

Aanwijzing inzake voorbereiding ziekenhuiszorg 2009

Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 oktober 2007, nr. MC-U-2808582, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake voorbereiding ziekenhuiszorg 2009

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;
Na schriftelijk mededeling gedaan te hebben aan beide Kamers der Staten-Generaal bij brief van 13 juni 2007 (Kamerstukken II, 2006/07, 29 248, nr. 37);

Besluit:

Artikel 1

De Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, treft voorbereidingen ten behoeve van de wijziging

van de bekostiging van zorg als bedoeld in de bijlage bij deze aanwijzing. De zorgautoriteit werkt ten behoeve van die wijziging en voor zover van toepassing het kader zoals geschetst in de bijlage uit. De zorgautoriteit werkt voor zover mogelijk de bekostigingsprincipes uit in beleidsregels binnen het kader zoals geschetst in de bijlage. De zorgautoriteit rapporteert en signaleert de minister over die onderwerpen waarover zij in de bijlage expliciet een rapportage of signalement wordt gevraagd.

Artikel 2

Deze aanwijzing treedt terstond in werking en wordt met de toelichting en bijbehorende bijlage in de Staatscourant geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink.*

Bijlage bij aanwijzing voorbereidingen ziekenhuiszorg 2009

Deze bijlage bevat het kader van de wijziging van curatieve medisch specialistische zorg.

Indeling in segmenten

De definitie van medisch specialistische zorg is dermate breed dat niet alle producten zich lenen voor één en dezelfde wijze van bekostiging. Derhalve worden vier segmenten gehanteerd:

A0	A1	B1	B
Geen prestatie-bekostiging – Beschikbaarheid acute zorg – Academische Component – Opleidingen	Prestatiebekostiging met maatstaf Vaste of maximum-tarieven binnen de maatstaf – WBMV – IC – Dure/wees-geneesmiddelen	Onderhandelbare tarieven binnen de maatstaf	Prestatie-bekostiging met vrije prijsvorming
A0 De prestaties in het A0-segment worden niet rechtstreeks bij patiënten en/of zorgverzekeraars in rekening gebracht. De prestaties betreffen onder andere de beschikbaarheid van spoedeisende hulp, de academische component en de bekostiging van opleiding van medisch specialisten. Het voornemen is om de academische component vanaf 2008 ten laste van het zorgverzekeringsfonds te bekostigen. Opleidingen worden met begrotingsubsidies (opleidingen) bekostigd. Daarnaast is het mogelijk om bekostiging te regelen via een begrotingsartikel.	A1 De bekostiging in het A1-segment geschiedt op basis van prestaties met vaste of maximum tarieven die individueel in rekening kunnen worden gebracht. Het betreft prestaties waarbij volledig vrije prijsvorming vooralsnog niet geschikt wordt geacht. De prestaties in dit segment vallen administratief onder de maatstaf. Dit betekent dat de	maatstaf berekend wordt inclusief het volume en de vastgestelde tarieven van deze prestaties. B1 De bekostiging in het B1-segment betreft prestaties die zich lenen voor onderhandelbare tarieven. De bekostiging in B1-segment geschiedt op basis van prestaties die individueel in rekening kunnen worden gebracht met vrij onderhandelbare tarieven met in achtname van de maatstaf. Met uitzondering van het uurtarief van de medisch specialisten, waarbij normtijden en uurtarief zijn vastgesteld. B De bekostiging in het B-segment betreft prestaties die zich lenen voor onderhandelbare tarieven. De bekostiging in het B-segment geschiedt op basis van individueel declareerbare prestaties met vrije tarieven. Met uitzondering van het uurtarief van de medisch specialisten, waarbij normtijden en uurtarief zijn vastgesteld.	

Met uitzondering van het A0 segment onderhandelen instellingen en (individuele) zorgverzekeraars over de tarieven van de prestaties. De Nederlandse Mededingingsautoriteit ziet er op toe dat betrokken partijen de mededingingswet naleven.

De Nederlandse Zorgautoriteit schaft per 1 januari 2009 de budgetsystematiek af voor curatieve medisch specialistische zorg.

A0 segment

Opleidingen

Deze aanwijzing gaat niet in op veranderingen ten aanzien van het opleidingsfonds.

Academische component

Het beleid voor de academische component verandert niet als gevolg van deze aanwijzing. Dezelfde aanbieders blijven in aanmerking komen voor de academische component.

Beschikbaarheidsvergoeding spoedeisende zorg

Om een goede bereikbaarheid van de spoedeisende zorg te garanderen in de avond-, nacht-, en weekenduren moeten bepaalde aanbieders van medisch specialistische zorg in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsvergoeding. De beschikbaarheidsvergoeding komt aanbieders tegemoet in de kosten van een verantwoorde bezetting op de spoedeisende hulp (SEH). De hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding zal worden bepaald op basis van de kosten van een spoedeisende hulp arts en een gekwalificeerde verpleegkundige in de ANW-uren. De ANW-uren worden gedefinieerd als de periode na 18.00 uur tot 08.00 uur van maandag tot en met vrijdag, de hele zaterdag en zondag en erkende feestdagen.

De kosten van de behandeling (ook indien dit spoedeisend is) komen tot uitdrukking in de tarieven van de DBCs en vallen daarmee niet in het A0 segment, maar in segment A1, B1 of B. Deze DBCs kunnen zowel tijdens kantooruren als in de ANW-uren geleverd worden. De kosten van de behandeling, materiaal, inventarissen en het gebouw worden via DBCs bekostigd. De beschikbaarheidsvergoeding voorziet niet in deze kosten.

De beschikbaarheidsvergoeding voor de SEH in ANW-uren is onderdeel van segment A0. Ik verzoek u de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding te berekenen. Over de wijze waarop de beschikbaarheidsvergoeding betaald wordt aan de aanbieder informeer ik u afzonderlijk. De huidige beschikbaarheidstoelage voor ziekenhuizen kan komen te vervallen.

Om in aanmerking te komen voor de beschikbaarheidsvergoeding zal de aanbieder van medisch specialistische zorg moeten voorzien in een gekwalificeerde bezetting van de SEH in de ANW-uren. Daarnaast moet de aanbieder van medisch specialistische zorg klinische zorg aanbieden door minimaal de 8 poortspecialismen: interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en cardiologie. Deze specialismen fungeren als achterwacht. De inzet van deze specialismen wordt op basis van het uurtarief vermenigvuldigd met de normtijden van de DBCs en de bandbreedte van het uurtarief bekostigd. Daarnaast kan de IGZ aanvullende eisen stellen. Alle aanbieders die aan deze voorwaarden voldoen komen in aanmerking voor de beschikbaarheidsvergoeding.

De huidige SEH locaties functioneren binnen de huidige budgetten. Ik hecht er daarom aan dat de beschikbaarheidsvergoeding macroneutraal wordt ingevoerd: de maatstaf wordt geschoond voor de kosten van de beschikbaarheidsvergoeding.

Traumahelikopter en coördinatiefunctie traumacentra

Het parate Mobiele Medische Team (MMT) met traumahelikopter en de coördinatiefunctie van traumacentra kennen een grote mate van beschikbaarheid. Ik verzoek u daarom voor deze prestaties uit te gaan van een vaste bekostiging in A0. De vaste bekostiging voor de traumahelikopter kan ook voorzien in een deel buitenlandse vluchten. Over de wijze waarop deze vaste bekostiging betaald wordt aan de aanbieder informeer ik u afzonderlijk.

Zware EHBO, multitraumazorg, zorginhoudelijke component traumacentra
De budgettoeslagen voor zware EHBO, multitraumazorg en de zorginhoudelijke component van de traumacentra komen te vervallen. De kosten voor deze zorg dienen bekostigd te worden via DBCs.

Ik hecht er aan om de beschikbaarheid van spoedeisende zorg op een praktische wijze te waarborgen per 2009. Op langere termijn zijn er wellicht andere beleidsopties om de spoedeisende zorg te waarborgen. Mocht de uitvoeringstoets Acute zorgketen tot nadere inzichten leiden die van invloed zijn op bovenstaande keuzes, dan verzoek ik u hier over te adviseren.

A1 segment

Dure- en weesgeneesmiddelen

De bekostiging van de dure- en weesgeneesmiddelen wordt vormgegeven via aparte prestaties in het A1-segment. In deze prestatie wordt rekening gehouden met het soort geneesmiddel, de indicatie en de dosering. Daarnaast is het belangrijk dat er een goede prikkel komt voor de doelmatige inkoop en inzet van dure geneesmiddelen; de Nza wordt verzocht met een voorstel te komen voor het realiseren van een dergelijke prikkel.

Voor de dure geneesmiddelen geldt een vast of maximumtarief per prestatie. Voor weesgeneesmiddelen geldt een vast tarief per prestatie.

Ik wil u vragen om voor het einde van dit jaar te adviseren over de uitwerking van de bekostiging van dure geneesmiddelen.

WBMV zorg

In de praktijk zijn twee soorten WBMV-zorg te onderscheiden: productie gerelateerde en niet productie gerelateerde zorg.

Productiegerelateerde WBMV zorg

De productiegerelateerde WBMV zorg komt in het A1-segment. Gezien het feit dat de WBMV DBCs en de daarbij vastgestelde tarieven nu voor de bekostiging gaan dienen is een verbetering van de tarieven noodzakelijk.

Niet-productiegerelateerde WBMV zorg

De niet productiegerelateerde WBMV functies komen in het A0 segment. Het gaat hierbij onder andere om de artikel 8 functies traumacentra (zie ook beschikbaarheid acute zorg) en de artikel 8 functie transplantatiecoördinator. Ik verzoek u hiervoor de bekostiging uit te werken. Over de wijze waarop betaling plaats vindt aan de aanbieder informeer ik u afzonderlijk.

Intensive Care

De productie op de IC wordt middels apart declareerbare producten met maximum of vaste tarieven ondergebracht in het A1 segment. Ik wil u vragen om eind dit jaar te adviseren over de uitwerking van de IC bekostiging en daarbij ook de MICU's te betrekken.

B1 segment

De Nederlandse Zorgautoriteit voert maatstaven in voor het A1 en B1 segment tezamen. Per instelling kan de hoogte van de maatstaf variëren naar gelang naar de samenstelling van zijn productie en eventueel andere niet-beïnvloedbare omstandigheden. Deze maatstaven zijn een vorm van prijsregulering waarbij ziekenhuizen grotendeels de vrijheid hebben om de tarieven per individuele DBC en/of per verzekeraar te differentiëren, zolang het gemiddelde van de tarieven de per instelling de vastgestelde maatstaf maar niet overschrijft. De maatstaf als zodanig legt geen restricties op aan het volume van de te leveren zorg.

De taakstelling voor 2008 is verwoord in een afzonderlijke aanwijzing en bedraagt structureel € 160 miljoen vanaf 2008. De maatstaven voor de periode 2009–2011 worden zodanig vastgesteld dat, met inachtneming van de bij de invoering van maatstafsystemen te hanteren uitgangspunten en aannames, en rekening houdend met het structurele effect van de kortingsmaatregel 2008 van structureel € 160 miljoen, onderstaande taakstellende efficiencybesparing wordt gerealiseerd.

Tabel: totaal taakstelling 2009–2011 (cumulatieve bedragen in mln. €, prijsniveau 2007)

	2009	2010	2011
Taakstelling ziekenhuizen	-175	-250	-400

De taakstellende efficiencybesparing kon beperkt blijven tot de in de tabel genoemde omvang onder voorwaarde dat nadere afspraken gemaakt kunnen worden over een ICT-impuls van structureel € 100 miljoen van de sector.

Voor de komende kabinetsperiode loopt de ruimte voor extra volumegroei voor medisch specialistische zorg (includ-

sief de instellingen voor overige curatieve zorg) op van € 448 miljoen in 2008 tot € 2.063 miljoen in 2011. Mochten zich echter overschrijdingen voordoen bij de medisch specialistische zorg dan is tussentijdse aanscherping van de maatstaf (evenals pakketmaatregelen en een aanpassing van de eigen bijdrage) niet uitgesloten.

De maatstaven worden per instelling mede gebaseerd op een prestatievergelijking van het historische gemiddelde DBC-tarief en een doelmatige DBC-tarief, waarbij rekening gehouden wordt met de samenstelling van zijn productie en eventueel andere niet-beïnvloedbare omstandigheden. Indien hiermee niet de taakstelling kan worden gerealiseerd, dient het doelmatige DBC-tarief te worden verlaagd. Het feit dat de taakstelling leidend is voor de vaststelling van de maatstaf kan betekenen dat, in tegenstelling tot de uitwerking in de uitvoeringstoets, de doelmatige DBC-prijs niet gebaseerd is op het tarief per DBC van een gemiddeld doelmatige instelling, maar op het tarief per DBC voor een bovengemiddeld doelmatige instelling.

De maatstaf wordt per instelling gecorrigeerd voor de productmix van de instelling. De productmix van een aanbieder is het gewogen gemiddelde van de zwaarte van de DBC-productie. Bij de start kan de NZa de gewichten baseren op de bestaande NZa-tarieven. Voor prestaties waarvoor op dit moment nog geen tarieven beschikbaar zijn, dienen nieuwe gewichten bepaald te worden. De gewichten kunnen gedurende de periode met maatstafstelsel worden aangepast op basis van actuelere gegevens.

De voor productmix gecorrigeerde maatstaf geeft aan welk tarief de instelling gemiddeld maximaal in rekening mag brengen voor haar productie in het A1 en B1 segment.

In aanvulling op de productmix kan de NZa aanvullende omstandigheden meewegen in de vaststelling van de maatstaf. Randvoorwaarden hierbij zijn dat a) deze omstandigheden voor instellingen niet-beïnvloedbaar zijn, b) dat uit prestatievergelijkingen objectief kan worden vastgesteld dat deze omstandigheden de doelmatigheid beïnvloeden, en dat deze omstandigheden nauwkeurig en met beperkte administratieve lasten zijn te meten. Ter bepaling van deze aanvullende correctiefactoren op de maatstaf kan de NZa een consultatieronde met het veld voeren. Daarnaast is het mogelijk dat wijzigingen in de DBC productstructuur nopen tot aanpassing van de maatstaf.

Het is aanbieders verboden meer in rekening te brengen dan hun maatstaf. De NZa stelt vast of een instelling zijn maatstaf overschrijdt. Indien er sprake is van een overschrijding krijgt de NZa de

bevoegdheid de overschrijding van de maatstaf af te romen. Daarnaast kan een boete worden opgelegd.

De berekening van de maatstaf wordt bij voorkeur gebaseerd op realisatiecijfers 2007. De taakstellingen die zijn opgelegd na 2007 moeten worden verwerkt in de maatstaf. De maatstaf worden voor de hele periode van 2009 tot en met 2011 vastgesteld op de realisatiecijfers 2007.

Met inachtneming van bovenstaande taakstelling, verzoek ik u de maatstaven geleidelijk in te voeren, door voor instellingen met een budget (of begrotingsfinanciering) rekening te houden met een uitfasering van het instellingsspecifieke kostenniveau. Zoals u ook voorstelt in de uitvoeringstoets wordt in 2009 gestart met een maatstaf die voor 25% is gebaseerd op het doelmatige kostenniveau en voor 75% op de historische instellingsspecifieke kosten. In 2010 loopt dit op naar 50% doelmatig kostenniveau en 50% historische instellingsspecifieke kosten. In 2011 bedraagt de verhouding in het plafond 75% doelmatig kostenniveau en 25% historische instellingsspecifieke kosten. Zoals hierboven opgemerkt kan het doelmatigheidsniveau hoger uitvallen dan dat van een gemiddelde instelling, en wordt rekening gehouden met instellingsspecifieke omstandigheden.

Voor (nieuwe) aanbieders die niet in aanmerking komen voor een uitfasering van de instellingsspecifieke historische kosten, verzoek ik u de maatstaf vast te stellen die reeds in 2009 uit gaan van een 100% doelmatig kostenniveau.

De tarieven in segment A1 en delen van A0 worden geïndexeerd. Ook de maatstaf wordt geïndexeerd. De indexatie vindt deels plaats op basis van de overheidsbijdrage arbeidsvoorwaarden (OVA) en de consumentenprijsindex (CPI). VWS zal periodiek de OVA en CPI melden aan de NZa en de te hantieren verhouding tussen beide voor de medisch specialistische zorg.

Zowel onder de maatstaf als in een vrije markt zorgt transparantie ervoor dat ziekenhuizen zich op kwaliteit zullen willen onderscheiden. In veel gevallen kan een doelmatige inrichting van het zorgproces samengaan met een betere kwaliteit.

Mochten ziekenhuizen op basis van objectieve kenmerken kunnen aantonen dat ze een betere kwaliteit zorg leveren dan andere ziekenhuizen en dat dit gepaard gaat met hogere kosten, dan zal de NZa in overweging nemen om de maatstaf hiervoor aan te passen.

Het maatstafstelsel is, afhankelijk van de mate waarin vrije prijsvorming tot goede resultaten leidt, een tijdelijke maatregel die per 2012 kan worden beëindigd. Hierover wordt in 2011 duidelijkheid geboden. Verdere uitbreiding van vrije prijsvorming vindt plaats op basis van zorgvuldige tussentijdse evalu-

atie met objectieve criteria. De Nederlandse Zorgautoriteit voert een evaluatie uit naar de werking van de markt.

Zorgzwaarte

Indien op basis van onafhankelijke en objectieve data over patiëntenkenmerken kan worden aangetoond dat er zorgzwaarteverschillen bestaan tussen zorgaanbieders en dat een correctie voor zorgzwaarte noodzakelijk is, dan kunnen elementen van zorgzwaarte worden opgenomen in de DBC-productstructuur. Daarnaast is het mogelijk om de maatstaf per instelling aan te passen voor zorgzwaarte. Hierbij is het van belang dat een dubbele correctie voor zorgzwaarte (via productstructuur én maatstaf) wordt voorkomen.

Ik verzoek u om te zijner tijd te bepalen of zorgzwaarte wordt opgenomen in de maatstaf per instelling. Daarnaast verzoek ik u te bepalen of de opname van zorgzwaarte elementen in de DBC-productstructuur leidt tot aanpassing van de maatstaf per instelling.

Kapitaallasten

Zoals aangegeven in de brief 'Met zorg ondernemen' (MC-U-2783995) wordt het bestaande 'bouwregime' afgeschaft. Instellingen krijgen enerzijds meer vrijheid om naar eigen inzicht bouwinvesteringen te doen, maar hebben anderzijds geen budgetgarantie meer op investeringen die op basis van afgegeven vergunning zijn gerealiseerd. Kapitaallasten gaan integraal onderdeel uitmaken van de tarieven. De kapitaallasten worden op vergelijkbare wijze meegenomen voor het berekenen van de maatstaf als andere kosten. De in de uitvoeringstoets geadviseerde WACC-benadering wordt niet gevolgd.

Dit betekent dat instellingen hun (bouw)investeringen moeten terug verdienen uit de vergoeding voor de prestaties. De NZa monitort de kosten van het aantrekken van vreemd vermogen voor aanbieders.

De NZa vertaalt het afschaffen van het bouwregime naar haar eigen beleidsregels. De beleidsregel instandhoudingsinvesteringen vervalt per 2009. Ook de trekkingsrechten komen te vervallen per 2009.

De NZa-beleidsregel voor instellingen in financiële problemen blijft gehandhaafd in 2008. De NZa past deze beleidsregel zodanig aan dat deze ook van toepassing is op financiële problemen die het gevolg zijn van de wijzigingen in de kapitaallastbepaling en waarover een door de minister in te stellen commissie van wijzen gaat adviseren.

Op advies van CBZ beziet de NZa hoe de tijdsperiode die verstrijkt tussen de afgegeven bouwvergunningen, de eindafrekening en de verwerking in de tarieven door Nza zo kort mogelijk gehouden kan worden. Het doel hiervan

is zoveel mogelijk nog in 2008 te verwerken als de FB systematiek nog bestaat.

Het FB 2008 wordt ten gevolge van in gebruikname van ver- of nieuwbouw in 2008 regulier aangepast en door de NZa in het prijsplafond van de maatstaf. verwerkt

Ik verzoek u aan te geven met welk bedrag het DHAZ-kader geschoond kan worden voor kapitaallasten van UMCs die verbonden zijn met de productie in het B-segment (per 2008) en het A1 en B1 segment (per 2009).

Overig

Kaakchirurgie

De NZa stelt producten vast voor kaakchirurgie conform de DBC systematiek en stelt hierbij op basis van kostprijsonderzoek de zwaarte ten behoeve van de productmixcorrectie vast.

Dubieuze debiteuren

Ik verzoek u de beleidsregel dubieuze debiteuren af te schaffen. Er wordt via het wetsvoorstel stroomlijning financiering medisch noodzakelijke zorg aan illegalen geregeld dat zorg aan illegalen wordt vergoed aan aanbieders. Debiteuren zijn, met uitzondering van de zorg aan illegalen, een normaal bedrijfsrisico dat via reguliere prijzen en tarieven moet worden opgevangen.

Eenpitters

De volgende 'eenpitters' zullen met ingang van 2009 via de begroting van VWS worden gefinancierd. Ik verzoek u eventuele budgetcomponenten voor deze 'eenpitters' te schonen. Het betreft:

- BHN registraties (Begeleidingscommissie hartinterventies Nederland)
- Landelijke Neonatologie Registratie
- PALGA (Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief)

- Patiënt Vertrouwens Persoon
- Referentiecentrum Weefseltypering
- SKION
- Stichting HIV monitoring

Voor het NTS geldt dat het orgaan centrum via tarieven wordt gefinancierd onder de BubWMG. Dit kan worden voortgezet in 2009. Voor de donorwervingsactiviteiten krijgt het een subsidie uit de rijksbegroting. Over IKC wordt op korte termijn een beslissing genomen. Zodra dit bekend is wordt u geïnformeerd.

Categorale ziekenhuizen

Ook bij categorale ziekenhuizen wordt per 2009 prestatiebekostiging ingevoerd. Voor dialyse, audiologie en epilepsiecentra (rekening houdend met het experiment in 2008) wordt ook per 2009 maatstafconcurrentie ingevoerd. Radiotherapie is WBMV-zorg die in het A1 segment valt met maximumtarieven.

Uitgangspunt is dat ook revalidatiecentra en revalidatieafdelingen in ziekenhuizen en longastma centra per 2009 worden bekostigd op basis van prestaties met een maatstafstelsel. Deze sectoren zijn echter minder ver met het invoeringsmodel. Ik wil u vragen te adviseren over de wijze waarop per 2009 het maatstafstelsel kan worden ingevoerd voor deze twee sectoren.

Begrotings- en verantwoordingscyclus

Ik verzoek u om in overleg met VWS afspraken te maken over de periodieke levering van informatie aan VWS ten behoeve van de begroting- en verantwoordingscyclus.

Samenwerking in de onderhoudsketen

Met deze brief vraag ik u tevens om, conform de in de notitie 'Samenwerking in de onderhoudsketen' beschreven taken en verantwoordelijkheden, de noodzakelijke werkzaamheden voor de uitvoering van de voornemens met de andere onderhoudspartijen op te pakken.

Toelichting

Bijgaande aanwijzing draagt de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, op de wijziging van de bekostiging van curatieve medisch specialistische zorg voor te bereiden. De bijlage bij de aanwijzing schetst daarvoor het kader.

Op 15 december 2006 heb ik de zorgautoriteit een uitvoeringstoets gevraagd inzake de bekostiging van medisch specialistische zorg. Die toets heeft de zorgautoriteit uitgebracht op 20 april 2007 en is door mij naar de Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden (Kamerstukken II, 2006/07, 29 248, nr. 36).

In de brieven 'Waardering voor betere zorg' en 'Met zorg ondernemen' heb ik aan de beide Kamers der Staten-Generaal mijn oordeel over de voorstellen in de uitvoeringstoets bericht (Kamerstukken II, 2006/07, 29 248, nr. 37). Inmiddels heeft de Tweede Kamer ingestemd met mijn oordeel (AO 26 juni 2007; Kamerstukken II, 2006/07, 29 248, nr. 42). In vervolg op de brieven heb ik, met medewerking van de zorgautoriteit, de voorbereidingen voor noodzakelijke wijzigingen in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) in gang gezet en het kader van die toekomstige bekostiging verder uitgewerkt. Die uitwerking treft u aan in de bijlage bij deze aanwijzing.

De uitwerking geschiedt in verschillende vormen, waaronder het opstellen van beleidsregels en het uitbrengen van adviezen, in artikel 21 van de WMG rapportages en signalen genoemd. Het is evident dat de zorgautoriteit mij van de vorderingen op de hoogte houdt.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
A. Klink.*