN maakt de resultaten van deze actie openbaar, zodat partijen deze kunnen raadplegen, waaronder ook patiënten. Zij kunnen dit dan ook gebruiken om het gesprek hierover te voeren met hun behandelaar. In de kwaliteitsstandaard van ernstige astma<sup>6</sup>, bijvoorbeeld, wordt uitdrukkelijk de mogelijkheid genoemd de monitoring via e-health in overweging te nemen (in samenspraak uiteraard met de cliënt).

Zoals hierboven is aangegeven kan niet zonder meer worden afgeweken van een kwaliteitsstandaard. Dit betekent concreet dat wanneer een cliënt met ernstige astma graag gebruik wil maken van monitoring via bijvoorbeeld een app-faciliteit, de zorgverlener dit zal moeten overwegen. Op grond van artikel 24, tweede lid, Wkkgz is het toezicht door de IGJ mede gericht op het bevorderen van het gebruik van standaarden door zorgaanbieders en zorgverleners. Door een patiënt kan indien nodig een melding worden gedaan bij de IGJ op grond van artikel 25 Wkkgz. Al is de vraag of veel patiënten dat (willen) doen.

### **Digitale zorg in professionele standaarden en kwaliteitsstandaarden**

Om te bevorderen dat digitale zorg een onderdeel wordt van alle relevante richtlijnen en standaarden, heeft mijn ambtsvoorganger het ZIN de opdracht gegeven om digitale zorg op de meerjarenagenda voor de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard te plaatsen. Hiermee heeft het veld de opdracht gekregen om hiervoor een standaard te ontwikkelen. Doen het veld dit niet (tijdig), dan wordt kwaliteitsstandaard opgesteld door de Adviescommissie Kwaliteit en voorgedragen aan ZIN. Het ZIN neemt de standaard vervolgens al dan niet op in het register. De standaard is bindend zodra die in het register van het ZIN is opgenomen.

Patiëntenfederatie Nederland ontwikkelt samen met de FMS en NHG een generieke module voor digitale zorg. Het ZIN faciliteert en ondersteunt dit proces. Deze module wordt eind januari 2024 opgeleverd. Door het ontwikkelen van deze module wordt het veld gestimuleerd en ondersteund om digitale en hybride zorg te «normaliseren» als onderdeel van het zorgproces. In de module digitale en hybride zorg wordt vastgelegd wat noodzakelijk is voor goede zorg in het perspectief van de burger, cliënt en patiënt o.a. van belang voor «samen beslissen». Wanneer deze module in werking is getreden, moeten zorgaanbieders en zorgverleners handelen overeenkomstig deze module. De generieke module is ook onderdeel van de afspraken in het IZA en de voortgang zal worden meegenomen in de monitoring.

### **Resumerend**

Ik zet me met partijen de komende periode stevig in om hybride zorg een groter en vast onderdeel van zorg te maken zodat zorg voor patiënten en professionals passend en toegankelijk is en blijft. Ik hecht daarbij aan zorgvuldigheid en snelheid en samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland, ZN en met de koepels van zorgaanbieders en professionals.

Daarnaast heb ik met partijen in het IZA afspraken gemaakt over randvoorwaarden om digitaal waar dat kan het nieuwe normaal te maken. Met bovenstaande gezamenlijke inzet geef ik invulling aan de inzet van de gewijzigde motie van de leden Paulusma en Van den Berg.

<sup>6</sup> [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diagnostiek\\_en\\_behandeling\\_van\\_ernstig\\_astma/optimaliseren\\_en\\_monitoren\\_van\\_ernstig\\_astmazorg.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diagnostiek_en_behandeling_van_ernstig_astma/optimaliseren_en_monitoren_van_ernstig_astmazorg.html).

Ik meen met deze inzet sneller en zorgvuldiger de beweging op gang te krijgen en te ondersteunen dan via een wettelijke verankering.

Mochten resultaten uit het IZA onvoldoende zijn, dan zal ik opnieuw bezien welke instrumenten nodig zijn.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.J. Kuipers