

Vergaderjaar 2004–2005

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 7

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 mei 2005

1. Inleiding

Deze brief gaat in op de toekomstige taken en posities van uitvoerings- en toezichtsorganen in het zorgstelsel. Conform mijn toezegging aan uw Kamer (Motie Omtzigt¹) bieden de staatssecretaris en ik een overzicht aan van het geheel van uitvoeringsorganen en toezichthouders in het nieuwe stelsel.

De keuze voor een nieuw zorgstelsel betekent een verschuiving van verantwoordelijkheden. Verzekeraars en zorginstellingen krijgen meer ruimte om tegemoet te komen aan de wensen van de zorgvrager. Marktprikkels worden ingezet als instrument voor de gewenste doelmatigheid en klantvriendelijkheid. In dit stelsel past een overheid die eindverantwoordelijk is voor de publieke belangen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Daarbinnen doet de overheid een stap terug om veldpartijen de benodigde ruimte te geven om de zorg zo goed mogelijk te organiseren. Dagelijkse sturing van overheidswege maakt plaats voor verantwoording en toezicht op essentiële onderdelen.

De inhoudelijke veranderingen in het zorgstelsel hebben direct gevolgen voor de taken en de werkzaamheden van de organen die zich bezig houden met de uitvoering van en het toezicht op het huidige zorgstelsel². Hoe ziet het model van uitvoeringsorganen en toezichthouders van het nieuwe zorgstelsel er uit? Welke taken en welke organen blijven bestaan in het nieuwe stelsel en welke niet? Met deze brief geven wij u een samenhangend overzicht van de voorgenomen veranderingen voor de bestaande uitvoeringsorganen en toezichthouders in het zorgstelsel.

Het nieuwe zorgstelsel zien wij breed. Het gaat om de ingezette verschuiving van verantwoordelijkheden van overheid naar veldpartijen, die wordt gerealiseerd door ingrepen in de instrumentele wetgeving die naast de verzekeringswetgeving bestaat. Het verder loslaten van de aanbodsturing,

¹ Kamerstukken II, 29 762/29 763, nr. 25.

² Onder zorgstelsel wordt, behalve het verzekeringsstelsel, ook de daarmee samenhangende instrumentele wetgeving begrepen (WTG/WMG, WZV/WTZi).

de bouwbeoordeling en de contracteerplicht en de introductie van prestatiebekostiging zijn ingrepen die leiden tot een wezenlijk andere verdeling van verantwoordelijkheden in de zorg. Bij een terugtrekkende overheid past een andere organisatie van die overheid. In zowel de cure als de care worden de veranderingen op het terrein van de zorgaanbieders doorgevoerd. Daarnaast wordt in de cure ook het verzekeringsstelsel herzien. Voor de AWBZ vindt de besluitvorming over het verzekeringsstelsel op een later moment plaats. Voorzover dit verschil tussen cure en care leidt tot relevante verschillen in uitvoering of toezicht, komt dit in deze brief expliciet aan de orde. Het kabinet beraadt zich over toekomst van de AWBZ en de positie van de zorgkantoren binnen de uitvoeringsstructuur van de AWBZ. Nadere besluitvorming op het punt van de taken die het CVZ en CTZ uitvoeren op het terrein van de AWBZ vindt plaats nadat het kabinet zijn standpunt heeft ingenomen over het interdepartementaal beleidsonderzoek naar de Toekomst van de AWBZ.

De veranderingen in de organisatie van overheidstaken zijn grofweg in twee fasen te verdelen. Bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Stichting uitvoering omslagregelingen (SUO), het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) en het College tarieven gezondheidszorg (CTG) zijn de voorbereidingen op het inwerkingtreden van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg al enige tijd gaande. Voor deze organen geldt dat zij per 1 januari 2006 hun nieuwe rol op basis van die wetten moeten kunnen gaan vervullen. Voor het CTG, het CTZ en het CVZ zijn daarbij ook de veranderingen in verband met de modernisering van de AWBZ van grote betekenis voor de invulling van hun taken. Zoals toegezegd in het debat met uw Kamer over het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen, komt in deze brief ook de toekomstige positie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) en het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) aan de orde. De herstructurering bij deze colleges is het gevolg van het geleidelijk loslaten van de aanbodplanning en van de bijbehorende deregulering van bouwprocedures¹ en introductie van prestatiebekostiging² in de cure en in de care. Deze veranderingen krijgen hun beslag in de jaren tot aan 2012.

De staatssecretaris en ik willen onze waardering uitspreken voor de wijze waarop de hiervoor genoemde colleges hun taken vervullen. Deze waardering geldt ook voor de constructieve bijdrage van de colleges aan de verschillende omvormingstrajecten die gaande zijn. Wij hebben er dan ook veel vertrouwen in dat wij gezamenlijk komen tot het in deze brief geschetste model voor de uitvoering en het toezicht in de zorg.

De herstructurering van de positie en taken van de uitvoerings- en toezichtorganisatie is primair ingegeven door de beleidsmatige keuze van het kabinet om de verantwoordelijkheden meer bij de veldpartijen te leggen. Een andere rol van de overheid betekent dat er overheidstaken verdwijnen, terwijl van sommige taken het belang juist toeneemt. Deze brief biedt een overzicht van overheidstaken in het nieuwe stelsel en geeft weer wie welke *taken* uitvoert. De verandering in overheidstaken raakt de algemene visie van het kabinet op bestuurlijke vernieuwing heel nauw. De wens tot bestuurlijke vernieuwing maakt dat zelfstandige bestuursorganen kritisch tegen het licht worden gehouden. Bij de keuze voor *positionering* van overheidstaken komt daarom de vraag aan de orde of de resterende overheidstaken nog wel bestuurlijk op afstand van de minister van VWS moeten worden geplaatst. Het kabinetsstandpunt ten aanzien van het interdepartementaal beleidsonderzoek naar verzelfstandigde organisaties op rijksniveau (IBO VOR) leidt tot een nieuw kader voor verzelfstandiging van overheidstaken³. Met het oog op de gewenste bestuurlijke vernieuwing zullen alle zelfstandige bestuursorganen op het terrein van VWS getoetst worden aan dit nieuwe kader. Het schetsen van

¹ Zoals vastgelegd in het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen (WTZi), Kamerstukken I, 27 659.

² Kamerstukken II 2004–2005, 27 659, nr. 52.

³ Brief van de minister van BVK «Aanbieding kabinetsstandpunt over het rapport «Een herkenbare staat: investeren in de overheid» van de IBO-werkgroep Verzelfstandigde Organisaties op Rijksniveau», van 26 mei 2005, kenmerk: 2005–86530.

het beoogde model voor uitvoering en toezicht in het nieuwe zorgstelsel kan daar echter niet op wachten. De geschetste veranderingen zijn al in gang gezet, taken en werkzaamheden van de betrokken colleges veranderen nu al. De verschuiving van taken vraagt veel van de direct betrokken overheidsorganen. Zij moeten zich in relatief kort tijdsbestek nieuwe taken eigen maken, en nieuwe rollen gaan vervullen. Om in dat korte tijdsbestek te kunnen werken aan het neerzetten van een effectieve en slagvaardige organisatie, moeten de betrokken organisaties zich goed kunnen voorbereiden. Zij moeten daarvoor tijdig weten welke taken zij de komende jaren (nog) hebben en welke positie zij in het totale model innemen. Op een later tijdstip zal ik aangeven hoe ik het dan vastgestelde kabinetsstandpunt IBO VOR zal gaan toepassen op de zelfstandige bestuursorganen in de zorgsector. In die latere fase neemt het kabinet ook een besluit over de positionering van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Bij deze afweging zullen de standpunten van het kabinet over de toekomst van de AWBZ en over het nieuwe verzelfstandigingskader voor zelfstandige bestuursorganen van invloed zijn.

2. Samenvatting: uitvoering en toezicht in het nieuwe zorgstelsel

De visie van het kabinet op de werking van het nieuwe zorgstelsel resulteert in een moderne en sobere organisatie van de uitvoering en het toezicht in de zorg¹. Aangesloten is bij het gedachtegoed van het WRR-rapport «Bewijzen van goede dienstverlening»². Het CVZ wordt omgevormd tot pakketbeheerder, wat maakt dat bij dit college taken verdwijnen. Het huidige CVZ wordt in afgeslankte vorm voortgezet. Het CTZ en het CTG worden samengevoegd en omgevormd tot Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die de rol krijgt van sectorspecifiek markttoezichthouder. De Inspectie voor de Gezondheidszorg behoudt haar bestaande toezicht houdende taken op het terrein van de kwaliteit van de zorg. Verder hebben de gemaakte keuzes tot gevolg dat de SUO en het CBZ geen toekomst hebben als zelfstandig bestuursorgaan in het nieuwe stelsel. Door de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet verdwijnen de WTZ- en MOOZ-omslagregelingen en daarmee de taak van de SUO als uitvoerder van deze regelingen. Met het op termijn afschaffen van vergunningverlening bij de bouw van zorginstellingen verdwijnt de belangrijkste wettelijke taak van het CBZ, en daarmee het bestaanrecht van het CBZ als zelfstandig bestuursorgaan. Vanwege het streven naar een sober, modern model voor uitvoering van overheidstaken is er geen toekomst voor het CSZ als zelfstandig bestuursorgaan. Bij afschaffing van de ZBO-status van het CSZ zullen wij, in nauwe samenwerking met het CSZ, zorgdragen voor een goede positionering van de huidige taken van het CSZ, waaronder het verlenen van goedkeuring bij verkoop van onroerend goed. Hierbij zullen wij het kabinetsstandpunt ten aanzien van het interdepartementaal beleidsonderzoek naar verzelfstandigde organisaties op rijksniveau (IBO VOR) betrekken.

Bij de nadere uitwerking van de notitie Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg kan naar voren komen dat de uitvoerende overheidstaken ten aanzien van instellingen in financiële problemen en het verlenen van transitiesteun positionering op bestuurlijke afstand van de minister van VWS verdienen.

In de onderstaande figuur wordt het model van de uitvoerings- en toezichtstructuur op het nieuwe zorgstelsel schematisch weergegeven³.

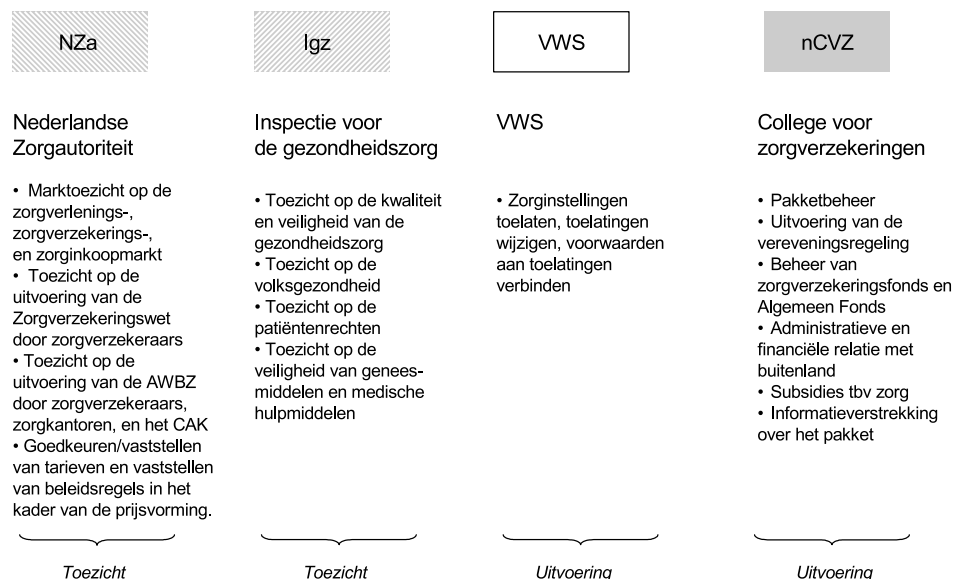
¹ Het zorgstelsel omvat zowel de AWBZ als de Zorgverzekeringswet.

² Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Amsterdam University Press, Amsterdam 2004.

³ Het CSZ verricht momenteel twee wettelijke taken: het uitvoeren van de planschade-compensatie en het verlenen van goedkeuring bij verkoop van onroerend goed. De eerste taak zal op termijn verdwijnen. Met betrekking tot de goedkeuring bij verkoop onroerend goed geldt dat bij de afschaffing van de ZBO-status van het CSZ zorg zal worden gedragen voor de toekomstige positionering van deze taak.

Bij de uitwerking van de nadere vormgeving van de saneringstaak en de transitiesteun wordt ook de positionering van deze taken betrokken. Deze taken zijn nog niet in dit schema opgenomen.

Figuur: Uitvoerings- en toezichtstructuur nieuw zorgstelsel:



Het kabinet kiest hiermee voor een structuur waarbij het CVZ en de NZa vooralsnog de status van zelfstandig bestuursorgaan hebben. Ten aanzien van de NZa is in de brief van 10 september 2004 al aangegeven dat het kabinet vindt dat de NZa een zelfstandig bestuursorgaan moet zijn¹. Deze positionering als zelfstandig bestuursorgaan is in lijn met de positionering van vergelijkbare markttoezichthouders². Essentieel bij deze keuze is dat het kabinet van mening is dat het voorkomen van belangenverstrengeling en politieke bemoeienis bij besluiten in individuele gevallen voorop moet staan. Zo wordt ook voorkomen dat oordelen van de NZa oneigenlijk worden beïnvloed. De status van het CVZ als zelfstandig bestuursorgaan is, tegen het licht van de bestaande instellingsmotieven voor zelfstandige bestuursorganen, overgenomen in het wetvoorstel Zorgverzekeringswet. Het CVZ en de NZa hebben beide rechtspersoonlijkheid. De bestuursleden worden benoemd door de minister van VWS. Het bestuursreglement, het jaarplan (begroting en werkprogramma) en de jaarrekening zijn aan goedkeuring door de minister van VWS onderworpen. De minister van VWS kan voorts aanwijzingen geven over de werkwijze en taakuitoefening. Ten slotte kunnen besluiten van zelfstandige bestuursorganen worden vernietigd en kan ingegrepen worden bij taakverwaarlozing. De ministeriële verantwoordelijkheid richt zich hier op het functioneren van zelfstandige bestuursorganen en het systeem als zodanig, maar de minister van VWS is niet verantwoordelijk voor de besluitvorming in individuele gevallen. De IGZ is, als onderdeel van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, een onderdeel van het departement met eigen wettelijke taken die zelfstandig worden uitgevoerd. Deze status van de inspectie verandert door de veranderingen in het zorgstelsel niet ten opzichte van de bestaande situatie. De IGZ is in het kader van de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de zorg belast met drie hoofdtaken: onderzoek, toezicht en advisering. De IGZ heeft als onderdeel van het Staatstoezicht op grond van de wet relatieve onafhankelijkheid, vergelijkbaar met andere rijksinspecties. Door deze wettelijke gewaarborgde positie is het bestuurlijk op afstand plaatsen van de toezichttaak van de IGZ voor het bereiken van de gewenste onafhankelijkheid ten opzichte van de politiek, niet nodig. De positionering van de IGZ is daarmee in lijn met de positionering van andere rijksinspecties. De adviserende en onderzoekstaken van de IGZ

¹ Kamerstukken II, 2003–2004, 29 324, nr. 3, blz. 3.

² Zoals NMa, OPTA, AFM.

dragen bij aan de voorbereiding van de beleidsvorming door de minister van VWS.

Aangezien de IGZ onderdeel uitmaakt van het departement van VWS gaat het in dit nieuwe model om in totaal drie afzonderlijke bestuursorganen¹; te weten de NZa, het CVZ en de minister van VWS.

Het CVZ en de NZa worden in 2006 aangestuurd door respectievelijk een college van ten hoogste negen leden (CVZ) – momenteel bestaat het CVZ-bestuur uit zeven leden – en een bestuur van ten hoogste drie leden (NZa). In vervolg op de keuze voor het bestuursmodel voor de NZa zullen ook alle overige bestuursorganen die onderwerp zijn van deze brief zo snel mogelijk toegroeien naar de situatie waar maximaal drie bestuursleden verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse aansturing. Onze voorkeur gaat uit naar een fulltime, professioneel bestuur dat leiding geeft aan het bestuursorgaan en direct aanspreekbaar is voor de minister. Het aantal van drie leden is klein genoeg om slagvaardig te zijn en groot genoeg om verschillende deskundigheden in het bestuur te verzamelen. De bezoldiging van de bestuurders van de zelfstandige bestuursorganen in de zorg zal eenduidig worden vastgesteld. Verder zal de openbaarheid van die bezoldiging in nadere regelgeving worden geregeld. Het voorstel is deze openbaarmaking te laten geschieden via de jaarverslaglegging van het betreffende bestuursorgaan, waarbij aansluiting gezocht zal worden bij wat er op dit punt voor zorginstellingen geregeld is². Dit is in lijn met het genoemde kabinetsstandpunt op het IBO VOR, waarin de uitgangspunten ten aanzien van de governance voor zelfstandige bestuursorganen worden aangescherpt.

3. De organisatie van de uitvoering in het nieuwe zorgstelsel

In dit hoofdstuk wordt de positionering van uitvoerende taken in het nieuwe zorgstelsel beschreven. Hoofdstuk 4 gaat in op de positionering van de toezichhoudende taken.

3.1 Uitvoerende taken van het CVZ

Het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet belast het CVZ met drie hoofdtaken, te weten pakketbeheer, financiering (uitvoering van de vereveningsregeling) en fondsbeheer. Het pakketbeheer omvat het rapporteren over ontwikkelingen rond te verzekeren prestaties, het uitbrengen van richtlijnen en het geven van voorlichting. Het CVZ behoudt in dit verband, als gevolg van een amendement van uw Kamer³, zijn adviestaak in geschillen tussen verzekeren en zorgverzekeraars over verzekerde prestaties. De genoemde hoofdtaken gelden zowel voor de Zorgverzekeringswet als voor de AWBZ. De invulling is echter verschillend; het CVZ heeft een sturingstaak richting de uitvoerders van de AWBZ. In het kader van die taak stelt het CVZ beleidsregels en circulaire voor de uitvoerders vast, bijvoorbeeld over de oplegging en inning van eigen bijdragen, de wijze van bevoorschotting van zorginstellingen en het gebruik van uitwisselingsstandaarden (het vervangen van de papierstroom door elektronische gegevensuitwisseling via de AWBZ-brede zorgregistratie). Verder heeft het CVZ in het verlengde van deze sturingstaak kwaliteitskaders voor zorginkoop vastgesteld en werkt het CVZ aan een instrument voor de zorgkantoren om ten behoeve van de zorginkoop de (toekomstige) ontwikkelingen in de zorgbehoefte beter in kaart te brengen⁴. Ten aanzien van de zorgverzekeraars in de zin van de Zorgverzekeringswet ontbreken dit soort sturende bevoegdheden; die passen immers niet bij het private karakter van de zorgverzekering. Naast deze hoofdtaken blijft het CVZ enkele specifieke uitvoeringstaken houden, zoals subsidieverstrekking en de uitvoering van de regeling voor

¹ In paragraaf 5 wordt de transitie van de organen in beeld gebracht.

² RJZ-circulaire van de minister van VWS, verantwoording bezoldiging bestuurders en toezichhouders in jaarverslag, MEVA/ABA/2545603 van 22 december 2004, vindplaats www.jaarverslagenzorg.nl.

³ Amendement van het lid Smilde, Kamerstukken II, 2004–2005, 29 763, nr.45.

⁴ Brief van 19 oktober 2004, Kamerstukken II, 2004–2005, 28 439, nr. 7 en de Voortgangsrapportage Groot Project Modernisering AWBZ (AWBZ/DGB-2581497) van 29 april 2005.

in het buitenland wonende niet-verzekerden en het vervullen van de functie van verbindingsorgaan in verdragsrelaties.

De keuze voor deze rol van het CVZ betekent ook dat het CVZ een aantal taken niet meer uitvoert. In paragraaf 1.1 van de bijlage¹ bij deze brief treft u een overzicht aan van alle veranderingen voor het CVZ.

Een aandachtspunt inzake het pakketbeheer betreft de relatie tussen beslissingen over toelating van geneesmiddelen tot de markt door het College ter beoordeling van geneesmiddelen (CBG) en de advisering door het CVZ aan de minister over de toelating van geneesmiddelen tot het verzekerde pakket. Het CBG kijkt naar kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid van te registreren geneesmiddelen. Het CVZ adviseert op basis van de pakketcriteria (noodzakelijkheid, aantoonbare werking, kosten-effectiviteit en noodzaak van collectieve financiering); het beoordeelt met andere woorden de therapeutische meerwaarde en de farmaco-economische aspecten van geneesmiddelen. Beide colleges komen dus vanuit verschillende invalshoeken tot een beoordeling van geneesmiddelen. In de departementale takenanalyse in het kader van het Project Andere Overheid die momenteel wordt uitgevoerd, is aan de orde of doelmatigheidswinst mogelijk is door de procedures van deze en andere colleges beter op elkaar af te stemmen². In het verlengde van dat traject zal ik hierover met de colleges afspraken maken die erop gericht zijn de belasting te minimaliseren voor de partij die registratie c.q. beoordeling aanvraagt. Ik wil daarbij, mede gelet op het nieuwe verzelfstandigingskader voor bestuursorganen van het kabinet, ook onderzoeken of op de langere termijn integratie van beide taken uit bestuurlijk en wetenschappelijk oogpunt wenselijk is.

3.2 Verschuiving van enkele uitvoerende taken naar het kerndepartement

Het tweede cluster van uitvoerende taken komt in het toekomstige stelsel onder direct beheer van de minister van VWS. Het gaat hier voornamelijk om het toelaten van zorginstellingen, naar zijn aard een taak die niet op afstand dient te worden uitgevoerd. Het toelaten van zorginstellingen die geen bouwvergunning nodig hebben (toelaten zonder bouwregime), wordt in de bestaande situatie en onder de WTZi door het CVZ uitgevoerd. Deze positionering sloot aan bij de functie die het huidige CVZ al jaren op dit terrein vervult. De toelatingstaak past echter niet meer bij de hiervoor beschreven toekomst van het CVZ. Het toelaten van instellingen in het nieuwe zorgstelsel is het verlenen van een vergunning om verzekerde zorg te mogen leveren. Een toegelaten instelling voldoet aan de basisvoorwaarden met betrekking tot transparantie en controleerbaarheid. De toelating is tevens het aangrijpingspunt voor sturing op de organisatie van de zorg, in die gevallen waar de overheid een bijzondere taak heeft om zelf publieke belangen te borgen. Het gaat bijvoorbeeld om het borgen van de bereikbaarheid van acute zorg en om het tegemoet komen aan leefwensen en meer privacy in de care. De aard van deze taak maakt dat het kabinet er voor kiest het toelaten van instellingen in zijn geheel onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS te brengen. Met de positionering bij VWS wordt tevens gerealiseerd dat het toelaten zonder bouwregime (artikel 5, eerste lid, WTZi) en het toelaten mét bouwregime (artikel 5, derde lid, WTZi) in één hand worden gelegd, namelijk bij de minister van VWS. Om deze vereenvoudiging in de uitvoering te realiseren, wordt een wetwijziging voorbereid.

Het CSZ verricht momenteel uitvoerende taken op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen³. Het gaat om het uitvoeren van de planschade-compensatie en het verlenen van goedkeuring bij de verkoop van onroerend goed. Nu de overheid de capaciteitsbeslissingen meer en meer overlaat aan de zorginstellingen zelf en de aanbodplanning loslaat, zal zij in de

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Voortgangsrapportage van de Minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties van 24 november 2004 (Kamerstukken II, 2004–2005, 29 362, nr. 25).

³ De WZV wordt herzien door de WTZi. Dit wetsvoorstel is momenteel in behandeling bij de Eerste Kamer (Kamerstukken I, 27 659, A). Op grond van de WTZi is het CSZ eveneens belast met de in deze paragraaf genoemde uitvoerende taken.

toekomst nauwelijks of geen sluitingsbeslissingen meer hoeven te nemen. Het uitvoeren van de planschadecompensatie is een taak die daardoor op termijn zal verdwijnen. Het verlenen van goedkeuring bij de verkoop van onroerende zaken blijft vooralsnog een overheidstaak¹. Vanwege het streven naar een sober, modern model voor uitvoering van overheids-taken kijkt het kabinet kritisch naar het aantal zelfstandige organen dat zich in het nieuwe zorgstelsel met uitvoering van overheidstaken bezig houdt. Hierbij speelt mee dat het kabinet het aantal overheidsloketten voor zorginstellingen tot het minimum beperkt wil houden. Als laatste maakt de wens tot bestuurlijke vernieuwing dat het kabinet kritisch kijkt naar het bestuurlijk op afstand plaatsen van overheidstaken. Het kabinet is daarom van mening dat er geen toekomst is voor het CSZ als zelfstandig bestuursorgaan. Bij de afschaffing van de ZBO-status van het CSZ zullen wij, in nauwe samenwerking met het CSZ, zorgdragen voor een goede positionering van de huidige taken van het CSZ, waaronder het verlenen van goedkeuring bij verkoop van onroerend goed. Hierbij zullen wij het kabinetsstandpunt ten aanzien van het interdepartementaal beleids-onderzoek naar verzelfstandigde organisaties op rijksniveau (IBO VOR) betrekken.

In de notitie Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg is aangegeven dat het saneringsinstrument opnieuw wordt vormgegeven. Momenteel voert het CTG (samen met het CSZ) de saneringsfunctie uit. De notitie meldt ook dat bij de introductie van prestatiebekostiging voorkomen moet worden dat door het afbouwen van de budgetzekerheden het faillissementsrisico voor een deel van de zorginstellingen te groot wordt. Er kan behoefte zijn aan een nieuw instrument dat aangeduid is als de transitiefaciliteit. In totaal worden er de komende tijd drie overheidstaken uitgewerkt. Het gaat om overheidstaken ten aanzien van instellingen in financiële problemen, de goedkeuring van verkoop van onroerend goed en het verlenen van transitiesteun. De mogelijkheid bestaat dat bij de uitwerking blijkt dat de aard van de taak met zich meebrengt dat de taak positionering op bestuurlijke afstand van de minister van VWS verdient. Bij deze afweging wordt het nieuwe verzelfstandigingskader voor zelfstandige bestuursorganen toegepast. Mocht positionering op afstand van de minister gewenst zijn, dan zal de betreffende taak worden ondergebracht bij een bestaand zelfstandig bestuursorgaan. Dit om geen afbreuk te doen aan de in deze brief beschreven keuze van het kabinet voor een sober model voor de uitvoering van overheidstaken.

3.3 Overblijvende publieke taken op het vlak van de bouw

Een belangrijk onderdeel van het nieuwe zorgstelsel is het afschaffen van de aanbodsturing en de introductie van prestatiebekostiging. In de notitie Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg is de introductie van prestatiebekostiging inclusief kapitaallasten in cure en care beschreven. Hierin wordt uiteengezet dat op het moment dat instellingen afzetrisico gaan lopen over hun investeringen, de bouwbeoordeling kan vervallen. Daarmee vervalt de vergunningverlening voor de bouw van zorginstellingen, de primaire taak van het CBZ, en dus het bestaansrecht van het CBZ als zelfstandig bestuursorgaan. Concreet betekent dit dat aan het CBZ geen ZBO-status meer toekomt wanneer instellingen afzetrisico gaan lopen over hun investeringen. Naar verwachting is dit in 2010 voor de gehele sector het geval. Voor individuele instellingen kan dit eerder zijn, wanneer zij zelf kiezen voor een sneller tijdpad met de daarbij behorende risico's. Bij het opheffen van het CBZ achten wij het wel van belang dat de expertise die bij het CBZ aanwezig is met betrekking tot kwaliteit van gebouwen van zorginstellingen zoveel mogelijk behouden wordt. Dit is mogelijk door het CBZ om te vormen tot een expertise-instituut op een privaatrechtelijke basis. Naast advisering aan veldpartijen kan het

¹ Kamerstukken II, 2004–2005, 27 659, nr. 52.

expertisecentrum ook (na aanbesteding) opdrachten voor de overheid uitvoeren. Het expertisecentrum zal het ook als zijn taak zien om actief innovaties en «best practices» te verspreiden in de zorgsector.

Na de volledige deregulering van het bouwregime in de cure en in de care blijft de overheid verantwoordelijk voor de uitvoering van twee publieke taken op het vlak van de bouw: het toezicht op de kwaliteit van zorg, waar de gebouwenkwaliteit deel van uitmaakt, en het onderhouden van de systematiek voor prestatiebekostiging. Het gaat hier om twee functies die in het nieuwe zorgstelsel behoren tot het takenpakket van respectievelijk de IGZ en de NZa. Het expertisecentrum kan, evenals andere marktpartijen, een belangrijke bijdrage leveren aan een goede uitvoering van de publieke taken door de overheid.

Als gevolg van het op termijn afschaffen van de vergunningverlening vindt er geen toetsing vooraf meer plaats van bouwplannen op functionele kwaliteit en doelmatigheid. Met de introductie van prestatiebekostiging worden zorginstellingen primair zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun huisvesting en voor hun investeringen op dat punt. Het onderhouden van de systematiek van prestatiebekostiging in de cure en in de care is een taak die ook na de volledige deregulering van het bouwregime door de overheid uitgevoerd moet worden. De NZa is verantwoordelijk voor de vormgeving en het onderhoud van de prestatiebekostiging, inclusief normatieve huisvestingscomponenten.

In het nieuwe zorgstelsel zullen zorgverzekeraars en consumenten de zorgaanbieders ook aanspreken op de kwaliteit van hun gebouwen. Zorggebouwen zijn, evenals personeel en technologie, middelen om tot levering van kwalitatief goede zorg te komen. Met andere woorden; de gebouwenkwaliteit maakt onderdeel uit van de kwaliteit van de zorg, waarop de IGZ toezicht houdt. Wij zullen onderzoeken of het instrument van certificering een rol kan spelen bij de borging van de kwaliteit van zorggebouwen, waarbij gekeken wordt of en hoe de gebouwkwaliteit een plaats kan krijgen binnen bestaande certificeringssystemen in de zorg. Voor de verzekeraars en de consumenten geeft een certificaat aan dat de desbetreffende zorginstelling over gebouwen van een voldoende kwalitatief niveau beschikt. Certificering kan eraan bijdragen dat instellingen met minder toezichtlast worden geconfronteerd, als de IGZ het al dan niet hebben van een certificaat betreft bij haar risico-analyse.

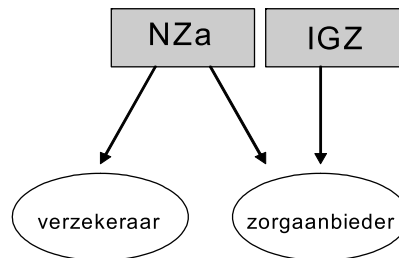
4. De organisatie van het toezicht in het nieuwe stelsel

Het nieuwe stelsel heeft als kenmerken het private karakter van de (uitvoering van de) nieuwe zorgverzekering en de introductie van gereguleerde marktwerking als sturingsinstrument voor doelmatigheid. Deze paragraaf schetst de beoogde toezichtstructuur. Naast gevolgen voor de structuur, heeft verschuiving van verantwoordelijkheid van overheid naar andere partijen betekenis voor de invulling van het toezicht. Daar waar veldpartijen invulling geven aan eigen verantwoordelijkheid past maatschappelijke of publieke verantwoording van uitvoeringsorganisaties over geleverde prestaties naar burgers en gebruikers. Voor het toezicht zou dit kunnen betekenen dat toezicht niet vooraf, maar ook achteraf kan plaatsvinden. Dit laat echter onverlet dat overheid en toezichthouder, daar waar nodig, effectief moet kunnen optreden. VWS ontwikkelt een toezichtkader met uitgangspunten voor de invulling en uitoefening van consistent en toereikend toezicht. Hierna wordt ingegaan op de structuur en de inrichting van het toezicht.

Algemeen toezicht waar het kan en zorgspecifiek toezicht waar het moet... Het kabinet heeft bij het inrichten van het toezicht de balans gezocht tussen algemeen toezicht en sectorspecifiek toezicht. Het kabinet sluit, waar het kan, voor het toezicht op het nieuwe zorgstelsel aan bij generiek toezicht door bestaande toezichthouders. Dat gaat op voor het terrein van mededinging en het terrein van de verzekeraar als financiële instelling. Dat gaat echter (nog) niet op voor de terreinen ontwikkeling van markten en kwaliteit van de zorg. Het nieuwe zorgstel kent daarom twee specifieke toezichthouders: de NZa en de IGZ. Zowel de NZa als de IGZ zijn met meerdere taken belast dan enkel het toezicht. Deze paragraaf betreft de structuur van het toezicht in het nieuwe zorgstelsel en laat de andere taken verder buiten beschouwing.

Twee specifieke toezichthouders vormen de kern van het toezicht in het nieuwe zorgstelsel:

Figuur: Specifiek toezicht in de zorg



de NZa ...

Toezicht op grond van de Mededingingswet biedt te weinig soelaas op markten waar concurrentie nog onvoldoende van de grond is gekomen, zoals in de gezondheidszorg. De Mededingingswet heeft ook onvoldoende instrumenten om die markten te stimuleren en op gang te brengen. Daarom is een speciaal op de sector toegespitste (markt)toezichthouder vereist. De NZa is een op de zorgsector toegesneden toezichthouder. De NZa houdt toezicht op de zorgverlenings-, zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt. In mijn brief van 10 september 2004 over de oprichting van de zorgautoriteit ben ik uitgebreid ingegaan op de beoogde positie en taken van de markttoezichthouder¹. Kort gezegd gaat het om de volgende taken:

- markttoezicht op de zorgverlenings-, zorgverzekerings- en zorginkoopmarkten. Dit betreft zowel het maken en bewaken, als het reguleren van markten, waaronder het reguleren van tarieven. Het gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over keuze-informatie voor consumenten. Verder gaat het over het zorgspecifieke gedragstoezicht op ziektekostenverzekeraars dat ziet op het verkeer tussen consument en ziektekostenverzekeraar. Hierbij valt te denken aan het toezicht op de informatieverstrekking door zorgverzekeraars aan consumenten bij de oriëntatie en het afsluiten van een ziektekostenverzekering;
- toezicht op de goede uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringwet. Hierbij gaat het onder meer om het toezicht op de zorgplicht, de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie;
- toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Centraal administratiekantoor AWBZ.

¹ Kamerstukken II, 2003–2004, 29 324, nr. 3.

Naast deze toezichttaken behoudt de NZa de taken ten aanzien van de prijsvorming.

Over de taken en werkzaamheden van de NZa kom ik nog met u te spreken bij de behandeling van het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg, dat binnenkort bij uw Kamer wordt ingediend. Meer informatie over de bestaande taken en de veranderingen bij het CTG en het CTZ treft u aan in paragraaf 1.2 van de bijlage¹ bij deze brief.

...en de IGZ

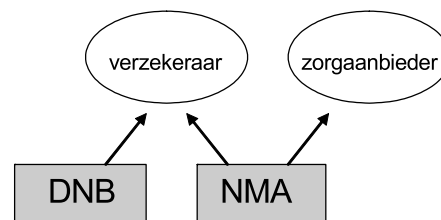
Het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening blijft ook in het nieuwe stelsel essentieel, juist in de omslag naar een nieuw stelsel waarin meer ruimte geboden wordt aan marktpartijen. Het kabinet is van mening dat het benodigde kwaliteitstoezicht een specifiek karakter heeft. Het ligt voor de hand dat, gezien de zorgspecifieke aard van de toezichthoudende taak, de IGZ ook in het nieuwe stelsel deze taak blijft uitvoeren.

De IGZ voert als onderdeel van het Staatstoezicht Volksgezondheid² verschillende taken uit, waaronder toezicht op de risico's en de veiligheid en effectiviteit en patiëntgerichtheid van de zorg. Het toezicht door de IGZ vindt plaats op de volgende domeinen, waarvoor samenhangende inspectieprogramma's zijn ontwikkeld:

1. Binnen het inspectiedomein «toezicht op de volksgezondheid», voert de IGZ inspectieprogramma's uit ten aanzien van algemene preventie en openbare gezondheidszorg, infectieziekten en rampengeneeskunde en psychosociale nazorg rampen.
2. Binnen het inspectiedomein «toezicht op patiëntenrechten», houdt de IGZ toezicht op forensische zorg en vrijheidsbeneming en -beperking.
3. In het inspectiedomein «toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg» gaat het om systeem- en kwaliteitstoezicht – achteraf – op de aanbieders van zorg en verzorging en op de daar werkzame beroepsbeoefenaren. Inspectieprogramma's van de IGZ hebben betrekking op eerste lijnszorg, specialistische somatische zorg, specialistische GGZ en verslavingszorg, thuiszorg en zorgverlening in de thuissituatie, kraamzorg, ouderenzorg en verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg en zorg door alternatieve behandelaars.
4. In het inspectiedomein «toezicht op kwaliteit en veiligheid van geneesen hulpmiddelen en andere producten» voert de IGZ toezichtprogramma's uit met betrekking tot de productie van geneesmiddelen en lichaamsmateriaal, toepassingsveiligheid geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

Binnen deze inspectieprogramma's oefent de IGZ voor dat terrein het algemeen preventief toezicht uit, het thematisch toezicht, het interventietoezicht, de adviesfunctie, de wettelijke registratiefunctie en de afhandeling van meldingen en ernstige klachten. De invoering van het nieuwe zorgstelsel en de modernisering van de AWBZ verandert de positie van het kwaliteitstoezicht door de IGZ niet. Deze brief blijft ten aanzien van de IGZ beperkt tot de beschrijving van de taken en de rol van de IGZ in het nieuwe model van uitvoering en toezicht.

Figuur: Algemeen toezicht in de zorg



¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Artikel 36 Gezondheidswet.

Naast specifieke toezichthouders zijn er twee algemene (generieke) toezichthouders.

Waar geen zorgspecifieke toezichthouders nodig zijn, sluit het kabinet aan bij het generieke toezicht zoals uitgevoerd door bestaande toezichthouders. Het nieuwe zorgstelsel heeft te maken met twee algemene toezichthouders: de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en De Nederlandse Bank (DNB). De NMa houdt toezicht op het naleven van de Mededingingswet door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Hierbij gaat het om toezicht op het kartelverbod, toezicht op het verbod op misbruik van een economische machtspositie en fusiecontrole. DNB verleent vergunningen aan aspirant-verzekeraars en houdt toezicht op de vergunningvoorwaarden voor en de solvabiliteitseisen aan zorgverzekeraars.

Van belang voor het totaaloverzicht van toezicht in de zorg is de afbakening met het generieke toezicht door de Autoriteit Financiële Markten (AFM). De AFM is belast met het zogeheten gedragstoezicht op financiële markten. Hierbij gaat het om de basisvereisten waaraan financiële dienstverleners moeten voldoen. Het aanbieden van verzekeringen tegen ziektekosten is een financiële dienst en valt onder het toezicht op de financiële markten. Financiële dienstverleners zijn verplicht hun (aspirant) klanten goed en zorgvuldig te informeren over de producten die zij aanbieden. Daartoe legt de wet de verzekeraar gedrageregels op die hij in acht moet nemen in zijn relatie met de (aspirant)verzekerden. Voor de zorgverzekeraars gaat het onder meer om een goede voorlichting over de polis en goede informatie aan aspirantverzekerden bij de verkoop van verzekeringspolissen en bijbehorende premies. Hiermee is wettelijk geborgd dat de distributie door verzekeraars op een voor de consument duidelijke en betrouwbare manier gebeurt. Met het wetsvoorstel Wet op het financieel toezicht¹ (WFT) worden de verantwoordelijkheden van de diverse financiële dienstverleners in één wet vastgelegd. Zoals in de brief van 10 september 2004² over de oprichting van de NZa is geschreven, is het de bedoeling van het kabinet om de NZa volledig verantwoordelijk te maken voor het zorgspecifieke gedragstoezicht op de zorgverzekeraars. Voor zover het bepalingen betreft die relevant zijn voor het zorgspecifieke gedragstoezicht op ziektekostenverzekeraars worden die bepalingen overgenomen in het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg. Dit betekent dat in beginsel de NZa belast zal zijn met dit toezicht. Tot het terrein van de AFM horen zaken als het toezicht op de vakbekwaamheidseisen aan het personeel en gedragsregels bij het adviseren van cliënten. Waar raakvlakken ontstaan, zorgen de NZa en de AFM voor de noodzakelijke afstemming. Dit gebeurt door middel van samenwerkingsprotocollen. Volledigheidshalve vermelden wij hier ook de brief van de Staatssecretaris van Economische Zaken over «Wetgeving toezicht consumentenrecht»³, waarin is aangegeven dat de Consumentenautoriteit samenwerkingsprotocollen sluit met onder meer de NZa.

Modern toezicht geschiedt met onderlinge samenhang

Het kabinet is verantwoordelijk voor een samenhangend en sober toezicht en zorgt voor samenwerking tussen de toezichthouders in het nieuwe zorgstelsel. Toezichthouders stemmen hun activiteiten af in de vorm van samenwerkingsprotocollen. Daarnaast voorziet het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg erin dat toezichthouders hun informatie delen om zo ook de (administratieve) lasten voor de ondertoezichtgestelden te beperken.

¹ Kamerstukken II, 29 708.

² Kamerstukken II, 2003–2004, 29 324, nr. 3.

³ Brief «Wetgeving toezicht consumentenrecht» van 29 april 2005.

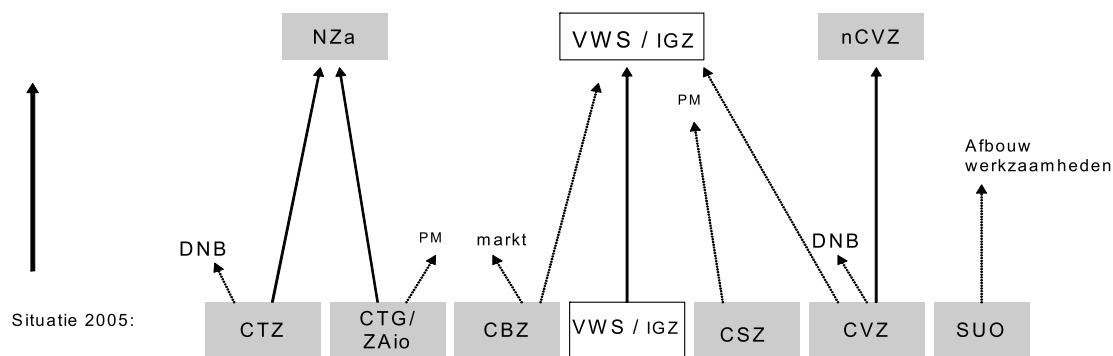
5. De omvorming van de huidige zelfstandige bestuursorganen naar een nieuw model voor uitvoering en toezicht

Het kabinet realiseert zich dat het ingezette beleid van grote betekenis is voor het personeel van de betrokken bestuursorganen. Zelfstandige organen verdwijnen, taken worden afgebouwd of verschuiven, werkzaamheden veranderen. Voor een aantal medewerkers geldt dat hun werkzaamheden niet langer in het publieke domein worden uitgevoerd, voor anderen is een verhuizing naar een andere werkgever, een ander gebouw aan de orde. De staatssecretaris en ik zijn hierover in goed overleg met de colleges, die zich op hun beurt inspannen voor de belangen van hun medewerkers. Mede gelet op deze personele consequenties wordt het hier geschetste herstructureringstraject met grote zorgvuldigheid vormgegeven.

De omvorming naar een nieuw model voor uitvoering en toezicht die het kabinet in deze brief presenteert heeft grote consequenties voor de bestaande structuur van bestuursorganen in de zorg. In het onderstaande schema is de omvorming van de bestaande zelfstandige bestuursorganen naar de nieuwe organen weergegeven. De stippellijnen staan voor een verschuiving van taken, de doorgetrokken pijlen geven aan dat bestaande taken worden voortgezet. In de bijlage¹ bij deze brief worden de veranderingen per orgaan nader beschreven, waarbij alle nieuwe, verdwijnende of verschuivende taken aan de orde komen.

De omvormingen die het kabinet in deze brief presenteert laten zien dat het bestaande model van zeven organen wordt omgevormd tot een model met drie organen, waarbij het departement van VWS en de IGZ als één orgaan zijn geteld. De IGZ is onderdeel van het departement met eigen wettelijke taken die zelfstandig worden uitgevoerd.

Figuur: Veranderingen in uitvoerings- en toezichtstructuur vanwege nieuw zorgstelsel:



De herstructurering van de zelfstandige bestuursorganen in de zorg is in de tijd gezien in twee fasen uit te splitsen. De eerste fase omvat de veranderingen in uitvoering en toezicht die voortvloeien uit het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet en het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg. De voorziene inwerkingtreding van beide wetten is 1 januari 2006. Dit betekent dat de veranderingen voor de SUO, het CVZ, het CTG en het CTZ ook per 2006 hun beslag krijgen. De herstructurering van het CBZ en CSZ is het gevolg van het geleidelijk loslaten van de aanbodssturing, van de bijbehorende bouwregulering en introductie van prestatiebekostiging. Deze veranderingen krijgen hun beslag in de jaren tot 2012. Dit kan als de tweede fase worden aangemerkt.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Tijdens het wetgevingsoverleg dat ik met uw Kamer voerde op 29 november 2004¹ vroeg de woordvoerder van de CDA-fractie om een vergelijking tussen het huidige aantal medewerkers en het aantal medewerkers van de overheidsorganisatie in de zorg over vijf jaar. De onderstaande tabel geeft een indruk van de personele consequenties van de ingezette veranderingen per zelfstandig bestuursorgaan. Het ingezette beleid en het streven naar een sober, modern model voor uitvoering en toezicht in de zorg leiden de komende jaren tot een afname van het aantal medewerkers van de zelfstandige bestuursorganen die onderwerp zijn van deze brief. Naar verwachting gaat het om een afname van circa 192 fte.

Figuur: Tabel vergelijking fte 2005–2010

	CTG	CTZ (1)	CVZ (2)	CBZ	CSZ	SUO	VWS	totaal
fte 2005	165	69	344	127	8 (5)	17	18	748
	De NZa moet efficiënt en slagvaardig werken. Vanwege de bundeling van verschillende vormen van toezicht zullen synergie-effecten ontstaan. Daar tegenover vergen de nieuwe sectorspecifieke mededingings-taken specifieke kennis. Het is niet op voorhand duidelijk wat de resultante van deze bewegingen zal zijn. In deze kolom is gerekend met de huidige omvang.		Het CVZ effectueert momenteel haar businessplan; dat leidt tot een afname van 49 fte, tot 295 met ingang van 2007. Daarna kunnen verdere verbeteringen van de efficiency en beperkte veranderingen in het takenpakket (als gevolg IBO toekomst AWBZ in relatie tot WMO) resulteren in een totale organisatie van maximaal 290 fte.	De ZBO-status van het CBZ wordt opgeheven, nadat instellingen volumerisico gaan lopen over hun investeringen, naar verwachting in 2010. Het CBZ wordt omgevormd van ZBO tot privaat expertisecentrum. Een nog nader te bepalen aantal fte uit het huidige CBZ gaat over naar dit expertisecentrum, dat geen deel uitmaakt van de overheidsorganisatie per 2010.	Positionering van blijvende taken volgt. Uitgangspunt is geen zbo-status meer. VWS is een mogelijke landingsbaan. Om die reden zijn de huidige 8 fte van het CSZ in deze tabel per 2010 toegerekend aan VWS.	In het afbouwscenario is afgesproken dat het Suo per 2009 ophoudt te bestaan. Per 2007 zijn er nog 11 fte werkzaam bij het Suo. Het CVZ neemt na 2008 de taken over, als dit nog nodig is. Afwikkeling door het Suo vóór 31 december 2008 is echter het uitgangspunt.	VWS heeft 18 fte t.b.v. de uitvoering van de WZV. De toelatingstaak van het CVZ (6 fte) komt naar VWS. Het combineren van taken leidt naar verwachting tot efficiency-winst, waardoor het aantal fte verder kan afnemen. De 8 fte van het CSZ zijn tbv deze tabel vooralsnog aan VWS toegerekend. Mogelijk heeft de uitwerking van de taken m.b.t. instellingen in financiële problemen en transitiesteun nog personele consequenties (PM).	- 192
fte 2010	ca. 234		ca. 290	0 (4)	0	0	ca. 32 + PM (6)	ca. 556
fte 2010 elders ondergebracht	0		per 2006: circa 18 fte elders ivm programmatische preventie en subsidies (3)	Een aantal nader te bepalen fte zal per 2010 in het expertisecentrum zijn ondergebracht	0	Zie kolom VWS	0	18 + PM fte

¹ Het CVZ en CTZ hebben hun ondersteunende diensten gezamenlijk ondergebracht. Dit Dienstencentrum bevat in totaal 96 fte. In deze tabel zijn 80 fte toegerekend aan het CVZ en 16 aan het CTZ.

² Zie voetnoot 1.

³ De programmatische preventie gaat met ingang van 2006 weg bij het CVZ en wordt elders ondergebracht. In verband met het wetsvoorstel WMO verdwijnen subsidieregelingen met ingang van 2006 bij het CVZ, de verantwoordelijkheid gaat over naar gemeenten.

⁴ In 2010 zal een aantal medewerkers van het CBZ zijn ondergebracht in een privaat expertisecentrum. Dat expertisecentrum heeft geen wettelijke taken. Het expertisecentrum krijgt een privaat karakter en wordt na een overgangsfase op basis van opdrachten gefinancierd. De fte die overgaan naar het expertisecentrum maken geen deel meer uit van een overheidsorganisatie in 2010. Om die reden is het resultaat per 2010 in deze tabel 0 fte. Deze omvorming leidt tot verzwaring van taken van IGZ en NZa, wat ook personele consequenties kan hebben.

⁵ Het CSZ schakelt bij de uitvoering van zijn taken deskundigen met specifieke expertise in, de zogenaamde gemachtigden, wanneer de uitvoering van de taken daarom vraagt. De kosten hiervoor komen ten laste van de begroting van het CSZ.

⁶ Momenteel is nog niet duidelijk hoe de uitvoerende overheidstaken ten aanzien van instellingen in financiële problemen en de transitiesteun gepositioneerd worden en welke uitvoeringscapaciteit gemoeid is met deze taken. Het is mogelijk dat de uitwerking van daarvan leidt tot een personele uitbreiding. In deze tabel is deze taak als PM-post opgenomen bij VWS.

Tot zover het overzicht van de veranderingen in uitvoering en toezicht als gevolg van het nieuwe zorgstelsel. Voor een meer uitgebreide beschrijving van alle veranderingen per bestuursorgaan verwijzen wij naar de bijlage² bij deze brief. In deze bijlage wordt per bestuursorgaan beschreven welke taken blijven, verschuiven of verdwijnen. Achtereenvolgens worden de veranderingen voor het CVZ, het CTG en het CTZ, het

¹ Kamerstukken II, 29 762, nr. 25.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

CBZ, het CSZ en tot slot de SUO toegelicht, waarbij tevens de stand van zaken van de verschillende herstructureringsprojecten aan de orde komt.

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

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