

Vergaderjaar 2003–2004

23 619

Curatieve zorg

Nr. 21

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 maart 2004

### 1. Inleiding

Bij de procedurele behandeling van de brief over de juridische vorm van de standaard-verzekering voor curatieve zorg heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangekondigd eind maart/begin april 2004 een hoofdlijnen debat te voeren over de herziening van het zorgstelsel.<sup>1</sup> U heeft ons gevraagd vooraf op hoofdlijnen onze visie op het nieuwe stelsel weer te geven, inclusief de voorziene organisatie en planning in de tijd. Wij voldoen hierbij graag aan uw verzoek.

Deze brief gaat vooral over de curatieve – op genezing gerichte – zorg, die in beginsel wordt ondergebracht in het tweede of derde compartiment van het verzekeringsstelsel. Dit laat onverlet dat een aantal elementen in deze brief ook de zorg in het eerste compartiment raakt. Daarbij gaat het onder meer om het invullen van het toezicht op de uitvoering van de zorgverzekeringen. Ook bevat het Hoofdlijnenakkoord het voornemen om de op genezing gerichte zorg over te hevelen van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) naar de beoogde standaardverzekering voor curatieve zorg, te beginnen met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).<sup>2</sup> Het kabinet ontwikkelt plannen voor de houdbaarheid van de AWBZ. Uw Kamer is hierover eerder geïnformeerd.<sup>3</sup> Binnenkort ontvangt u hierover verder uitgewerkte voornemens. Relevant is verder de positie van de zorgkantoren, waarover wij u voor 1 mei a.s. in een afzonderlijke brief informeren in reactie op de motie-Vietsch c.s.. Uiteraard wordt de samenhang bewaakt tussen de processen van vernieuwing van het stelsel van curatieve zorg en van de AWBZ.

Om te komen tot het gewenste stelsel van curatieve zorg moeten veel maatregelen worden genomen: voor het vernieuwen van de sturing in de zorg en ook voor het aanpassen van het verzekeringsstelsel. Wij laten met deze brief de voornaamste maatregelen zien, evenals de onderlinge

<sup>1</sup> Brief van de minister van VWS d.d. 19 december 2003, Kamerstukken II, kamerstuk 23 619, nr. 20.

Brief van de griffier van de vaste commissie voor VWS d.d. 6 februari 2004.

<sup>2</sup> Als eerste stap vindt bij de invoering van de Zvw overheveling plaats van de verzekering van de extramurale GGZ en het eerste jaar van de intramurale GGZ. Kamerstukken II, 2002–2003, kamerstuk 23 619, nr. 19.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2002–2003, kamerstuk 26 631, nr. 56.

samenhang. Tegelijkertijd is het van belang dat de besluitvorming over de diverse maatregelen voortgaat, gelet op de noodzaak om de zorg te vernieuwen en de afspraken die hierover in het Hoofdlijnenakkoord staan. Wij hopen op een voorspoedige behandeling van de verschillende voorstellen die bij uw Kamer zijn ingediend om de sturing in de zorg aan te passen. Daarbij dient vanzelfsprekend ruimte te worden geboden aan voortschrijdend inzicht en wijzigingen die voortkomen uit overleg met het parlement.

Paragraaf 2 beschrijft op hoofdlijnen het herzien van het stelsel van curatieve zorg. Paragraaf 3 gaat in op de aanpak voor een beheerste omslag van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking. Paragraaf 4 en bijlage 1<sup>1</sup> bevatten de concrete maatregelen in de komende jaren om de omslag naar gereguleerde marktwerking in goede banen te leiden. Paragraaf 5 en bijlage 2<sup>1</sup> behandelen de organisatie en planning.

## **2. Hoofdlijnen herziening stelsel van curatieve zorg**

### *2.1 Noodzaak*

Een groot aantal Westerse landen bezint zich op dit moment op de betaalbaarheid en de inrichting van hun zorgstelsels. De grote opgave daarbij is om een goede onderlinge balans te vinden tussen de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De praktijk leert dat noch marktwerking noch centrale sturing in pure vorm een optimale oplossing bieden. We moeten dus zoeken naar het juiste evenwicht:

- De toepassing van marktwerking in de zorg wordt begrensd door verschillende typen marktfalen. Zo wordt kostenbewust handelen van burgers beperkt: zij betalen immers vanwege de (noodzakelijke) verzekering van risico's vrijwel nooit de echte prijs van hun zorg. De wetenschap dat de verzekering de rekening betaalt, beïnvloedt ook het kostenbewustzijn van zorgaanbieders. Verder is er bij veel medische beroepen sprake van schaarste. Ook kan de buitenwereld het handelen van medici moeilijk controleren; daardoor kan de zorgvraag worden beïnvloed door het aanbod. De geneesmiddelenmarkt leent zich evenmin voor volledige marktwerking, omdat ook daar de consument maar in beperkte mate de echte prijs van geneesmiddelen betaalt.
- Centrale sturing van de zorg kent eveneens problemen: veel bureaucratie en ondoelmatigheid. De centrale regels lopen bovendien vrijwel altijd achter op de dynamische ontwikkelingen in de zorg, waardoor vraag en aanbod onvoldoende op elkaar aansluiten. De centrale sturing van de zorg brengt ook met zich mee dat zorgaanbieders zich meer dan wenselijk is (moeten) oriënteren op de overheid. Teveel letten op alleen de budgettaire aspecten kan daarbij ten koste gaan van productiviteit, innovatie en kwaliteit. De centrale overheidssturing leidt er tenslotte toe dat patiënten weinig kunnen kiezen.

Nederland heeft de afgelopen decennia sterk geleund op centrale aanbodsturing; kortweg gaat het om het plannen en reguleren van de bouw op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de in de Ziekenfondswet (ZFW) geregelde (omgekeerde) contracteerplicht en het reguleren van budgetten en tarieven van zorg (de prijsvorming) via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG).<sup>2</sup> De problemen in een systeem van centrale sturing zijn dan ook zichtbaar:

- Het aanbod is dikwijls ondoelmatig georganiseerd, onder meer doordat er te weinig prikkels zijn om innovaties snel in te voeren. Ondernemerschap loont te weinig. De productiviteit stijgt onvoldoende; dit is één van de oorzaken van de wachtlijst-problematiek.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars voelen zich belemmerd door strakke overheidsregels.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>2</sup> De aanbodsturing is nog onlangs toegelicht in de toelichting op de derde nota van wijziging van het voorstel van Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ). Bij deze gelegenheid is tevens voorgesteld de naam van de wet te wijzigen in Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Kamerstukken II, 2003–2004, kamerstuk 27 659, nr. 16.

Het Nederlandse zorgstelsel kent duidelijk geen gezond evenwicht tussen centrale regulering enerzijds en marktwerking anderzijds: de partijen in de zorg – burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders – worden te weinig op hun verantwoordelijkheden aangesproken. Sinds het verschijnen van het rapport van de Commissie Dekker groeit het inzicht dat de knelpunten in de zorg moeten worden weggenomen door te dereguleren en de marktgerichtheid te versterken. Om de centrale aanbodsturing te kunnen verminderen moeten de financiering van de zorg en de rol van zorgverzekeraars goed zijn geregeld via de zorgverzekering.<sup>1</sup> In deze lijn is al een aantal maatregelen genomen. Zo zijn de wachtlijsten aangepakt via de boter-bij-de-vis-methode; dit is wel gebeurd tegen hoge kosten. In het verzekeringsstelsel zijn ziekenfondsen en particuliere verzekeraars naar elkaar toegegroeid, maar bleef een structurele aanpassing achterwege.<sup>2</sup>

Het is daarom noodzakelijk over een breed front te werken aan vernieuwing van het zorgstelsel om van de dominantie van centrale sturing over te gaan op het zo decentraal mogelijk neerleggen van verantwoordelijkheden (decentralisatie) en om de zorg via betere prikkels beter te laten presteren. Er bestaat brede overeenstemming in de zorg en daarbuiten over de wenselijkheid van het herverdelen van verantwoordelijkheden tussen de overheid en de partijen in de zorg. Er blijft plaats voor centrale regulering, maar op een minder dominante wijze.

## *2.2 Decentrale verantwoordelijkheden, betere prestaties door betere prikkels*

Het kabinet acht het tegen de geschetste achtergrond noodzakelijk en verantwoord om in deze regeerperiode de herziening van het stelsel van curatieve zorg door te zetten, binnen de contouren die de vorige twee kabinetten hebben aangegeven. De centrale aanbodsturing wordt waar mogelijk vervangen door gereguleerde marktwerking; niet als doel op zich, maar als middel om te komen tot betere prestaties in de zorg. Het kabinet wil gezondheidszorg van hoge kwaliteit, die voor alle burgers toegankelijk is en ook op langere termijn betaalbaar blijft. De zorg moet beter aansluiten op de wensen van verzekerden en patiënten, de betaalbaarheid moet duurzaam zijn gegarandeerd, de solidariteit moet goed zijn geregeld en er moet ruimte zijn voor ondernemerschap en werkplezier. Om dit te bereiken wil het kabinet de zorg verlossen van onnodige bureaucratie en administratieve lasten, partijen beter prikkelen om te komen tot betere prestaties en hen ruimte bieden bij het contracteren van aanbieders, de prijsvorming en het toelaten en bouwen van instellingen. Bij de decentralisatie kan worden voortgebouwd op de grondslagen van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg, waarin van oudsher een grote rol is weggelegd voor private organisaties als ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Als onderdeel van de stelselherziening wordt per 1 januari 2006 een verplichte standaardverzekering voor curatieve zorg ingevoerd. In het toekomstige stelsel worden de belangrijkste verantwoordelijkheden en prikkels als volgt ingevuld:

- Verzekerden hebben in het beoogde zorgstelsel via een nominale premie en eigen betalingen een direct financieel belang bij de ontwikkeling van hun zorgconsumptie. Verzekerden kunnen zonder belemmeringen overstappen van de ene naar de andere zorgverzekeraar en kunnen kiezen uit polisvoorwaarden en zorgaanbieders. Deze keuzevrijheid geldt binnen de grenzen van de standaardverzekering.
- De concurrentie om verzekerden voor zich te winnen en het dragen van risico bij het uitvoeren van de standaardverzekering stimuleren zorgverzekeraars om zich in te zetten voor een adequate organisatie van de zorg, een doelmatige zorginkoop en een zo goed mogelijk aanbod aan zorg. De zorgverzekeraars onderhandelen voor hun verzekerden met de aanbieders van zorg. Deze rol van zorgverzekeraars is

<sup>1</sup> Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, «Bereidheid tot verandering», Den Haag, 1987.

<sup>2</sup> In de uitvoering van de ZFW zijn markt-elementen geïntroduceerd, zoals de invoering van een nominale premie. Ook zijn in het particuliere segment solidariteitsbijdragen ingevoerd, evenals een voor ouderen en chronisch zieken toegankelijk standaardpakket, via de Wet medefinanciering overver- tegenwoordiging oudere ziekenfonds- verzekerden (MOOZ) en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ). Ook heeft de markt zich ontwikkeld: als gevolg van fusies biedt thans het merendeel van de zorgverzekeraars vanuit hetzelfde concern zowel de ziekenfondsverzekering als particuliere verzekeringen aan.

belangrijk: individuele verzekerden kunnen niet of nauwelijks zelfstandig onderhandelen met ziekenhuizen, huisartsen en andere aanbieders van curatieve zorg. De verzekerde «onderhandelt» wel met zijn verzekeraar; hij of zij kan immers zonder belemmering van verzekeraar veranderen.

- De omvang, kwaliteit en kosten van de aangeboden zorg worden zichtbaar gemaakt. Aanbieders concurreren om hun zorg te mogen verlenen aan patiënten. De inkooprol van de verzekeraars en het stapsgewijze liberaliseren van deelmarkten in de zorg stimuleren zorgaanbieders om de prijs en kwaliteit van hun prestaties te verbeteren.

We spreken van gereguleerde marktwerking, omdat de overheid de marktwerking inkadert vanwege de eerder genoemde risico's van marktfaalen. De overheid blijft verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg en moet bewerkstelligen dat het gezondheidszorgsysteem goed is ingericht en werkt. Het kabinet zal voor de diverse deelmarkten van de zorg de mogelijkheden en beperkingen van meer marktwerking zorgvuldig afwegen. Ook zal het decentraliseren stap voor stap verlopen, waarbij de voorwaarden voor gereguleerde marktwerking worden ingevuld. Een belangrijk onderdeel hiervan is effectief toezicht, dat uitgaat van meer marktwerking. De beheerste aanpak die het kabinet wil in de omslag van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking wordt in de volgende paragrafen uitgewerkt.

Ook het herziene zorgstelsel moet uiteraard op lange termijn betaalbaar zijn. De premie die verzekerden betalen en de werkgeversbijdragen zijn collectieve lasten. Het verschil tussen de opbrengst van de premies van verzekerden en de werkgeversbijdragen enerzijds en de zorguitgaven anderzijds is van belang voor het EMU-saldo. De onvermijdelijke kosten van de vergrijzing maken het veiligstellen van de betaalbaarheid extra urgent.

### **3. Aanpak van een beheerste omslag van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking**

#### *3.1 Deelmarktgewijze aanpak*

Voor een goed begrip van de aanpak per deelmarkt zijn twee zaken van belang:

- In de eerste plaats kent de gezondheidszorg een aantal deelmarkten. Op hoofdlijnen gaat het om: de eerstelijnszorg, ambulancezorg, acute zorg, planbare (electieve) zorg, meer complexe topzorg en geneesmiddelenzorg.
- In de tweede plaats kent «marktwerking» meerdere verschijningsvormen:
  - Concurrentie *op* de markt. Er is dan sprake van vrije prijsvorming. Een voorbeeld vormen de plannen met een deel van de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) vanaf 1 juli 2004, waarover u bij brief van 10 oktober 2003 bent geïnformeerd.
  - Concurrentie *om* de markt. Wanneer vrije onderhandelingen niet voor de hand liggen, kan aanbesteding uitkomst bieden.<sup>1</sup>
  - Prestatievergelijking en maatstafconcurrentie.<sup>2</sup> Waar prijsregulering noodzakelijk is, kan dat op basis van deze methodes. Een voorbeeld zijn analyses in Engeland over de efficiëntie van de gezondheidszorg.

De prijs is bij elk van deze vormen van marktwerking slechts één van de kenmerken waarop aanbieders zich van elkaar kunnen onderscheiden. Concurrentie op prestatie, kwaliteit en/of imago is ook van belang. Daarnaast zullen in de praktijk tussen- en mengvormen van de drie vormen van marktwerking voorkomen.

<sup>1</sup> Bij aanbesteding concurreren meerdere aanbieders met elkaar om het (exclusieve) recht om gedurende een bepaalde termijn onder bepaalde voorwaarden op de markt actief te zijn.

<sup>2</sup> Bij prestatievergelijking worden de prestaties van aanbieders met elkaar vergeleken, waarna aanbieders inzicht krijgen in elkaars prestaties. Dit kan hen aanzetten tot efficiëntieverbeteringen. Bij maatstafconcurrentie geeft een toezichthouder elke aanbieder op basis van vergelijking een doelstelling tot efficiëntieverbetering.

De decentralisatie gaat op de diverse deelmarkten anders, met verschillende uitkomsten en in verschillend tempo. Niet alle deelmarkten in de zorg lenen zich even goed voor meer concurrentie, omdat er – zoals eerder aangegeven – in de zorg sprake is van vormen van marktfalen. Bepalend zijn de kenmerken van de deelmarkten en de mate waarin aan de voorwaarden voor meer marktwerking is voldaan:

- De beperkte mogelijkheden van marktwerking kunnen het gevolg zijn van structurele kenmerken van de deelmarkt. De spoedeisende zorg leent zich bijvoorbeeld veel minder voor concurrentie op de markt dan zorg die goed te plannen is.
- Maar ook min of meer tijdelijke factoren kunnen ervoor zorgen dat de voorwaarden voor meer marktwerking nog niet zijn ingevuld. Zo helpt het voorhanden zijn van voldoende aanbod bij het voornemen om bij de fysiotherapie te experimenteren met concurrentie op de markt, terwijl deze vorm van marktwerking voor de huisartsenzorg door gebrek aan aanbod nog buiten beeld is. Het kabinet spant zich in om de belemmeringen voor meer marktwerking op termijn weg te nemen.

Onderstaande tabel geeft een globale indruk van de ruimte voor de meest vergaande vorm van marktwerking – concurrentie op de markt – op de diverse deelmarkten. Daarbij hanteren wij een tijdshorizon van circa 10 jaar, omdat dan de voorwaarden voor gereguleerde marktwerking naar wij aannemen grotendeels zijn ingevuld.

Deelmarkt	Eerstelijnszorg	Acute zorg (1e en 2e lijn, waaronder ambulances)	Electieve zorg en (meer complexe) topzorg	Geneesmiddelenzorg
<i>Meer concurrentie op de markt mogelijk?</i>	Ja: grote delen van de eerstelijnszorg	Beperkt	Ja: grote delen van de electieve zorg Beperkt: medisch onderzoek, topreferente zorg etc.	Ja: patentloze geneesmiddelen en niet-unieke patent-geneesmiddelen Beperkt: unieke patent-geneesmiddelen

Dit is nadrukkelijk een globale indicatie. De deelmarkten zijn voorwerp van studie, waarbij ook de indeling in deelmarkten nog kan veranderen. Uw Kamer wordt met afzonderlijke beleidsvisies geïnformeerd over de uitwerking per deelmarkt:

- Met u is reeds gediscussieerd over de aanpak op een aantal deelmarkten van de zorg, te weten de acute zorg, de ambulancezorg en de eerstelijnszorg.<sup>1</sup> De visie op de eerstelijnszorg zal verder worden ingevuld.
- Op 28 januari is met u gesproken over het geneesmiddelenbeleid. Uw Kamer ontvangt in maart een plan van aanpak.
- Thans wordt gewerkt aan beleidsvisies voor de electieve zorg en de (meer complexe) topzorg. Deze vormen straks de basis voor verdere stappen bij het invoeren van dbc's en vrije prijsvorming.

### 3.2 De voorwaarden voor meer marktwerking

Zoals aangegeven leent een aantal deelmarkten zich op grond van structurele kenmerken voor meer marktwerking, maar voldoen deze in de praktijk nog onvoldoende aan een aantal voorwaarden. Die voorwaarden gaan met name over evenwichtige verhoudingen tussen vraag en aanbod, lage «toetredingsdrempels» voor nieuwe verzekeraars en aanbieders, een duidelijke productstructuur, prijsprikkels, transparantie en het afdoende veiligstellen van de publieke belangen via regulering, toezicht en instrumenten als kwaliteitsbeoordelingssystemen. Paragraaf 4 behandelt de concrete maatregelen die de komende jaren worden genomen om de omslag naar gereguleerde marktwerking in goede banen te leiden. Bijlage

<sup>1</sup> Het overleg op 6 november 2003 over de beleidsbrief over acute zorg (29 247, nr. 1) en het beleidsstandpunt ambulancezorg (29 247, nr. 2) en het overleg op 29 januari 2004 over onder meer de beleidsbrief inzake de toekomstbestendige eerstelijnszorg (29 247, nr. 4).

1 geeft een overzicht van deze maatregelen in relatie tot de voorwaarden voor meer marktwerking. De maatregelen zijn als volgt te ordenen:

1. Dereguleren van het toelaten, plannen en bouwen van instellingen en aanbodverruiming.
2. Transparante bekostigingssystemen en waar mogelijk vrije prijsvorming.
3. Aanpassen van het verzekeringsstelsel.
4. Betere (informatie-)positie van patiënten en verzekerden.
5. Betere informatie en kennisuitwisseling.
6. Minder administratieve lasten.
7. Op marktwerking toegesneden regels en toezicht.

### *3.3 Consistent, planmatig en actief overheidsoptreden*

Het kabinet kiest voor een beheerste aanpak. Tegelijkertijd is duidelijk dat de overgang naar een nieuw zorgstelsel een ingewikkelde operatie is met risico's. De omslag vraagt veel van partijen in de zorg en de overheid, waarbij de belangen groot zijn en vaak niet parallel lopen. Verzekeraars en aanbieders van zorg moeten ook in staat zijn zich aan te passen aan de gereguleerde marktwerking. De overheid dient consistent en waar mogelijk planmatig te werken en er zo aan bij te dragen dat de partijen in de zorg hun verantwoordelijkheden kunnen waarmaken. Ook zal de overheid de omslag actief begeleiden via de Zorgautoriteit.<sup>1</sup> Tevens wil het kabinet intensief samenwerken met vertegenwoordigers van patiënten/verzekerden, verzekeraars en aanbieders. Paragraaf 5 gaat in op de organisatie en planning. De gewenste omslag in de zorg vergt meer dan één kabinetsperiode. De komende jaren dient hiervoor een stevig fundament te worden gelegd. Hierover gaat paragraaf 4.

## **4. Invullen van de voorwaarden voor gereguleerde marktwerking**

### *4.1 Dereguleren van het toelaten, plannen en bouwen van instellingen en aanbodverruiming*

Gereguleerde marktwerking vereist voldoende aanbod en partijen moeten zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun investeringsbeslissingen. Tegelijkertijd moet de overheid de juiste instrumenten hebben om waar nodig in te grijpen om de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van het aanbod overeind te houden. In dit kader nemen wij een aantal maatregelen.

De WZV uit 1972 regelt de centrale planvorming en het vergunningstelsel voor de bouw van intramurale zorginstellingen. De WZV gaat uit van centrale aanbodbeheersing en is daarom ongeschikt voor het beoogde systeem van gereguleerde marktwerking. Achtereenvolgende kabinetten hebben de noodzaak tot verandering onderkend, waarbij het denken over de nieuwe richting is geëvolueerd. Tegen deze achtergrond is in maart 2001 het voorstel van Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) ingediend bij uw Kamer. Deze wet verlegt het vertrekpunt voor de sturing van de bouw van een instelling naar het in bedrijf mogen hebben van een instelling (exploitatie). De wet stelt eisen aan de transparantie van instellingen, vereenvoudigt de bouwprocedures, biedt de mogelijkheid om op deelmarkten van de zorg de toelating, planning en bouw verder te dereguleren en geeft verzekeraars een prominente rol. Wij zijn bezig met de antwoorden op de vragen van uw Kamer naar aanleiding van de derde nota van wijziging. In deze nota wordt onder meer de naam van de wet gewijzigd in Wet toelating zorginstellingen (WTZi).<sup>2</sup> Ook creëert deze wijziging de mogelijkheid om het winstmotief toe te staan aan zorgaanbieders. Het feitelijk toepassen van de WTZi krijgt vorm in een aantal Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's.)

---

<sup>1</sup> Zie paragraaf 4.7 voor een nadere omschrijving van de Zorgautoriteit.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, kamerstuk 27 659, nr. 16.

Wij verwachten dat deze maatregelen het aanbod van zorg groter maken. Daarbij helpen ook andere maatregelen die het kabinet reeds heeft genomen:

- Er zijn meer plaatsen gekomen bij de medische opleidingen met het oog op het terugdringen van de wachttijden bij ziekten met levensbedreigende risico's.
- Opleidingen voor nieuwe beroepen zijn van start gegaan, zoals de opleiding tot nurse practitioner. Deze beroepskrachten nemen taken over van artsen.
- Het kabinet heeft de capaciteit voor het behandelen van hart- en vaatziekten uitgebreid.<sup>1</sup>

Vanuit het oogpunt van toelating en planning is tevens het wetgevings-traject voor de ambulancezorg van belang. Het streven is het wetsvoorstel in januari 2005 aan uw Kamer aan te bieden.

#### *4.2 Transparante bekostigingssystemen en waar mogelijk vrije prijsvorming*

Inzicht in de kosten en opbrengsten van zorg is een voorwaarde om in een model van gereguleerde marktwerking te kunnen onderhandelen over de omvang, prijs en kwaliteit. Het kunnen vergelijken van prestaties stimuleert bovendien het gebruik van goede praktijkvoorbeelden en vernieuwing in de zorg. Deze transparantie is mogelijk wanneer we bekostigingssystemen koppelen aan producten. Is eenmaal voldaan aan de (eerder genoemde) voorwaarden voor gereguleerde marktwerking, dan kan ruimte worden geboden aan partijen om selectief zorg te contracteren en zoveel mogelijk zelf te onderhandelen over de prijzen.

Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) zijn voor de ziekenhuis- en medisch-specialistische zorg het beoogde bekostigingssysteem. Op 11 december 2003 is met uw Kamer gesproken over het invoeren van de dbc's; alle betrokken partijen streven naar invoering per 1 juli 2004. Daarbij wordt tevens voor circa 10% van de ziekenhuisproductie selectieve contractering en vrije prijsvorming geïntroduceerd. Uw Kamer heeft de vereiste wetgeving reeds ontvangen: de Wet herziening overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ<sup>2</sup>) en de WTG-wijziging in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enkele andere wijzigingen (WTG ExPres<sup>3</sup>). Mede met het oog op de dbc-invoering zijn – naast de WTG ExPres – wetsvoorstellen in de maak voor betere informatievoorziening en het steviger aanpakken van fraude in de zorg. De dbc-systematiek gaat ook gelden voor de GGZ, gelijktijdig met het overhevelen van de GGZ naar het tweede compartiment bij het in werking treden van de standaardverzekering voor curatieve zorg.

Voor de eerstelijnszorg wordt in 2004 een prestatiegericht bekostigingssysteem ontwikkeld. Dat leidt allereerst tot een nieuw bekostigingssysteem voor de huisartsen; de beoogde invoeringsdatum is 1 januari 2005. Ook start op basis van de WTG ExPres zo spoedig mogelijk een experiment met vrije tarieven voor de fysiotherapie.

Het geneesmiddelenbeleid, waarover met u op 28 januari is overlegd, moet het kostenbewustzijn bij patiënten vergroten en leiden tot prijsconcurrentie en lagere prijzen voor patentloze geneesmiddelen, alsmede lagere marges voor apothekers. Uw Kamer ontvangt in maart een plan van aanpak. Als onderdeel van het geneesmiddelenbeleid wordt een nieuw instrument gecreëerd, dat mij als minister de mogelijkheid geeft om in te grijpen in de prijs van patentloze middelen. Verder wordt de bekostiging van de apothekers per 1 januari 2005 aangepast. Ook bekijken we of het aanpassen van de WTG (WTG ExPres) voldoende basis is om

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, kamerstuk 25 170, nr. 33.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, kamerstuk 28 994, nr. 5.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, kamerstuk 29 379, nr. 3.

verzekeraars en apothekers meer vrijheid te geven bij het maken van tariefafspraken. Verzekeraars hebben sinds 1 januari 2004 reeds meer ruimte bij de inkoop van geneesmiddelen dankzij het omschrijven van de geneesmiddelenanspraken op stofnaam. Het geneesmiddelenbeleid behelst verder het – zo mogelijk per 1 januari 2005 – gericht verlagen van de vergoedingslimieten van de clusters van geneesmiddelen in het geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS), in die clusters waar bij minstens één middel het patent is verlopen. De GVS-limieten worden verder aangepast wanneer in clusters het patent van geneesmiddelen verloopt. Dit leidt tot een dynamisch systeem van vergoedingslimieten. De burger wordt met een publiekscampagne geïnformeerd over het geneesmiddelenbeleid. Ook worden artsen nog meer gestimuleerd om doelmatig voor te schrijven.

#### *4.3 Aanpassen van het verzekeringsstelsel*

De zorgverzekering moet goed worden geregeld om de centrale aanbodregulering te kunnen verminderen zonder de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg uit het oog te verliezen. Het sociale karakter van de zorgverzekering moet zijn gewaarborgd. Tegelijkertijd dient de zorgverzekeraar een krachtige positie te krijgen als partij die voor verzekerden met zorgaanbieders onderhandelt over aanbod, prijs en kwaliteit van de zorg. Alleen met een gelijke uitgangspositie voor alle burgers en verzekeraars kan het volle potentieel van de vraagzijde in de zorg worden benut. Hiervoor moeten bestaande verschillen tussen zorgverzekeringen verdwijnen wat betreft de keuzemogelijkheden en verzekerings-prestaties die aan verzekerden worden geboden. Hetzelfde geldt voor de verantwoordelijkheden en oriëntatie (beleidsmatig en financieel) van verzekeraars: de zorgverzekeraars moeten zich vooral richten op de invulling van de zorgplicht, doelmatige zorginkoop en concurrentie om verzekerden. De zorgverzekeraars moeten deze rol de komende jaren waarmaken en daarvoor de ruimte krijgen.

In paragraaf 2 is kort toegelicht hoe ziekenfondsen en particuliere verzekeraars naar elkaar zijn toegegroeid. Het samenbrengen van de verzekeringsregimes is hiermee eerder een stap in een logische ontwikkeling dan een radicale systeembreuk. Deze constatering doet niets af aan de noodzakelijkheid van de samenvoeging. Evenmin wil het kabinet de ingrijpendheid daarvan kleiner voorstellen dan zij feitelijk is. Wel wil het kabinet aangeven dat, wanneer de feitelijke ontwikkelingen in de richting gaan die wij voorstaan, het steeds moeilijker is om grote verschillen te accepteren in wettelijke regimes op het terrein van acceptatie, keuzemogelijkheden, verantwoordelijkheden en financiering. Het kabinet ziet het per 1 januari 2006 invoeren van de standaardverzekering voor curatieve zorg via de Zorgverzekeringswet (Zvw) als de beste methode om de gewenste aanpassingen van het verzekeringsstelsel te regelen.

U bent in de hiervoor gememoreerde brief over de juridische vorm van de standaardverzekering reeds geïnformeerd over de inrichtingseisen die het kabinet stelt en de verdere invulling daarvan. Kort gezegd komt het hierop neer:

- De voorkeur van het kabinet gaat uit naar een privaatrechtelijke vorm van de wettelijke zorgverzekering met sterke publieke waarborgen. De Europese Commissie is hierover geconsulteerd.
- Het sociale karakter van de zorgverzekering, die verplicht is voor de gehele bevolking, krijgt als volgt vorm:
  - De risicosolidariteit en toegankelijkheid van de zorgverzekering liggen vast in de plicht voor zorgverzekeraars om alle Nederlandse ingezetenen als verzekerden te accepteren voor een door de overheid vastgesteld basispakket. Daarbij geldt een verbod op verschil



- in premie op grond van aan de persoon gerelateerde factoren. Er komt een risicovereveningssysteem, dat verzekeraars compenseert voor verschillen in risicoprofielen. Het wordt gevoed met werkgevers- en rijksbijdragen.
- De inkomenssolidariteit krijgt vorm door het invoeren van een loongerelateerde werkgeversbijdrage en een wettelijke zorgtoeslag (zie hieronder).
  - Er is een wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars.
  - Zorgverzekeraars krijgen te maken met specifiek toezicht en daaruit voortvloeiende informatieverplichtingen.
  - Marktprikkels, keuzemogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid krijgen als volgt gestalte:
    - Er is een nominale premieheffing. Ook komt er per 1 januari 2005 een no-claim teruggaveregeling in de ZFW, die model zal staan voor de Zvw. Deze teruggaveregeling prikkelt tot doelmatige zorgconsumptie. Overigens past ook het invoeren van een «wegblijftarief» – de verzekerde moet betalen wanneer hij of zij een geplande afspraak niet nakomt – in de toedeling van verantwoordelijkheden aan verzekerden zoals wij die beogen.<sup>1</sup>
    - Zorgverzekeraars lopen risico over het uitvoeren van de verzekering. Ook mogen zij winst maken.
    - Het samenbrengen van particuliere verzekeringen en ziekenfondsen maakt de zorgverzekeringsmarkt inzichtelijker voor onder meer de verzekerden.
    - Het verzekerde pakket is transparant en verzekerden kunnen jaarlijks overstappen naar een andere verzekeraar. Dit vergroot de concurrentie tussen zorgverzekeraars.
    - Zorgverzekeraars krijgen meer ruimte om de verzekeringsprestaties vorm te geven door aanspraken niet langer te koppelen aan bepaalde zorgaanbieders, maar functiegericht te omschrijven. Ook mogen zorgverzekeraars binnen zekere grenzen naast een «naturopolis» een «restitutiepolis» of een mengvorm van beiden aanbieden. Deze ruimte voor zorgverzekeraars vergroot de mogelijkheden tot het bieden van maatwerk aan verzekerden.
    - Verzekerden kunnen kiezen uit een aantal polisvormen en voor een vrijwillig verhoogd eigen risico.

Het kabinet voert per 1 januari 2006 een wettelijke zorgtoeslag in. De zorgtoeslag voorkomt dat iemand een groter deel van zijn gezinsinkomen aan premies voor de standaardverzekering betaalt dan wat aan de hand van de regeling als aanvaardbaar wordt berekend. De zorgtoeslag compenseert de lasten van premies die daar bovenuit gaan. Maatgevend voor de zorgtoeslag zijn niet de premies die de burger feitelijk betaalt, maar het gemiddelde van de premies «in de markt». Dit stimuleert burgers om kritisch te zijn over de aangeboden verzekeringspolissen.

Het invoeren van de standaardverzekering heeft naast het samenbrengen van marktprikkels en publieke belangen ook andere voordelen. Zo neemt het inkomenseffecten weg voor verzekerden die nu van het ziekenfonds naar een particuliere verzekering over moeten gaan of vice versa. Ook is de standaardverzekering van belang voor het overhevelen van de op genezing gerichte zorg van de AWBZ naar het tweede compartiment, onder meer het oog op een risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars.

De standaardverzekering combineert met de voorgenomen invulling positieve elementen van de huidige ziekenfondsverzekering met sterke kanten van de particuliere verzekeringen. De vergelijking van de Zvw met de bestaande verzekeringen ziet er op hoofdlijnen als volgt uit:

---

<sup>1</sup> Invoering door het College Tarieven Gezondheidszorg is voorzien per 1 mei aanstaande.

	Overstap- mogelijk- heid	Keuze- ruimte polis	Vrijwillig eigen Risico	Risico- dragende uitvoering	Winst- beogende uitvoering	Inkomens- gerelateerde premies
<i>Particulier</i>	Gering	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
<i>WTZ</i>	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
<i>ZFW</i>	Ja	Nee	Nee	Deels	Nee	Deels
<i>Publiekrechtelijke regeling ambtenaren</i>	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Deels
<i>Zvw</i>	Ja	Deels	Ja	Ja (niet direct volledig)	Ja	Deels

Het Zvw-wetsvoorstel is in voorbereiding. Het kabinet is van plan dit voorstel op een zodanig tijdstip aan uw Kamer aan te bieden, dat de behandeling zo kort mogelijk na het zomerreces 2004 kan beginnen. Tevens ontvangt uw Kamer dan het voorstel voor het invoeren van de zorgtoeslag. Het parlement krijgt daarna ook voorstellen voor een Invoeringswet en een aantal verdragsaanpassingen.

#### *4.4 Betere (informatie-)positie van patiënten en verzekerden*

Een aantal van de hiervoor genoemde maatregelen wil burgers meer keuzemogelijkheden geven bij het aanbod aan zorg, zorgverzekeraars en polissen; dit laatste binnen de grenzen van de standaardverzekering. De keerzijde hiervan is dat burgers als zorgvrager en verzekerde te maken krijgen met een ingewikkelder aanbod. Het verstrekken van goede, onafhankelijke informatie is nodig om hun positie ten opzichte van verzekeraars en aanbieders van zorg te versterken. Daarbij wordt samengewerkt met de Consumentenbond en het NPCF.

- Sinds enige tijd wordt gewerkt aan een openbaar gegevensbestand met vergelijkende informatie over de verzekeringen. We willen dit bestand verder ontwikkelen gericht op de introductie van de standaardverzekering. Naast informatie over polissen en polisvoorwaarden gaat het informatie bevatten over het zorginkoopbeleid van verzekeraars, te beginnen met de dbc's. Ook moet het duidelijkheid gaan bieden over de kwaliteit van de zorg door een relatie te leggen met reeds beschikbare databestanden. Deze informatie dient niet alleen via internet beschikbaar te komen, maar ook langs andere weg zoals via ouderenadviseurs.
- Verder wordt gestreefd naar het bundelen van internetinformatie over het zorgaanbod.
- De Zorgautoriteit kan waar mogelijk, nuttig en nodig verzekerden (vergelijkende) informatie verstrekken over het presteren van zowel aanbieders als zorgverzekeraars op de zorgmarkten. De Zorgautoriteit kan hierbij bijvoorbeeld gebruik maken van informatie uit prestatievergelijkingen.
- In 2005 wordt, onder verantwoordelijkheid van het Nationaal Instituut voor ICT in de Zorg (NICTIZ), een landelijk elektronisch medicatiedossier (EMD) ingevoerd. Dan heeft de overheid ook de daarvoor benodigde identificatie van zorgvragers en zorgaanbieders geregeld. Het EMD wordt vervolgens uitgebouwd tot een volwaardig elektronisch patiëntendossier. Het EMD vermindert de administratieve lasten in de zorg. Voor patiënten is het belangrijk dat het EMD de kans op medische fouten reduceert en inzage biedt in de eigen dossiers. Daartoe loopt een experiment in Nijmegen.
- Partijen in de zorg moeten ook bijdragen aan een sterke positie voor patiënten en verzekerden. Zo kan de verzekeraarsbranche de administratieve rompslomp voor verzekerden beperken bij het overstappen naar een andere verzekeraar. Ook zouden verzekeraars in samenwerking met vertegenwoordigers van patiënten/consumenten de alge-

mene voorwaarden kunnen vaststellen waaraan verzekerden rechten kunnen ontlenen.

#### 4.5 *Betere informatie en kennisuitwisseling*

De komende jaren wordt op een aantal manieren de informatie over het zorgaanbod en de zorgverzekeringen vergroot. Het kabinet wil daarmee de positie van verzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders versterken. Ook moet kennisuitwisseling een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorgverlening bevorderen. Tevens kan de overheid met de informatie de werking van het systeem van gereguleerde marktwerking verantwoorden. Concreet gaat het om de volgende maatregelen:

- De WTG ExPres biedt een wettelijke grondslag voor onderlinge gegevensverstrekking tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Dit kan een basis vormen om prestatiebeschrijvingen, zoals de dbc's, goed bij te houden. Ook verplicht de WTG ExPres om prestaties en tarieven bekend te maken, alsmede transparante en controleerbare declaraties.
- De informatiebepalingen in de ZFW worden gewijzigd vanwege het introduceren van dbc's om te regelen dat informatievoorziening en privacybescherming goed samen gaan. De dbc's zijn een belangrijke bron voor data over de geleverde zorg.
- In 2004 komt een overzicht gereed van prestatie-indicatoren voor aanbieders en verzekeraars. Dit overzicht helpt met name de overheid om het presteren van de zorgsector te kunnen bepalen.
- Het programma «Sneller beter» is van start gegaan. Dit jaar starten experimenten met prestatievergelijking van ziekenhuizen en huisartsenzorg. Tevens stimuleert het programma het uitwisselen van kennis en ondersteuning op het terrein van logistiek, kwaliteit, innovatie, doelmatigheid en transparantie.<sup>1</sup>

#### 4.6 *Minder administratieve lasten*

De administratieve lasten in de zorg dienen voor 2007 met een kwart te zijn verminderd. In april 2004 bieden wij de voornemens van VWS op dit punt aan bij uw Kamer. De voorgenomen aanpassingen van de wetten die de structuur van de gezondheidszorg bepalen, zoals de WTG ExPres en WTZi, zullen hieraan bijdragen, evenals de voorgenomen investeringen in ICT. Ook kan betere onderlinge gegevensuitwisseling tussen toezichthouders als de Zorgautoriteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) bijdragen aan het verminderen van de voor het toezicht op te vragen gegevens.

#### 4.7 *Op marktwerking toegesneden regels en toezicht*

De overheid blijft verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg en moet bewerkstelligen dat het gezondheidszorgsysteem goed is ingericht en werkt. Effectief toezicht is een belangrijke voorwaarde voor gereguleerde marktwerking. De huidige gedetailleerde regels voor individuele aanbieders en ziekenfondsen moeten plaatsmaken voor toezicht op het ordentelijk functioneren van de zorgmarkten. Tevens dient de overheid toe te zien op de kwaliteit van het zorgaanbod. Ook houdt de overheid toezicht op de uitvoering van de verzekering. Op al deze terreinen moet het toezicht worden versterkt. Het toezicht dient plaats te vinden op basis van heldere en toetsbare criteria. Tegelijkertijd moet «stapeling» van het toezicht worden voorkomen, waarbij verzekeraars en aanbieders te maken hebben met een groot aantal afzonderlijke toezichthouders. Wij willen het aantal zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) dat is belast met regulering en toezicht verminderen. Wij voorzien de volgende maatregelen:

- De omslag naar gereguleerde marktwerking moet op de diverse zorg-

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, kamerstuk 28 439, nr. 3.

markten worden begeleid op het punt van prijsregulering en toezicht op mededingingsaspecten en fusies tussen organisaties (concentratietoezicht). De prijsregulering vindt plaats op basis van een beoordeling per deelmarkt in de zorg. Vervolgens worden de maatregelen vastgesteld die nodig zijn voor een reële, transparante prijsvorming en tot slot worden de criteria gedefinieerd voor het toezicht. Dit is een dynamisch proces dat nu reeds vorm krijgt onder de vlag van het «College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit in oprichting» en dat vanaf 2006 door een Zorgautoriteit wordt uitgevoerd. Om de wijziging in het (prijs-)ordeningsbeleid te markeren gaat het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) op in de Zorgautoriteit. De WTG Expres zet de eerste stappen naar deze aanpassing en legt de wettelijke basis voor de onderlinge gegevensuitwisseling tussen toezichthouders. Uiteindelijk moeten de prijsregulering en het mededingings- en concentratietoezicht worden gebundeld. Wij willen de sectorspecifieke toezichthouder in 2008 of zoveel eerder als mogelijk is bij de NMa onderbrengen, bij voorkeur in de vorm van een «zorgkamer». Over de voornemens met betrekking tot de Zorgautoriteit hebben wij uw Kamer eerder per brief geïnformeerd.<sup>1</sup>

- De nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden voor de planning en bouw van instellingen moet wettelijke waarborgen kennen voor goed bestuur en goede bedrijfsvoering van zorginstellingen. Deze waarborgen komen in een AMvB op grond van de WTZi. Daarnaast onderzoeken wij of een regeling nodig is voor instellingen, die door hun slechte financiële positie niet bij het Waarborgfonds terecht kunnen. Tevens willen wij dit jaar in een nota aan uw Kamer ingaan op de spelregels waaraan zorgondernemingen zich moeten houden om toelating te krijgen en behouden tot de zorgmarkten. Die gaan onder meer over het verantwoorden van de geleverde kwaliteit van zorg.
- De IGZ heeft enkele jaren geleden geconcludeerd dat de Kwaliteitswet nog te ver verwijderd is van de beoogde werking. Dat heeft ertoe geleid dat de inspectie zich sterker is gaan richten op het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg, onder andere door meer risico-gericht toezicht. De bestaande inspectiecapaciteit wordt de komende jaren sterker ingezet op de toezichtstaak. Verder heeft de inspectie de opdracht gekregen om in 2007 circa 30% meer output te realiseren dan in 2003. Deze taakstelling wordt momenteel uitgewerkt. Mede vanwege de toenemende marktwerking in de zorgsector is extra aandacht nodig voor de veiligheid en kwaliteit van de zorgverlening. Enerzijds komt marktwerking onvoldoende van de grond als de vragers naar zorg (burgers, verzekeraars) te weinig weten van de kwaliteit. Anderzijds mogen sterkere financiële prikkels niet leiden tot het verminderen van de kwaliteit van de zorg. De aandacht voor het kwaliteitsbeleid binnen de verschillende zorgsectoren krijgt de komende jaren een extra impuls. Tegelijkertijd wordt ook het toezicht op kwaliteit aangescherpt. U bent over de aanpak in de ziekenhuissector op de hoogte gebracht. Rapportages over de aanpak in andere sectoren volgen dit jaar.<sup>2</sup>
- De afgelopen jaren is de verantwoording door zorgverzekeraars reeds vernieuwd. Op dit moment passen wij de regulering van de uitvoering van de verzekering en het toezicht hierop aan. De uitkomsten hiervan worden verwerkt in de Zvw.
- De wijzigingen in de regulering en het toezicht hebben consequenties voor de huidige organen, die zijn belast met regulering en toezicht. Dit raakt zowel het ministerie van VWS als de ZBO's. Deze gevolgen zijn integraal onderdeel van de hierboven geschetste aanpak. Wij streven ernaar begin 2005 een voorstel aan te bieden aan uw Kamer voor een wettelijke regeling van de Zorgautoriteit. Tegelijkertijd wordt ook de toezichtstructuur herzien.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, kamerstuk 29 324, nr. 1.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2003–2004, kamerstuk 28 439, nr. 2–3.

## 5. Organisatie en planning

Het herzien van het stelsel gebeurt, waar nuttig en binnen de grenzen van de mededingingsregels, gezamenlijk met organisaties van onder meer patiënten en consumenten, sociale partners, verzekeraars en aanbieders. Het samenwerken betreft zowel de beleidsontwikkeling als het bieden van informatie en het actief ondersteunen van de omslag in het veld. Deze aanpak is onder meer al gebruikt bij het ontwikkelen van dbc's, het programma «Sneller Beter», de prestatiegerichte bekostiging voor huisartsen en het nieuwe geneesmiddelenbeleid. De praktische invulling verschilt afhankelijk van de deelmarkt of het instrument. Zo wordt bij de beoogde ontwikkeling van informatie voor patiënten/verzekerden samengewerkt met de Consumentenbond en het NPCF. Ook komen er aanjaagteams voor een nieuwe aanpak in de eerstelijnszorg. Om de invoering van de Zvw goed af te stemmen komt er een implementatiegroep met verzekeraars en wordt veelvuldig met andere partijen overlegd.

Het aanpassen van het stelsel vraagt ook veel van de overheid op het punt van regelgeving en het voorbereiden van de uitvoering. Zo moet het vereveningssysteem worden aangepast aan introductie van de Zvw en de GGZ-overheveling. Tevens vinden wij het een taak van de overheid om alle belanghebbenden goed te informeren over de wijzigingen door nieuwe wetgeving zoals de Zvw-invoering en de introductie van de zorgtoeslag. Daarbij zal zoveel mogelijk worden aangesloten bij de voorlichting door maatschappelijke organisaties.

De partijen in de zorg moeten zich goed kunnen voorbereiden op hun nieuwe verantwoordelijkheden. Hiermee wordt rekening gehouden bij de plannings, zoals blijkt uit het gefaseerd invoeren van de dbc's. Het invoeren van de Zvw vraagt met name veel van verzekeraars, ook al sluit deze invoering aan op de reeks veranderingen de afgelopen jaren in de ZFW en het particuliere segment. Partijen in de zorg moeten bij wetgevingstrajecten tijdig kunnen beschikken over de eisen waaraan de uitvoering moet voldoen; dit mede met het oog op het goed informeren van patiënten/verzekerden. Bijlage 2 bevat een planning van de stelselherziening in de curatieve zorg.

Tenslotte: het kabinet is zich bewust van het hoge ambitieniveau en beseft dat het realiseren van het wetgevingsprogramma mede afhankelijk is van de agenda en werkzaamheden van het parlement. Het kabinet acht die ambitie niettemin gerechtvaardigd gelet op de noodzaak van het aanpassen van het zorgstelsel en het maatschappelijke draagvlak voor de ingezette koers. Wij hopen in goed overleg met uw Kamer te komen tot samenwerking om de noodzakelijke veranderingen tijdig te realiseren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

De Staatssecretaris van Volksgezond, Welzijn en Sport,  
C. I. J. M. Ross-van Dorp