

36 832

Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met het opnemen van medisch hulpverlener acute zorg en klinisch fysicus in de lijst van registerberoepen

Nr. 5

VERSLAG
Vastgesteld 19 januari 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord, acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave	blz.
I. Algemeen deel	2
1.1 Inleiding	2
1.2 Aanleiding opname beroepen MHAZ en klinisch fysicus in de Wet BIG	4
2. Beroep MHAZ	4
2.1 Achtergrond en positie MHAZ	4
2.2 Experiment met het beroep BMH	4
2.3 Beleidsreactie op evaluatie experiment en voorwaarden voor wettelijke regulering BMH	5
2.4 Wettelijke regulering; artikel 3 Wet BIG en functionele zelfstandigheid	5
3. Beroep klinisch fysicus	5
3.1 Achtergrond en positie klinisch fysicus	5
3.2 Opname klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG	5
3.3 Adviezen van het Zorginstituut	6
3.4 Beleidsreactie op de adviesrapporten van het Zorginstituut voor de klinisch fysicus	6
3.5 Regulering in artikel 3 van de Wet BIG	6
4. Peildata periodieke registratie	8
5. Digitalisering tuchtproces	8
6. Financiële lasten en regeldruk	8
7. Advies en consultatie	8
8. Europees recht en gevolgen voor Caribisch Nederland	8
II. ARTIKELSGEWIJS	8

I. Algemeen deel

De leden van de **D66-fractie** hebben kennisgenomen van de voorgeleggen wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) in verband met het opnemen van medisch hulpverlener acute zorg (MHAZ) en klinisch fysicus in de lijst van registerberoepen.

De leden van de **PVV-fractie** hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel.

De leden van de **VVD-fractie** hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel.

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Zij hebben hier nog enkele vragen over.

De leden van de **CDA-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het wetsvoorstel. Deze leden steunen de beweging naar toekomstgericht opleiden, waarvan breder opleiden in het kader van taakherschikking van meerwaarde is voor de gehele acute zorg. Deze leden hebben nog enkele vragen over het wetsvoorstel.

De leden van de **JA21-fractie** hebben kennisgenomen het voorliggende wetsvoorstel. Zij hebben geen verdere vragen aan of opmerkingen voor de regering.

De leden van de **BBB-fractie** hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Zij hebben nog enkele vragen aan de regering.

De leden van de **SGP-fractie** hebben met kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij steunen het opnemen van de medisch hulpverlener acute zorg en de klinisch fysicus in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Zij betwijfelen echter of het gedetailleerd vastleggen van de werkterreinen van deze beroepen in de wet verstandig is. Hierover willen zij enkele vragen stellen.

1.1 Inleiding

Er wordt onderscheid gemaakt, de klinisch fysicus audioloog wordt uitgezonderd. In de praktijk komen door opleiding en ervaring en functiewisselingen deelgebieden van klinisch fysicus in overlap voor. De leden van de **PVV-fractie** vragen welke gevolgen dit kan hebben voor de beroepsbeoefenaar die enerzijds wel onder de wetgeving valt maar anderzijds dan deels niet. Wat betekent dit in de praktijk als de beroepsbeoefenaar functioneel bevoegd is in de ene functie, maar niet in de andere functie? Daar waar het gaat om (retrograde) erkenning van een buitenlands diploma en een aanpassingsstage (wat is dit precies) en een proeve van bekwaamheid is afgelegd (onder welke standaarden en door wie getoetst) roept deze regel veel onduidelijkheid op. De wet voorziet hier niet in voldoende mate aan kaders. Hoe is dit in het werkveld geregeld? Voorziet de regering hier uitvoeringsproblemen in het kader van kwaliteit van zorg en bovendien de veiligheid van patiënt maar ook van de beroepsbeoefenaar?

De eerdere wijzigingen worden met bovenstaand voorstel uit 2019 ongedaan gemaakt. Omdat de uitvoeringspraktijk onwenselijk uitpakte. Kunnen enkele voorbeelden hiervan worden gegeven?

Terecht wordt gesteld door derden dat de wijziging van de wet niet bedoeld is voor meer handen aan het bed. Terwijl dit wel evident door de

wet heen sijpelt. Hoeveel handen aan het bed verwacht de regering. Is het niet een verschuiving van de arbeidsmarkt? Een X-aantal wil in de zorg, maar dat X-aantal maakt de keuze voor een andere sector zou je kunnen stellen? Of voorziet de regering een ander mechanisme, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** vragen hoe de regering kijkt naar de noodzaak om ook andere medische beroepen toe te voegen aan het BIG-register zodat ze titelbescherming krijgen en onder het tuchtrecht vallen. Zijn hier de afgelopen jaren ontwikkelingen in geweest of gebeurtenissen die hier wat de regering betreft aanleiding toe geven? Daarnaast hebben zij nog een aantal vragen over het besluit om de nieuwe beroepenstructuur van de Wet BIG niet door te laten gaan waardoor meer dan duizend kinder- en jeugdpsychologen NIP (K&J NIP) in opleiding uiteindelijk niet aan de slag kunnen als gz-psychologen voor kinderen en jongvolwassenen. Hoe beziet de regering dit besluit in het kader van de opmerkingen die in de memorie van toelichting worden gemaakt over het belang van brede inzetbaarheid, flexibiliteit en doorgroeimogelijkheden bij andere medische beroepen en de mogelijkheden die opname in het BIG-register daartoe biedt? Wat is daarnaast de status van de toezegging van de regering om in gesprek te gaan met de veldpartijen waar tot op heden nog niet mee gesproken is dat zou plaatsvinden vóór de begrotingsbehandeling? En is er nog zicht op een oplossing voor de groep van duizend mensen die waren gestart met de opleiding tot kinder- en jeugdpsycholoog op basis van communicatie met VWS maar nu niet volwaardig aan de slag kunnen als gz-psycholoog?

De leden van de **BBB-fractie** maken zich zorgen over de gevolgen voor regionale ziekenhuizen. In deze instellingen bestaat de vakgroep Klinische Fysica vaak uit een klein aantal professionals die het gehele vakgebied moeten bedienen. Door de voorgestelde beperking mogen klinisch fysici geen werkzaamheden buiten hun differentiatie uitvoeren, waardoor ziekenhuizen extra professionals moeten aantrekken in een toch al krappe arbeidsmarkt. Dit raakt vooral regionale ziekenhuizen, waar flexibiliteit en brede inzetbaarheid essentieel zijn voor de continuïteit en kwaliteit van zorg. Hoe wordt geborgd dat regionale ziekenhuizen, waar de vakgroep Klinische Fysica uit een beperkt aantal professionals bestaat, niet onevenredig worden geraakt door de beperking van inzetbaarheid van klinisch fysici? Welke maatregelen neemt de regering om te voorkomen dat de continuïteit en kwaliteit van zorg in deze regio's onder druk komen te staan?

Tot slot constateren de leden van de BBB-fractie dat innovatie in de klinische fysica steeds vaker specialisme-overstijgend is en dat nieuwe technologieën elkaar in rap tempo opvolgen. Klinisch fysici spelen een cruciale rol bij de ontwikkeling, validatie en veilige implementatie van deze technologieën. Het wetsvoorstel legt echter werkterreinen vast, waardoor nieuwe technologieën die buiten deze terreinen vallen, niet direct kunnen worden toegepast. Aanpassingen zijn alleen mogelijk via een algemene maatregel van bestuur (AMvB) procedure die 1–2 jaar duurt. Dit leidt tot vertragingen in de implementatie van innovaties en belemmert de toekomstbestendigheid van de zorg. Hoe verhoudt het wetsvoorstel zich tot het streven om flexibiliteit op de arbeidsmarkt te faciliteren? Op welke wijze wordt voorkomen dat de vastlegging van werkterreinen en het langdurige AMvB-proces innovatie en de inzet van nieuwe technologieën in de klinische fysica vertraagt, met name in regionale ziekenhuizen waar flexibiliteit essentieel is?

1.2 Aanleiding opname beroepen MHAZ en klinisch fysicus in de Wet BIG

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat er wordt gesteld dat zorgprofessionals flexibel inzetbaar zijn. Dit is natuurlijk maar gedeeltelijk waar. Ten eerste betreft dit alleen binnen de acute zorg en bovendien, is handelingservaring in relatie tot de wet context afhankelijk. De SEH is niet de IC en de IC is niet de ambulance zorg. Bovendien worden verpleegkundigen, zeker op NLQF opgeleid om te indiceren en diagnoses te stellen op basis van verpleegkundige classificaties, welke ontbreken in de opleiding tot MHAZ. Is de regering het eens dat dit deel van de wet te rooskleurig is, en ook deze beroepsopleiding een niche-opleiding kan worden, als deze dit al niet is, zo vragen de leden van de PVV-fractie. In tegenstelling tot de eerdere ingeslagen weg op breed op te leiden in de zorg, volgens het rapport Kaljouw dat onderbouwde waarom breed opleiden meer toekomstgericht is om arbeidsmarktproblemen aan te kunnen pakken?

2. Beroep MHAZ

2.1 Achtergrond en positie MHAZ

De leden van de **D66-fractie** constateren dat de medisch hulpverlener acute zorg (MHAZ) zich in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld tot een relevante beroepsgroep binnen de acute zorg, zoals ook blijkt uit het evaluatieonderzoek. De voorgestelde wettelijke verankering sluit daarbij aan en kan bijdragen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de veiligheid van de patiëntenzorg. Deze leden hebben hierover op dit moment geen nadere vragen.

Ook hier wordt het breed en flexibel opgeleid zijn opgevoerd als belangrijk aspect om de wijziging te onderbouwen zo constateren de leden van de **PVV-fractie**. De CanMeds worden nu bijna overal gebruikt bij (medische) opleidingen. Echter, dit is niet synoniem aan flexibiliteit en breed opleiden. En is daarmee ook niet onderscheidend wat opleidingsprofiel betreft. Op basis van welke uitkomsten van de evaluatie MHAZ wordt dit deel opgenomen in de onderbouwing van deze wetswijziging. Graag enkele voorbeelden indien aan de orde.

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** onderschrijven het belang van het beroep MHAZ en de directe aanleiding om het beroep een beschermde titel te geven. De sterk toenemende vraag naar medisch ondersteunend personeel in de zorg, zeker met brede inzetbaarheid, laat zien dat het beroep van MHAZ een goede toevoeging is aan het werkveld en dusdanige bescherming verdient zodat enerzijds de kwaliteit van de beroepsuitoefening kan worden bewaakt en bevorderd en anderzijds de patiënt kan worden beschermd tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. De betreffende leden vinden het dan ook een goede zaak dat het beroep MHAZ wordt opgenomen in de wet BIG. Zij hebben hier geen verdere vragen over voor de regering en zien dat ook het zorgveld deze wijziging onderschrijft.

2.2 Experiment met het beroep BMH

De leden van de **PVV-fractie** constateren dat in de memorie van toelichting wordt aangegeven dat de BMH in relatie tot de voorbehouden handelingen ook de rol van IC-SEH verpleegkundige kan vervullen. Hiermee wordt die specialistisch verpleegkundige gereduceerd tot taakverpleegkundige. Dit lijkt deze leden een omissie in de onderbouwing en zien ook graag een andere woordkeuze dan wel onderbouwing binnen

de wet die meer recht doet aan de functie van de specialistisch verpleegkundige.

De leden van de **CDA-fractie** krijgen graag meer inzicht in de huidige omvang van de beroepsgroep. Zij vragen of de regering kan toelichten hoe de beroepsgroep zich afgelopen periode heeft ontwikkeld. Ook vragen deze leden hoe groot de beroepsgroep nu is en hoeveel studenten de opleiding volgen. Ook vragen zij naar de verwachte groei van de beroepsgroep in de komende tijd. Tot slot vragen genoemde leden in hoeverre opname van MHAZ in de Wet BIG hieraan een positieve bijdragen zal leveren.

2.3 Beleidsreactie op evaluatie experiment en voorwaarden voor wettelijke regulering BMH

Voor wat betreft 2.3.1, dit onderdeel is een complex geheel dat naar het oordeel van de leden van de **PVV-fractie** in deze wet te vaag en onduidelijk geadresseerd wordt. Zoals eerder gesteld is dat wat geleerd is enorm context-gebonden en zijn aangeleerde taken niet zondermeer met dezelfde erkenning van bevoegdheid binnen de wet toe te passen. Daarom de vraag van de leden van de PVV-fractie welke rol de EPA's en de erkenning daarvan een onderdeel zijn van het toekennen van de bevoegdheid als een professional van zorggebied wisselt en hoe verhouden in die zin de EPA's zich tot het vereiste niveau NLQF6? Een belangrijk onderdeel van de wet-BIG is bekwaam-bevoegd principe. Echter hier wordt in de wet niet over gesproken. Op welke wijze en door wie wordt geborgd dat bij wisseling van context (bijvoorbeeld van IC naar SEH) de functionele bevoegdheid nog geldend is, terwijl dan toch iemand onder het tuchtrecht valt? Is er een landelijke richtlijn om de opleidingseis en ervaringseis te ondervangen? En hoe verhoudt zich dit tot het «verpleegkundig» deel van het beroep van IC-of SEH-verpleegkundige, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

2.4 Wettelijke regulering; artikel 3 Wet BIG en functionele zelfstandigheid

De leden van de **CDA-fractie** vragen of de regering nader kan toelichten waarom niet is gekozen om de MHAZ zelfstandige bevoegdheid toe te kennen, specifiek in het licht van het advies van de evaluatiecommissie om dit wel te doen. Zij vragen waarom deze commissie wel tot dit advies is gekomen en waarom de regering hiervan afwijkt.

3. Beroep klinisch fysicus

3.1 Achtergrond en positie klinisch fysicus

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat er vier differentiaties van het beroep klinisch fysicus bestaan in de praktijk, zoals volgt uit de opleiding. Kan de regering toelichten waarom niet gekozen is om een beroepstitel mogelijk te maken, waarbinnen de klinisch fysicus zijn of haar beroep kan uitoefenen? Zijn er situaties denkbaar waarin deze vormgeving rigide blijkt, bijvoorbeeld als een klinisch fysicus audiologie op een bepaald moment handelingen moet verrichten op een ander terrein van de klinische fysica?

3.2 Opname klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG

De leden van de **D66-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorgestelde wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). In het kader van een toekomstbe-

stendige zorgsector vragen zij om een nadere toelichting op de keuze van de regering om de beroepsgroep van klinisch fysici niet in haar volledige breedte op te nemen in artikel 3 van de wet. Zij wijzen hierbij op de signalen van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS), die benadrukken dat audiologen beschikken over de vereiste opleiding en expertise voor werkzaamheden met ioniserende straling. Gezien de huidige praktijk, waarin deze professionals dergelijke taken kunnen uitvoeren binnen de bestaande kaders van bekwaamheid, zoals bij het gebruik van beeldvormende technieken voor binnenooronderzoek, vragen deze leden of een bredere erkenning de professionele inzetbaarheid kan versterken.

Met het oog op de groeiende personeelstekorten en de snelle technologische ontwikkelingen binnen de klinische fysica vinden de leden van de D66-fractie het van belang dat wetgeving voldoende ruimte laat voor innovatie en een flexibele inzet van zorgprofessionals. Zij vragen de regering of de voorgestelde indeling in vier werkvelden hiervoor toereikend is. Kan de regering toelichten of deze opdeling het risico met zich meebrengt dat nieuwe technologische ontwikkelingen niet tijdig kunnen worden opgevangen en daardoor steeds aanpassing van wet- en regelgeving nodig is? Daarnaast vragen deze leden hoe de regering de keuze voor een specifieke wettelijke afbakening afweegt tegen de noodzaak om snel en doeltreffend in te kunnen spelen op innovaties in de zorg.

3.3 Adviezen van het Zorginstituut

De klinisch fysicus, behalve de differentiatie audiologie, valt met deze wet onder de zelfstandige bevoegdheid. De wet maakt minder duidelijk hoe deze wijziging zich verhoudt tot de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, maar ook bevoegdheid van de hoofdbehandelaar. Er zijn casus denkbaar dat door overlap van bevoegdheden en interventies er onduidelijkheid kan ontstaan. Hoe ondervangt de wet en de praktijk in dergelijke situaties, zo vragen de leden van de **PVV-fractie**.

Gezien de adviezen van het Zorginstituut achten de leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** het een logische stap om het beroep van klinisch fysicus zwaarder te reguleren en op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG. Wel hebben de leden nog enkele vragen over het advies van het Zorginstituut om een uitzondering te maken voor de klinisch fysicus met differentiatie audiologie. Deze zijn bij 3.5 nader uiteengezet.

3.4 Beleidsreactie op de adviesrapporten van het Zorginstituut voor de klinisch fysicus

De leden van de **CDA-fractie** vragen naar de uitsluiting van de klinisch fysicus audiologie met betrekking tot werkzaamheden met ioniserende straling. Zij vragen of de regering wil reageren op de zorgen van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) dat dit onnodig is, omdat zij wel over de vereiste deskundigheid beschikken. Zij vragen hoe de regering dit weegt.

3.5 Regulering in artikel 3 van de Wet BIG

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** kunnen zich vinden in de conclusie dat regulering in het zogenaamde zware regime van artikel 3 van de Wet BIG noodzakelijk is voor het beroep van de klinisch fysicus. Zij lezen dat met dit wetsvoorstel wordt voorgesteld om de beroepsgroep klinisch fysicus als geheel aan artikel 3 van de wet toe te voegen. Voor artikel 36, achtste lid van de Wet BIG (waarin per voorbehouden handeling

is vastgelegd welke beroepsbeoefenaren deze handelingen zelfstandig mogen uitvoeren) wordt echter een uitzondering gemaakt voor de groep klinische fysicus opgeleid tot audioloog. In de memorie van toelichting lezen de betreffende leden dat de klinisch fysicus in de audiologie volgens de regering in de praktijk geen voorbehouden handelingen verricht en niet met ioniserende straling werkt en niet over de nodige deskundigheid beschikt om de voorbehouden handelingen met ioniserende straling zelfstandig te verrichten. Hoewel de leden deze beredenering kunnen volgen, beweren diverse partijen uit het zorgveld – waaronder de stichting Opleiding Klinisch Fysicus – dat dit echter niet aansluit bij de praktijk, aangezien de klinische fysicus in de audiologie deze werkzaamheden wel degelijk zou uitvoeren binnen de bestaande wettelijke kaders. Hoe beziet de regering deze opmerkingen? Hoe verklaart de regering de verschillen in opvatting tussen het Zorginstituut en de verschillende veldpartijen, die beweren dat de uitsluiting van de klinisch fysicus in de audiologie berust op een onjuiste constatering van het Zorginstituut dat deze groep niet over de nodige deskundigheid beschikt om te werken met straling? Zou de regering nader in kunnen gaan op de verschillende punten die genoemd zijn door het zorgveld en op de kritiek dat de beoogde wetgeving hiermee niet (voldoende) aansluit bij de praktijk?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen daarnaast dat een belangrijke overweging om het beroep van klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG op te nemen gelegen is in de grote ontwikkeling die het beroep de afgelopen twintig jaar heeft doorgemaakt. De huidige praktijk waarbij de klinisch fysicus een eigen deskundigheid heeft, maar nu in opdracht van een arts voorbehouden handelingen uitvoert en niet zelfstandig mag indiceren, beperkt de flexibiliteit, leidt tot vertraging en kost behandelend artsen onnodig veel tijd. Hoe ziet de regering in het licht van het bovenstaande de opmerkingen van veldpartijen dat uitsluiting van de klinisch fysicus in de audiologie juist de ontwikkeling en de flexibiliteit van het vak belemmert, en dat wetgeving juist ruimte moet bieden voor de brede inzetbaarheid van zorgprofessionals? De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken uit de Memorie op dat de regering deze brede inzetbaarheid bij het beroep van MHAZ ook zeer hoog in het vaandel heeft staan. Hoe verhoudt zich dit tot het besluit om klinisch fysicus in de audiologie uit te sluiten van de andere drie werkerreinen binnen de klinische fysica?

Is de regering, tot slot, bereid om nog een keer met het veld in gesprek te gaan over de daar levende bezwaren en te bezien in hoeverre deze mogelijk de praktijk in de weg staan?

De leden van de **SGP-fractie** vragen om een nadere toelichting voor het vastleggen van de werkerreinen van de klinisch fysicus in de wet. De manier waarop de regering dit wil doen, lijkt af te wijken van de gangbare systematiek waarbij bevoegdheden worden geregeld via bekwaamheidseisen op grond van artikel 35a van de Wet BIG. Door de werkerreinen van de klinisch fysicus gedetailleerd op wetsniveau vast te leggen, dreigt de wetgever op de stoel van de zorgprofessional te gaan zitten, terwijl de Wet BIG juist bedoeld is om ruimte te bieden voor professionele autonomie en de verdere ontwikkeling van het vak. Kan de regering hierop nader reflecteren?

Kan de regering uitleggen waarom in dit geval voor een expliciete opname van bepaalde verplichtingen in de wet is gekozen terwijl bij enkele uitzonderingen voor andere beroepsgroepen juist gekozen is om dit in lagere regelgeving verder uit te werken. Zou het niet wenselijker zijn om de verankering van beroepen in de Wet BIG op een gelijke manier te regelen?

4. Peildata periodieke registratie

Geen opmerkingen of vragen van de fracties.

5. Digitalisering tuchtproces

Naar het oordeel van de leden van de **PVV-fractie** wordt terecht opgemerkt door derden dat de administratie- en uitvoeringslast van het tuchtcollege een enorme vlucht heeft gemaakt. Ook in de media zijn daar eerder berichten over verschenen. Het digitaliseren zal, naar verwachting, leiden tot een toename van meldingen. Immers, de drempel is lager. Op zich is dat een goede ontwikkeling, maar dan dienen klachten ook binnen de gestelde termijnen behandeld kunnen worden. Hoe denkt de regering deze uitdaging te kunnen ondervangen.

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat met dit wetsvoorstel expliciet wordt gemaakt dat het tuchtproces ook (deels) digitaal kan plaatsvinden. Zij begrijpen deze wens, maar zouden graag willen weten wat hiervan naar verwachting de gevolgen zijn voor het aantal klachten. Deze leden verwijzen onder andere naar de zorgen van de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) hierover. Deze leden vragen of de regering deelt dat een (significante) toename van het aantal klachten onwenselijk zou zijn, vanwege de lagere drempels door digitalisering. Ook vragen deze leden of de regering bereid is dit te monitoren en te bezien of maatregelen nodig zijn indien blijkt dat hiervan daadwerkelijk sprake is.

6. Financiële lasten en regeldruk

Geen opmerkingen of vragen van de fracties.

7. Advies en consultatie

Geen opmerkingen of vragen van de fracties.

8. Europees recht en gevolgen voor Caribisch Nederland

Geen opmerkingen of vragen van de fracties.

II. ARTIKELSGEWIJS

Geen opmerkingen of vragen van de fracties.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Mohandis

De griffier van de commissie,
Esmeijer