

Vergaderjaar 2014–2015

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 143

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 december 2014

Op 22 mei 2014 heb ik u geïnformeerd over het plan van aanpak «verantwoording en jaarrekeningen in de medisch specialistische zorg» (Kamerstuk 32 620, nr. 117). Met deze rapportage wil ik u informeren over de uitvoering van dit plan van aanpak, en de stand van zaken ten aanzien van de jaarrekeningen in de Medisch Specialistische Zorg (MSZ).

Door de transitiefase waarin de MSZ zich bevindt, is de verantwoording over de transitiejaren voor deze sector relatief ingewikkeld geworden. In nauw overleg met veldpartijen is daarom een aantal concrete maatregelen genomen, om de resterende onzekerheid ten aanzien van de declaraties, transitiebedragen en jaarrekeningen te mitigeren. De Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) oordeelde echter dat de verantwoorde omzetcijfers desondanks nog te veel onzekerheden bevatten. Dit was aanleiding voor de NBA om 21 maart 2014 een audit alert af te geven. De onzekerheden betroffen met name de volgende twee aspecten:

1. Onzekerheid vanwege de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag voor 2012 en 2013;
2. De omzet van ziekenhuizen is met de invoering van prestatiebekostiging niet meer afhankelijk is van budgetten maar van de dbc-omzet. Onzekerheden in de dbc-omzet, mede doordat de declaratie- en registratieregelgeving door partijen op onderdelen als onduidelijk werd ervaren, vinden vanaf het jaar 2013 een volledige doorvertaling in de jaarrekening.

Om dit op te lossen, en mede naar aanleiding van het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bij het St. Antonius ziekenhuis (zie ook Kamerstuk 28 828, nr. 62), heeft de ziekenhuissector de handschoen zelf opgepakt om iedere twijfel over goede of verkeerde declaraties weg te nemen. Betrokken partijen hebben gezamenlijk een plan van aanpak

opgesteld om de jaarrekeningproblematiek van de ziekenhuizen op te lossen. Over het oorspronkelijke pakket aan maatregelen heb ik u geïnformeerd op 2 februari 2014 (Kamerstuk 32 620, nr. 108). Het plan van aanpak heb ik uitvoerig beschreven in de brief van 22 mei 2014 aan de Tweede Kamer.

Over het jaarrekeningentrajecten en het plan van aanpak is herhaaldelijk met uw Kamer gesproken, ondermeer in het Algemeen Overleg Ziekenhuiszorg van 26 maart 2014 (Kamerstuk 31 016, nr. 74), in het wetgevingsoverleg over het Jaarverslag van VWS 2013 van 10 juni 2014 (Kamerstuk 33 930 XVI, nr. 8) in het debat van 1 juli 2014 (Handelingen II 2013/14, nr. 100, item 42) over de afstemming tussen NZa en Openbaar Ministerie (OM) in een onderzoek naar verkeerd declareren en onlangs in het Algemeen Overleg Informatievoorziening Zorguitgaven van 5 november 2014. In het debat van 26 maart 2014 heb ik toegezegd u na de zomer een brief te sturen over het stroomlijnen van declaratieregels/verantwoordingsnomen. Naar aanleiding van het debat van 1 juli 2014 heeft u mij bij motie van de leden Bruins Slot en Dijkstra (Kamerstuk 28 828, nr. 66) om aandacht gevraagd voor mogelijk onterecht in rekening gebracht eigen risico. In deze notitie informeer ik u nader over deze punten.

Achtereenvolgens ga ik in op de uitvoering van het plan van aanpak; de stand van zaken deponering jaarrekeningen; het eigen risico; en het perspectief voor de komende jaren.

2. Uitvoering plan van aanpak

Alle partijen, te weten zorgaanbieders (zowel ziekenhuizen als zelfstandige behandelcentra), medisch specialisten, zorgverzekeraars, accountants, toezichthouder en departement, hebben een grote inspanning geleverd om het plan van aanpak tot een goed einde te brengen. Ik heb grote waardering voor ieders prestaties. De gezamenlijke krachtsinspanning heeft ertoe geleid dat het traject om te komen tot duidelijkheid over de ziekenhuisomzetten 2013 nu op een haar na voltooid is. De lessen uit dit traject zullen door alle partijen mee moeten worden genomen naar de toekomst: de lessen over de noodzaak van heldere regelgeving, maar ook de lessen over de noodzaak van goede interne controle, compliance en integriteit, en governance.

Het plan van aanpak was primair gericht op:

1. De onzekerheden in de dbc-omzet vanwege ervaren onduidelijkheden in de declaratie- en registratieregelgeving
2. De onzekerheden ten aanzien van het transitiebedrag voor 2012 en 2013,

Het betreft hier twee deeltrajecten, die beiden inzetten op zekerheid over de in de jaarrekening 2013 op te nemen bedragen. Over de uitvoering en uitkomsten van deze deeltrajecten informeer ik u hieronder.

Omzetonderzoeken

De eerste en noodzakelijke stap was het opstellen van een controleplan door zorgverzekeraars, zorgaanbieders en een accountantsprotocol door accountants. Een onderdeel van de aanpak was het verder verhelderen van, en waar nodig toelichten, van de regelgeving door de NZa op die punten waar zorgaanbieders nog onduidelijkheid ervoeren (de zogeheten controlepunten). De ziekenhuizen en een groot aantal zelfstandige behandelklinieken hebben vervolgens zelf de handschoenen opgepakt en aan de hand van het controleplan in kaart gebracht welke registraties en

facturaties niet conform de regelgeving hebben plaatsgevonden (het omzetonderzoek).

Alle ziekenhuizen hebben het omzetonderzoek inmiddels afgerond, accountants hebben de uitkomsten onderzocht en een rapport van feitelijke bevindingen opgesteld. De door zorgverzekeraars voor dit traject ingestelde expertgroep heeft de rapportages van de ziekenhuizen beoordeeld. De beoordelingen door de expertgroep zijn inmiddels afgerond. Alle instellingen die deelnamen aan het omzetonderzoek zijn in de eerste week van december geïnformeerd over de uitkomsten van de beoordeling door de expertgroep. Over de daadwerkelijke verrekening moeten individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken, deze verrekening zal de komende maanden zijn beslag krijgen. Verder ben ik in gesprek met onder andere het Zorginstituut Nederland, NZa en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de rechtmatigheidsverantwoording van het Zorgverzekeringsfonds in deze.

Naast de terugkoppeling aan de individuele instellingen heeft de expertgroep op 11 december 2014 een eindrapportage uitgebracht, waarin de expertgroep nauwkeurig haar werkwijze toelicht, inzicht geeft in de macro-uitkomsten van de omzetonderzoeken, en aangeeft wat de verbeterpunten voor de toekomst zijn (zie bijlage)¹. De expertgroep concludeert dat de zorgaanbieders die het hele traject hebben doorlopen het zelfonderzoek naar behoren hebben uitgevoerd, en dat zij er daarmee vanuit kunnen gaan dat de (materiële) controle over de in het onderzoek opgenomen declaratiemassa definitief is afgerond.

In het jaarrekeningen traject is volgens de expertgroep veel kennis opgedaan ten aanzien van de declaratieketen, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars veel van elkaar hebben geleerd. De expertgroep constateert dat de verschillende systemen die onderdeel uitmaken van de keten nog onvoldoende op elkaar aansluiten, en roept partijen op daar werk van te maken. Dat vraagt enerzijds heldere en eenduidige regelgeving, anderzijds verbetering van de registratie en administratie binnen de ziekenhuizen. De expertgroep benadrukt dat partijen daarin ieder een eigen verantwoordelijkheid hebben, maar ook de verantwoordelijkheid om nauw met elkaar samen te werken. Volgens de expertgroep zijn bovengenoemde punten absolute randvoorwaarden voor de adequate werking van het systeem.

Het in de eindrapportage genoemde macrobedrag laat zien hoeveel er teveel gedeclareerd is, dat wil zeggen hoeveel minder zorgaanbieders macro in rekening hadden gebracht bij de zorgverzekeraar als er was gedeclareerd conform de NZa regelgeving. Het macrobedrag bedraagt 276 miljoen euro. Dit is 1,21% van de onderzochte omzet. Dit bedrag hoeft overigens niet overeen te komen met de totale omvang van de verrekeningen die plaats zullen vinden tussen aanbieders en zorgverzekeraars. De totale omvang van de verrekeningen is afhankelijk van de lokale contractafspraken en zal mogelijk lager liggen dan het netto macrobedrag. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer ziekenhuizen niet alle geleverde zorg vergoed kregen omdat er voor de betreffende jaren plafondafspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar. De totale omvang van de verrekeningen is op dit moment nog niet bekend.

In de brief die ik u zal sturen met mijn reactie op het NZa onderzoek naar kwetsbaarheden en onregelmatigheden in de zorg zal ik nader ingaan op de relatie tussen de uitkomsten van de omzetonderzoeken en de uitkomsten uit dit NZa-onderzoek. De NZa heeft ten aanzien van het plan van aanpak en de uitkomsten van de omzetonderzoeken een eigen

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

verantwoordelijkheid die voortvloeit uit haar toezichtstaak. De NZa heeft kenbaar gemaakt dat als het aanvullend omzeteronderzoek de benoemde controlepunten meeneemt, het onderzoek op toereikende wijze is uitgevoerd, en de instelling de NZa informeert over de uitkomsten van het onderzoek, zorgaanbieders en zorgverzekeraars er vanuit mogen gaan dat dit voor de NZa ook voldoende is. De afspraken laten onverlet dat indien er aanwijzingen zijn voor fraude of overtredingen de NZa en het OM hun bevoegdheden op het gebied van toezicht en strafrechtelijke vervolging kunnen blijven toepassen. In paragraaf 5, «naar 2014 en verder,» kom ik terug op de eerste reactie van de NZa op de rapportages van de expertgroep.

Transitiebedrag

Ook ten aanzien van de onzekerheid rondom de vaststelling van het transitiebedrag voor 2012 en 2013 is door partijen actie ondernomen. Hierin heeft de NZa het voortouw genomen. Op 10 december heeft de NZa mij per brief geïnformeerd over de voortgang van de vaststelling van de definitieve transitiebedragen medisch specialistische zorg (zie bijlage)².

Op dit moment heeft de NZa de definitieve beschikkingen vastgesteld voor 2012 en 2013 voor 73 algemene ziekenhuizen en Universitaire Medische Centra (UMC's). De NZa benadrukt dat de in de rapportage genoemde macrobedragen een tussenstand weergeven, waarin de cijfers van een deel van de ziekenhuissector (27%) nog niet zijn meegenomen. De gerapporteerde bedragen voor de definitieve vaststelling kunnen nog wijzigen als de verrekendbedragen van de ontbrekende ziekenhuizen worden vastgesteld. De NZa zal naar verwachting begin 2015 een rapportage sturen met de definitieve stand van de transitiebedragen.

Voor de volledigheid wijs ik erop dat ik uw Kamer op 1 september 2014 een brief heb gestuurd over de verdaging van het macrobeheersinstrument (Kamerstuk 29 248, nr. 271). In het eerste kwartaal van 2015 zal de besluitvorming over de afwikkeling van het macrobeheersinstrument plaatsvinden op basis van de definitieve cijfers.

3. Jaarrekeningen

Met de naderende afronding van bovengenoemde trajecten komt een einde van de jaarrekeningenproblematiek 2013 in zicht. Instellingen in de MSZ hebben de mogelijkheid gekregen voor uitstel van indiening van de jaarverslaglegging tot uiterlijk 15 december 2014.

Overigens geldt dat een aantal instellingen er voor heeft gekozen de afwikkeling van deze trajecten niet af te wachten, en in een eerder stadium al een jaarrekening voorzien van een controleverklaring met beperking heeft ingediend.

4. Eigen risico

Een punt dat separaat aandacht verdient is het eigen risico. Bij motie van de leden Bruins Slot en Dijkstra (Kamerstuk 28 828, nr. 66) heeft u mij verzocht mij ervoor in te zetten dat ook de gedupeerde patiënten die zich niet zelf melden, het onterecht betaalde eigen risico terugkrijgen. In mijn brief van 22 mei (Kamerstuk 32 620, nr. 117) heb ik u laten weten dat, gezien het groot maatschappelijk belang om de onzekerheden die er waren rondom de verantwoording over de zorguitgaven zo snel en efficiënt mogelijk weg te nemen, de uitkomsten van het uit te voeren

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

onderzoek door instellingen tussen zorgverzekeraars en instellingen op totaalniveau verrekend zouden worden. Ook meldde ik dat daardoor geen correcties op het niveau van declaraties zouden kunnen plaatsvinden, en dat daarom moet worden afgezien van een automatische correctie op het eigen risico. In mijn brief van 1 oktober heb ik u gemeld dat het vanwege verscheidene aanwijsbare redenen maar om een beperkte groep patiënten gaat die potentieel geraakt wordt in het eigen risico door foutieve declaraties.

Gezien uw verzoek heb ik mij er de afgelopen periode desondanks voor ingespannen om samen met ZN en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) te onderzoeken of er toch mogelijkheden zijn om, anders dan wanneer verzekerden zich zelf melden, te achterhalen of er sprake is geweest van een onterechte of te hoge aanslag op het eigen risico, en dat te corrigeren.

Er is nagegaan of zorgverzekeraars werkelijk geen mogelijkheden hebben om in hun administratie te achterhalen of het eigen risico van individuele verzekerden geraakt is door de in de omzetonderzoeken geconstateerde onjuistheden. Helaas blijken zorgverzekeraars daar de mogelijkheid niet toe te hebben. Vanwege de gekozen aanpak krijgen zorgverzekeraars alleen per ziekenhuis informatie over het totale per controlepunt teveel in rekening gebrachte bedrag. Zorgverzekeraars hebben daardoor geen enkel aanknopingspunt in handen om individuele declaraties te kunnen corrigeren. Omdat de controlepunten niet direct samenhangen met een specifiek DOT-zorgproduct, kunnen zorgverzekeraars niet zien bij welke declaraties en verzekerden er mogelijk sprake is van een onterecht of te hoog in rekening gebracht eigen risico. Om dit inzicht op individueel declaratieniveau wel te krijgen zou een uitgebreider en langduriger traject nodig zijn. In feite zou het werk dat verricht is in het nu afgeronde plan van aanpak over moeten worden gedaan.

Kortom, het op individueel niveau corrigeren van mogelijk teveel in rekening gebracht eigen risico is vanwege de gekozen aanpak niet mogelijk. Helaas is het voor mij daarom niet mogelijk de motie naar de letter uit te voeren.

Ik heb gezocht naar een alternatief om recht te doen aan de motie, om te voorkomen dat ten onrechte middelen van de verzekerde bij de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar terecht komen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat het extra terug te vorderen bedrag via een verlaging van de premie in 2016 wordt teruggegeven aan de verzekerden.

Daarnaast blijft gelden dat een zorgverzekeraar, in het geval een verzekerde zelf bij zijn zorgverzekeraar aanklopt, alsnog een onderzoek instelt en tot correctie overgaat als de rekening naar het oordeel van de verzekerde niet correct is, indien dit voor de verzekeraar is vast te stellen en als het leidt tot bijstelling van het eigen risico. Gelet op het feit dat in de meeste gevallen wel degelijk zorg is geleverd, dat de kans klein is dat het eigen risico in die gevallen niet zou zijn geraakt, en dat wanneer verzekerden zelf aankloppen de verzekeraar een onderzoek zal uitzetten, acht ik genoemde generieke compensatie alles afwegende de meest geëigende wijze om invulling te geven aan de motie.

5. Naar 2014 en verder

Leren van de lessen uit het plan van aanpak

De centraal gecoördineerde werkwijze die is afgesproken in het Plan van Aanpak voor 2012 en 2013 was eenmalig, bedoeld om deze twee complexe jaren te kunnen afsluiten. Afgesproken is dat de verantwoordiging voor 2014 en verder via het reguliere verantwoordingstraject zal plaatsvinden. Dat betekent niet dat de aandacht nu kan verslappen: het is van belang dat de geleerde lessen uit het jaarrekeningentrajact 2012–2013 hun plaats vinden in deze reguliere verantwoordingstrajecten. Om de genomen maatregelen uit het plan van aanpak ook structureel te borgen worden wel extra stappen gezet: zo wordt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gewerkt aan een handreiking omzetverantwoording voor 2014. Ook is in overleg met alle betrokken partijen gewerkt aan het verduidelijken van regelgeving 2015 en worden de mogelijkheden bekeken om vanaf 2016 de regelgeving op punten te vereenvoudigen.

Reactie NZa

Inmiddels heeft de NZa mij een voorlopige reactie gegeven op de bevindingen van de expertgroep (zie bijlage)³. De NZa vindt het te prijzen dat partijen uit eigen beweging hun declaratiepraktijk hebben laten doorlichten. Vanuit haar rol als toezichthouder wijst de NZa er op dat ziekenhuizen zichzelf daarmee ook een spiegel voorhouden. Zorgaanbieders dienen tenslotte te allen tijde incorrecte declaraties te voorkomen. De NZa gaat ervan uit dat de sector concrete stappen zal zetten om verbetering te bereiken.

Concreet ziet de NZa mogelijkheden voor verbetering op het terrein van de administratieve organisatie en interne controle; van compliance en integriteit; en van governance. De NZa doet zorgaanbieders een aantal concrete aanbevelingen, zoals de implementatie van bedrijfsmodellen om regelnaleving te borgen, en het instellen van gedragscodes op het gebied van correct declareren. Kortom, de NZa spreekt haar waardering uit voor de inzet van de sector om een streep onder het verleden te zetten, maar benadrukt de noodzaak van verdere stappen in de sector. Verbetering is ook mogelijk ten aanzien van de regelrust. Daarin neemt de NZa zelf haar verantwoordelijkheid, door het voortouw te nemen bij de versimpeling van de DOT-systematiek. Zij gaat hierover met partijen in overleg.

Voor het vervolg kondigt de NZa een aantal stappen aan. Ten eerste zal zij zich richten op duidelijkheid in de regelgeving en de al genoemde regelrust. Ten tweede zal de NZa nauwlettend volgen of ziekenhuizen, zorgverzekeraars en accountants daadwerkelijk de benodigde afspraken maken over het verbeteren van de omzetcontroles. En ten derde blijft de NZa zorgaanbieders wijzen op de noodzaak van goede interne beheersing, compliance, en governance.

Ik onderschrijf de oproep van de NZa aan de sector om de goede inzet van het afgelopen jaar een vervolg te geven. Het is goed dat de NZa daarbij de vinger aan de pols blijft houden.

Blijven verbeteren, op een stabiele basis

De afgelopen jaren werden gekenmerkt door grote veranderingen in de financieringssysteem van ziekenhuizen. Ook in het licht van het jaarrekeningentrajact hebben partijen de behoefte uitgesproken van rust

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

op het gebied van de financieringssystematiek. Ik wil gehoor geven aan deze roep om rust en stabiliteit. Die is nodig zodat de beoogde effecten van de ingezette veranderingen hun beslag kunnen krijgen. Dat neemt niet weg dat gewerkt blijft worden aan verdere verbetering van de hele keten van het declaratieproces.

Binnen het huidige stelsel zijn er mogelijkheden om de eisen die zorgverzekeraars aan declaraties stellen en de inrichting van de AO/IC in de ziekenhuizen beter op elkaar af te stemmen. Het afgelopen jaar is door NVZ, Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) en ZN, samen met een aantal ziekenhuizen en zorgverzekeraars, gewerkt aan een verbeterde versie van het normenkader van de AO/IC. Daarmee hebben partijen een belangrijke stap gezet op weg naar meer systeemgericht toezicht. In 2015 zullen met het verbeterde normenkader eerste pilots in een aantal ziekenhuizen plaatsvinden. Het normenkader biedt ook een goede opstap naar de invoering van vormen van zelfregulering.

Ook binnen VWS wordt hieraan gewerkt, in de trajecten Intensivering Ketenaanpak Correct Declareren, het traject Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven, en het in ontwikkeling zijnde Programmaplan rechtmatige zorg:

- In het project Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces richten veldpartijen, NZa en het Ministerie van VWS zich sinds medio 2013 samen op de kwaliteit van declaraties, waarbij de hele keten wordt betrokken. In de derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg, die ik eerdaags aan u zal toezenden, informeer ik u over de verschillende lopende en nieuwe initiatieven van deelnemende organisaties die, elk op hun eigen terrein, bijdragen aan de kwaliteit van registraties en declaraties.
- Het traject Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven (VIZ) heeft als doel de versnelling van de informatievoorziening, verbetering van de monitoring en betere verklaring van de waargenomen ontwikkelingen. Daartoe wordt onder andere ingezet op sneller correct declareren. De activiteiten die hierop gericht zijn worden met het veld opgepakt. Daarnaast is voor de verbetering en versnelling van het declaratieproces vooral de verkorting van de maximale doorlooptijd van DBC's tot 120 dagen relevant (verdere aanpassingen in de bekostigingsstructuur medisch-specialistische zorg worden vanuit dit traject overigens niet voorzien).
- In het programmaplan over rechtmatige zorg informeren we u in het voorjaar nader over onze inzet en de inzet van de NZa op het voorkomen en bestrijden van fouten en fraude in de zorg. Daarbij informeren we u ook over onze inzet op het verduidelijken van wet- en regelgeving en het wegnemen van fouten- en fraudegevoeligheden in wetten, regels en bekostigingssystemen.

Het project Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces, het traject Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven, en het programmaplan rechtmatige zorg richten zich dus vooral op verbetering binnen de huidige bekostigingssystematiek, ingrijpende aanpassingen van de systematiek worden niet voorzien. Er vindt op dit moment al nauwe onderlinge afstemming plaats om dubbelingen te voorkomen, en synergie en efficiëntie te bevorderen.

In het kader van het Hoofdlijnenakkoord MSZ is afgesproken dat de NZa het voortouw heeft voor wat betreft de verdere ontwikkeling en vereenvoudiging van de DOT-systematiek. De NZa komt binnenkort met een plan van aanpak hiervoor. Voor zover uit eerder genoemde trajecten suggesties ten aanzien van de DOT-systematiek naar voren komen, zullen deze bij de NZa worden ingebracht. De NZa zal daarbij in overleg met VWS en veldpartijen de afweging maken of, op welke wijze, en wanneer deze

suggesties kunnen worden meegenomen in de doorontwikkeling van de DOT-systematiek. Hierbij wordt opgemerkt dat in het kader van stabiliteit en bestuurlijke rust het van belang is dat de regelgeving ruim voorafgaand aan het nieuwe jaar vaststaat. Bovenstaande leidt daartoe.

6. Afsluitend

Hoewel met de afronding van de omzetonderzoeken, het vaststellen van de transitiebedragen en het deponeren van de jaarrekeningenverslagen het traject rondom de jaarrekeningen 2012–2013 zijn afronding nadert, blijft ieders volle aandacht nodig. De lessen uit dit traject moeten worden meegenomen in de omzetverantwoording voor 2014 en verder. Ook moeten we blijven inzetten op het verduidelijken, verbeteren en waar mogelijk versimpelen van de bekostigingssystematiek in de medisch specialistische zorg, en op het verbeteren en versnellen van het declaratieproces. Daarnaast blijft goede interne controle een punt van aandacht: ik roep aanbieders en zorgverzekeraars op om hierin te blijven investeren. Maar ik wil benadrukken dat er in het afgelopen jaar door alle partijen goede stappen zijn gezet, er is veel vooruitgang geboekt. Daarmee ligt er een goede basis om de komende jaren op voort te bouwen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers