

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Aanbieders Advies Landelijke inrichting zorgcoördinatie:
ActiZ, Ambulancezorg Nederland, InEen, Landelijk Netwerk
Acute Zorg, Landelijke Huisartsen Vereniging, de
Nederlandse ggz, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen,
Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland

T.a.v. Anneke Westelaken, Han Noten, Ruben Wenselaar,
Mark Kramer, Lammert Hoeve, Ruth Peetoom, Ad Melkert,
Arthur Schellekens, Dirk Jan van den Berg

(verzending uitsluitend per e-mail)

Datum

Betreft Vervolgproces implementatie zorgcoördinatie

**Directoraat-Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team F

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
Project-/Programmamanager

Kenmerk
3649834-1049998-CZ

Kenmerk afzender
B-23-6202 (ZN)
230614 / 592 (InEen)

Bijlage(n)
1. Brief ZN Vervolg
implementatie
zorgcoördinatie
2. Brief InEen Landelijke
inrichting zorgcoördinatie

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte bestuurders,

Op 12 mei jl. heb ik de Tweede Kamer per brief geïnformeerd over mijn inhoudelijke visie op de structurele inrichting van zorgcoördinatie, op basis van het 'Advies voor Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie' dat op 14 maart 2023 door u aan mij is aangeboden door de kernteampartijen LNAZ, AZN, InEen, ActiZ en ZN. In deze brief heb ik de contouren geschetst voor zorgcoördinatie en toegezegd dat het ministerie van VWS een projectstructuur opricht voor de realisatie van de landelijke randvoorwaarden en de ondersteuning van de regionale implementatie. De inhoud van deze brief heeft tot verschillende interpretaties en, mede daardoor, discussies geleid bij diverse betrokkenen. Ook gedurende het plenair debat van 22 juni 2023 met de Tweede Kamer over opnamestops en lange wachttijden bij en het sluiten van spoedeisende hulpposten heb ik een aantal vragen ontvangen over dit onderwerp.

Ik gebruik graag voorliggende brief om nader in te gaan op de stappen die gedurende deze zomer zijn gezet, een aantal inhoudelijke punten nader toe te lichten, uiteen te zetten hoe ik de projectstructuur zal inrichten en te verduidelijken wat dit betekent voor de wederzijdse verwachtingen gedurende het implementatieproces. Daarbij neem ik de input vanuit de regionale zorgpartijen en de koepelorganisaties mee. Op deze manier geef ik duidelijkheid ten aanzien van een aantal punten dat tot vragen en discussie heeft geleid. Zorgcoördinatie is nog niet geheel uitgekristalliseerd en er is veel diversiteit in ideeën omtrent invulling en aanpak in de verschillende regio's en ook tussen zorgpartijen onderling. Voor zorgaanbieders grijpt zorgcoördinatie in op hun bedrijfsvoering en dat maakt dat duidelijkheid over kaders gewenst is. De inhoud van deze brief is daarmee niet alleen van belang voor u als koepel- of brancheorganisatie, maar zeker ook voor uw achterban. Deze partijen in de regio staan immers voor de gezamenlijke opgave om aan de slag te gaan met de planvorming voor en implementatie van zorgcoördinatie. Vandaar dat ik u verzoek deze brief aan hen door te sturen, zodat een ieder met dezelfde informatie kan bijdragen.

Verkenning aanpak zorgcoördinatie

Zowel het advies van de kernteampartijen als mijn brief over de structurele inrichting van zorgcoördinatie geven weliswaar richting over de inhoud en hoe zorgcoördinatie eruit moet komen te zien, maar richten zich minder op hoe we dit met elkaar voor elkaar kunnen krijgen. Gedurende de zomer is daarom een verkenning uitgevoerd waarvan het doel tweeledig was: 1) meer inzicht krijgen in de onduidelijkheden en zorgen die spelen ten aanzien van de inhoudelijke visie op zorgcoördinatie en 2) onderzoeken op welke manier de projectorganisatie kan worden vormgegeven om optimaal bij te dragen aan de implementatie van zorgcoördinatie.

Eind juni heeft een tweetal digitale bijeenkomsten plaatsgevonden waarin betrokkenen de ruimte kregen aan te geven wat zij nodig hebben om de implementatie van zorgcoördinatie in de regio te kunnen realiseren, welke vragen er leven en welke tips of adviezen zij hebben vanuit hun eerdere ervaringen. Mede op basis van deze bijeenkomsten heeft er vervolgens een reeks van elf gesprekken plaatsgevonden met een breed spectrum van partijen (minimaal één partij per ROAZ-regio). Tijdens deze gesprekken is dieper ingegaan op de inhoudelijke visie, maar ook op de vraag wat er volgens deze partijen nodig is op regionaal en landelijk gebied voor de implementatie van zorgcoördinatie en hoe zij op verschillende manieren en niveaus betrokken willen worden. Uit deze gesprekken kwam duidelijk naar voren dat er nog uitgebreider ingegaan moet worden op de inhoud, voordat de meer organisatorische kant van de implementatie kan worden ingevuld. Het waren constructieve gesprekken, waarbij voorop stond dat zorgcoördinatie een belangrijk onderwerp is waar iedereen mee aan de slag wil. De precieze invulling daarvan, zowel op inhoud als proces, was echter vaak verschillend en bracht interessante gesprekken voort.

De verkenningsfase is afgerond door middel van een werksessie met de kernteampartijen LNAZ, AZN, InEen, ActiZ, ZN, NVZ en LHV. Tijdens deze werksessie is gesproken over de voortgang, de uitkomsten van de verkenning met de zorgpartijen en over het advies van het kernteam ten aanzien van het oprichten van een projectorganisatie. Daarnaast is gezamenlijk een SWOT-analyse gemaakt waarbij de kansen en bedreigingen uiteen zijn gezet voor de implementatiefase.

De verkenning heeft geholpen bij het nader uitwerken van de inhoudelijke kaders die ik voor mij zie voor de implementatie van zorgcoördinatie en de manier waarop ik dit vanuit het ministerie van VWS het beste kan ondersteunen. Deze brief dient dan ook als toelichting op en verlengstuk van de brief van 12 mei jl. en is bedoeld om u als betrokken partijen de handvatten te geven om zorgcoördinatie in de regio vorm te geven.

**Directoraat-Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team F

Kenmerk
3649834-1049998-CZ

Inhoudelijke toelichting

**Directoraat-Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team F

Tempo en bottom-up ontwikkeling

In de brief van 12 mei jl. vraag ik partijen om zorgcoördinatie¹ op te nemen in de ROAZ-plannen die in de tweede helft van dit jaar worden opgesteld, vanaf 2024 te starten met zorgcoördinatie en op 1 januari 2025 zorgcoördinatie landelijk dekkend te hebben ingericht. Tegelijkertijd schets ik een ambitieus totaalconcept van zorgcoördinatie, waarvoor bovendien bepaalde landelijke randvoorwaarden gerealiseerd moeten worden. Hoewel elders in de brief wordt benadrukt dat diverse onderdelen van het concept meer tijd zullen kosten en vooral gestart moet worden op basis van de bestaande situatie, kan ik me voorstellen dat het noemen van deze deadline andere verwachtingen heeft gewekt.

Kenmerk
3649834-1049998-CZ

Het is dan ook goed om te benoemen dat de geschetste structurele inrichting van zorgcoördinatie uit de brief van 12 mei een stip op de horizon is, waar ik zowel landelijk als regionaal naartoe wil werken. Dat betekent echter niet dat dit gezien moet worden als blauwdruk die in zijn geheel in 2025 geïmplementeerd moet zijn, maar een toekomstbeeld waar partijen stapsgewijs invulling aan kunnen geven, passend bij de regionale context. Het opbouwen van zorgcoördinatie vanuit bestaande initiatieven, samenwerkingen en organisaties lijkt mij daarbij logisch, maar het is aan de partijen uit de regio gezamenlijk hoe zij dit het beste denken aan te pakken. Daarin hebben zij een grote mate van vrijheid, maar het is daarbij wel van belang dat er aan minimale eisen wordt voldaan. In mijn brief van 12 mei is een aantal van deze minimale eisen al beschreven. Een totaaloverzicht van de minimale eisen en wat er op welk niveau kan of moet worden afgesproken, zal nog nader worden uitgewerkt in het implementatieplan (zie later in deze brief). Vooruitlopend daarop wil ik enkele daarvan nader toelichten:

- Regio's bepalen zelf welke verzorgingsgebieden voor zorgcoördinatie ze definiëren binnen de ROAZ-regio, zo lang dat betekent dat de verzorgingsgebieden gezamenlijk de gehele ROAZ-regio beslaan. Daarnaast moet het gekozen gebied voldoende mogelijkheden bieden om met alle deelnemende partijen alle functies² zoals beschreven in de brief van 12 mei te kunnen aanbieden op een manier waarop zorgcoördinatie meerwaarde biedt ten opzichte van de huidige situatie en schaalvoordelen worden benut, waardoor de continuïteit en toegankelijkheid van de acute zorg voor patiënten en zorgverleners beter kunnen worden geborgd door middel van zorgcoördinatie.
- Binnen een verzorgingsgebied kunnen door partijen onderlinge werkafspraken worden gemaakt, zo lang deze passen binnen de regionale afspraken en de landelijke kaders. Denk hierbij aan afspraken over welke aanbieder op welke wijze bijdraagt aan zorgcoördinatie en het afstemmen van gezamenlijke zorgpaden. Zorgcoördinatie kan fysiek plaatsvinden vanuit een bestaande zorgaanbieder, bijvoorbeeld een HAP of op een meldkamer, of op een andere loca-

¹ In de afgelopen periode is duidelijk geworden dat zowel de term "zorgcoördinatievoorziening" als "zorgcoördinatiecentrum" leidt tot verschillende interpretaties en connotaties met betrekking tot wat de term betekent in relatie tot de inhoud. Om onnodige verwarring weg te nemen spreek ik daarom in het vervolg alleen over "zorgcoördinatie".

² 1. Eenduidige urgentiebepaling; 2. Bepalen van passende zorginzet; 3. In samenspraak met de patiënt coördineren van zorginzet binnen de ROAZ-regio en zo nodig in buurregio's, op basis van inzicht in capaciteitsinformatie en een planningssysteem; 4. Zorgverleners helpen bij het bepalen van urgentie, passende zorginzet of indicatiestelling voor een bed voor kortdurend verblijf en coördineren van de inzet van vervolgzorg in samenspraak met de patiënt.

tie naar keuze binnen het verzorgingsgebied. Daarnaast is digitale samenwerking mogelijk. Er kan bovendien sprake zijn van hybride samenwerking, waar binnen een verzorgingsgebied wordt gekozen voor een mengvorm van fysieke en digitale samenwerking. Dit laat ik over aan de partijen in de betreffende regio.

- Op ROAZ-regio niveau worden regionale afspraken gemaakt die voor alle verzorgingsgebieden binnen de ROAZ-regio gelijk zijn. Deze afspraken gaan minimaal over monitoring van de effecten van zorgcoördinatie in de betreffende regio, inzicht in capaciteit en elkaar helpen bij een tijdelijke hoge zorgvraag. Er is geen maximum aan deze uniforme (werk)afspraken op regionaal niveau; dus partijen kunnen zelf bepalen welke zaken zij regionaal willen vastleggen.
- Mogelijk kunnen er voor sommige onderwerpen ook (aanvullende) landelijke afspraken worden gemaakt. Dit kan bijvoorbeeld gaan over bovenregionale samenwerking, maar ook bepaalde minimale standaarden voor monitoring van de effecten van zorgcoördinatie, zodat dit ook landelijk inzichtelijk is en kan worden bijgestuurd waar nodig. De monitoring zal aansluiten bij de monitoring op regionaal niveau.

Dit is geen uitputtende lijst van minimale eisen, deze volgt in het implementatieplan.

Wat ik met de in mijn brief van 12 mei genoemde deadline bedoel, is dat ik verwacht dat er op 1 januari 2025 binnen alle regio's en voor alle burgers een vorm van zorgcoördinatie is geïmplementeerd, passend bij wat er in die regio of dat verzorgingsgebied op dat moment nodig en mogelijk is. De implementatiefase zal dus ook na januari 2025 doorlopen, om uiteindelijk toe te werken naar de eerdergenoemde structurele inrichting van zorgcoördinatie, met ruimte voor regionale inkleuring, waar gedurende de implementatiefase door nieuwe ontwikkelingen en voortschrijdend inzicht natuurlijk ook nog aan geschaafd zal worden. In de brief benoemde ik al dat er sprake moet zijn van lerende organisaties en goede monitoring – alleen door te ervaren, goed te meten en tussentijds bij te sturen komen we met elkaar tot het beste resultaat.

Samenwerking en eigenaarschap binnen zorgcoördinatie

Samenwerken binnen zorgcoördinatie gaat over meer dan alleen triage. Iedereen is het erover eens dat samenwerken de kern is van zorgcoördinatie en dat we dat moeten bevorderen. Dat betekent vooral elkaars processen leren kennen, (ook fysiek) met elkaar samen te werken, korte lijnen hanteren, inzicht in elkaars capaciteit hebben en op een eenvoudige manier gegevens kunnen uitwisselen. In mijn brief van 12 mei heb ik de term multidisciplinaire triage gebruikt. Dit heeft tot vragen geleid. Waar het de triage betreft, is het niet mijn bedoeling deze weg te halen bij de huidige aanbieders, maar toe te werken naar de hierboven beschreven gezamenlijkheid. Dat begint voor elke zorgaanbieder vanuit het bestaande, eigen proces en de eigen verantwoordelijkheid, maar met een nadrukkelijke focus op de samenwerking. Mijn streven is dat triagisten uiteindelijk een brede range aan acute zorgvragen kunnen oplossen, doordat zij meer kennis hebben van (de processen) van andere disciplines en een ruimer palet hebben aan zorgvormen (denk aan: zelfzorgadvies, HAP, SEH, ambulance, acute wijkverpleging, geboortezorg, kortdurendverblijfbedden en acute GGZ) die ze in overleg met patiënt en aanbieder kunnen inzetten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken aan de voorkant afspraken over de inkoop van voldoende

**Directoraat-Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team F

Kenmerk
3649834-1049998-CZ

capaciteit ten behoeve van zorgcoördinatie. Binnen de kaders van die afspraken vindt zorgcoördinatie plaats, dus vanuit zorgcoördinatie kan niet eenzijdig bepaald worden om ongecontracteerde zorg in te zetten. Doordat de triagisten vanuit verschillende disciplines meer samenwerken, kunnen zij beter beoordelen of en wanneer welke zorginterventie nodig is en welke zorgaanbieder deze passende zorg het beste kan bieden, doordat er inzicht is in de beschikbare capaciteit. Bovendien kan dit door betere werkafspraken, samenwerkingsfaciliteiten en simpelweg elkaar beter leren kennen, ook eenvoudiger worden geregeld. Het gaat daarbij niet alleen over de instroom van acute zorg, maar juist ook over de door- en uitstroom. Door het inschakelen van zorgcoördinatie wordt het namelijk ook eenvoudiger voor een zorgverlener om te regelen dat hun patiënt de best passende vervolgzorg ontvangt.

Deze insteek betekent dat ongeacht waar een acute zorgvraag binnenkomt, vanaf de start van de triage met een brede blik zal worden bekeken welke zorg het beste kan worden ingezet; dit kun je niet vooraf voorspellen en daarom is elke acute zorgvraag in eerste instantie onderdeel van zorgcoördinatie. Dat is dan niet een andere routing van een melding, maar een andere, meer op de keten gerichte, benadering vanaf het moment van aanname. Je kunt namelijk niet vooraf inschatten welke zorgvraag er achter een telefoontje zit. Dit is uiteraard een groeiproces waarbij bestaande triagisten, van met name de huisartsenposten, door steeds nauwere samenwerking en mogelijk extra scholing standaard met een bredere blik werken vanuit de ketenbenadering en eenvoudig collegiale afstemming met de andere ketenpartners kan plaatsvinden.

Met de hierboven beschreven intensivering van de samenwerking rondom zorgcoördinatie, is het onvermijdelijk dat grenzen tussen processen en verantwoordelijkheden in elkaar gaan overvloeien en wellicht gaan vervagen. Het is belangrijk om hier goede samenwerkingsafspraken te maken in de beginfase en gedurende het implementatieproces regelmatig te evalueren of de gemaakte afspraken nog passend zijn voor de fase waar de implementatie van zorgcoördinatie in de regio zich bevindt. In mijn brief van 12 mei gaf ik aan dat ik voorzie dat dit uiteindelijk zal vragen om een andere vorm van eigenaarschap, organisatie en bekostiging van zorgcoördinatie. Ik kies voor een stapsgewijze benadering; daarbij geef ik partijen de ruimte om eerst vanuit de inhoud en de samenwerking zorgcoördinatie vorm te geven, en gedurende het proces te bezien of middels een samenwerkingsverband kwalitatief goede zorgcoördinatie effectief kan worden georganiseerd en/of welke knelpunten worden ervaren op het gebied van governance en bekostiging en welke mogelijke oplossingen daarvoor zijn. Ik verwacht dat zorgaanbieders binnen deze ruimte in onderlinge samenspraak tot uitgewerkte initiatieven voor zorgcoördinatie komen. Van zorgverzekeraars verwacht ik dat zij die initiatieven vervolgens in samenhang beoordelen en daardoor tot eenduidige, samenhangende inkoop komen. Omdat ik niet wil dat de ontwikkeling van zorgcoördinatie stil komt te staan in verband met het ontbreken van een passende bekostiging, zal ik daarom parallel aan de implementatie opties voor bekostiging laten onderzoeken. Specifiek heb ik de NZa advies gevraagd over wat ervoor nodig is om zorgcoördinatie via een budgetsystematiek te bekostigen, bijvoorbeeld welke eisen dit stelt aan de organisatievorm van zorgcoördinatie. Ik verwacht dit advies rond 1 maart 2024 te ontvangen. Tijdens de implementatieperiode kan vervolgens worden bezien of, wanneer en op welke wijze het realiseren hiervan ook wenselijk is.

**Directoraat-Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team F

Kenmerk
3649834-1049998-CZ

Vervolgaanpak, implementatieplan en verwachtingen

Nu de fase van de verkenning is afgerond, kan worden gestart met (de voorbereidingen op) de implementatie. In het laatste kwartaal van 2023 zal de focus voor de regionale zorgpartijen liggen op het opstellen van ROAZ-plannen, waar de plannen voor zorgcoördinatie onderdeel van zijn. Ten aanzien van zorgcoördinatie verwacht ik dat in elk ROAZ-plan minimaal afspraken worden gemaakt over:

1. het aanstellen van een projectleider zorgcoördinatie.
2. het bepalen van de verzorgingsgebieden voor zorgcoördinatie binnen de ROAZ-regio.
3. het benoemen van een tijdpad waarin de regionale zorgpartijen stappen zetten om te komen tot zorgcoördinatie.
4. de wijze waarop de implementatie van zorgcoördinatie wordt aangestuurd binnen de regio, bijvoorbeeld wie als (gedelegeerd) opdrachtgever van de projectleider fungeert, welke rol het dagelijks bestuur en/of het ondersteunend bureau van het ROAZ heeft in de totstandkoming van zorgcoördinatie, hoe de marktleider zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan de implementatie en wie als verantwoordelijke kan worden aangesproken door VWS.

De ROAZ-bureaus vraag ik dit proces te begeleiden en faciliteren. Ik verwacht daarnaast dat alle betrokken partijen binnen de ROAZ-regio zich committeren aan de doelen van zorgcoördinatie en actief participeren in deze planvorming. Tenslotte ligt het zwaartepunt van de planvorming voor zorgcoördinatie en de implementatie hiervan bij deze partijen in de regio.

De betrokken partijen mogen van het ministerie van VWS verwachten om gedurende deze planvormingsfase en de daaropvolgende implementatiefase zorgcoördinatie te ondersteunen en in ieder geval te voorzien in de volgende noodzakelijke landelijke randvoorwaarden: monitoring, digitale gegevensuitwisseling, inzicht in capaciteit, de samenwerking met de meldkamer en de bekostiging en financiering van zorgcoördinatie. Het ministerie van VWS zal gedurende deze fase actief en zichtbaar betrokken zijn bij de uitwerking en implementatie van zorgcoördinatie. Daartoe is inmiddels binnen het ministerie van VWS een projectmanager aangesteld, die parallel aan het opstellen van de ROAZ-plannen een project- en implementatieplan zal opstellen, en wordt een MT-lid geworven. Een klankbordgroep van de branche- en koepelorganisaties zal daar nauw bij worden betrokken en andere betrokken (zorg)partijen zullen worden geconsulteerd waar nodig.

Het project- en implementatieplan heeft tot doel om voor de betrokken partijen heldere kaders te bieden door expliciet te beschrijven welke landelijke randvoorwaarden op welke wijze door VWS (samen met andere partijen) moeten worden uitgewerkt, welke zaken noodzakelijkerwijs op het niveau van de ROAZ-regio moeten worden opgepakt, welke onderdelen op het niveau van het verzorgingsgebied kunnen worden uitgewerkt en wanneer de implementatie (landsbreed en per regio) kwalificeert als succesvol en afdoende. Het project- en implementatieplan beschrijft daarbij de rol van de verschillende partijen binnen deze kaders. Daarnaast moet ook duidelijk worden hoe de organisatie en besluitvormingsprocessen in de regio's kunnen worden vormgegeven, welke verwachtingen daarbij zijn en hoe de projectorganisatie hierin kan ondersteunen. Ten slotte zal het project- en implementatieplan ook een planning en een praktische project- en overlegstructuur bevatten. De planning is dat dit project- en

**Directoraat-Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team F

Kenmerk
3649834-1049998-CZ

implementatieplan eind dit jaar gereed is. Het vormt samen met de ROAZ-plannen de basis voor de implementatiefase die start vanaf januari 2024.

Hoe de projectorganisatie gedurende de implementatiefase exact wordt vormgegeven, volgt uit het project- en implementatieplan. In ieder geval is al duidelijk dat het ministerie van VWS een landelijke projectstructuur zal opzetten met als doel de partijen in de regio te ondersteunen bij de implementatie van zorgcoördinatie. Deze ondersteuning bestaat naast praktische zaken, zoals het mogelijk faciliteren van projectondersteuning, ook uit het monitoren van de voortgang en het leggen van verbinding met en tussen de regio's, waarvoor bijvoorbeeld structureel overleg tussen de projectleiders en de projectmanager vanuit VWS zal worden georganiseerd. Het projectteam vanuit VWS zal zich daarnaast in een meer uitvoerende en sturende rol bezighouden met de kaders en landelijke randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden betreffen in ieder geval het mogelijk maken van uitwisseling van patiëntgegevens en het inzichtelijk maken van beschikbare capaciteit van vormen van zorg die relevant zijn voor zorgcoördinatie (inclusief het wegnemen van de huidige juridische barrières daarvoor). De branche- en koepelorganisaties worden, net als in de fase van het opstellen van het implementatieplan, betrokken bij de projectstructuur als klankbordgroep voor het projectteam – zowel waar het de regionale als de landelijke implementatie betreft.

**Directoraat-Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team F

Kenmerk
3649834-1049998-CZ

Tot slot

Er is door partijen in de regio's al veel werk verzet in de vorm van pilots en voorbereidingen. Nu zijn we zo ver dat we de stappen kunnen nemen die nodig zijn om hier een vervolg aan te geven en de implementatie van zorgcoördinatie in gang te zetten. Ik ben mij er daarbij van bewust dat dit geen recht pad zal zijn en er zullen ongetwijfeld nog voldoende momenten komen waarop we moeten bijsturen. Ik vind het daarbij belangrijk dat we dit proces in gezamenlijkheid ingaan en doorlopen. De aanpak van het ministerie van VWS en de bijbehorende projectstructuur worden dan ook vormgegeven met dat doel voor ogen. Ik vertrouw erop dat wij gezamenlijk alle kansen zullen benutten en obstakels weten te overwinnen, waardoor wij in staat zijn een bijdrage te leveren aan de toegankelijkheid van de acute zorg voor alle inwoners van Nederland.

Hoogachtend,
mede namens,
de minister van Langdurige Zorg
en Sport,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers