
419

Besluit van 13 augustus 2004, houdende aanwijzing van gevallen waarin een uitvoeringsorgaan mag afwijken van de verplichting om met iedere instelling op haar verzoek een overeenkomst te sluiten als bedoeld in artikel 42, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Besluit opheffing contracteerplicht extramurale zorg AWBZ)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 juni 2004, Z/P-2487628;

Gelet op artikel 45 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
De Raad van State gehoord (advies van 2 juli 2004, nummer W13.04.0227/III);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 augustus 2004, Z/P-2503254;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel 1

De verplichting om met iedere instelling op haar verzoek een overeenkomst te sluiten als bedoeld in artikel 42, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, geldt niet voor zover de instelling zorg verleent als bedoeld in de artikelen 3 tot en met 8, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ welke niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 9 van dat besluit, alsmede voor zover de instelling zorg verleent als bedoeld in de artikelen 11, 12 en 16 van dat besluit.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst.

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald: Besluit opheffing contracteerplicht extramurale zorg AWBZ.

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Staatscourant van 14 september 2004, nr. 176.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 13 augustus 2004

Beatrix

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

Uitgegeven de *dertigste* augustus 2004

De Minister van Justitie,
J. P. H. Donner

NOTA VAN TOELICHTING

De verzekerden ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hebben aanspraak op zorg in natura. Zij ontvangen de zorg van een persoon of instelling (hierna te noemen: aanbieders) naar eigen keuze, met wie of welke het uitvoeringsorgaan, waarbij zij zijn ingeschreven, tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten. De uitvoeringsorganen dragen er op grond van artikel 6 van de AWBZ zorg voor dat hun verzekerden de zorg waarop aanspraak bestaat, ook ontvangen. Zij dienen een zodanig aantal aanbieders te contracteren, dat de verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren. Op grond van artikel 45 van de AWBZ is een uitvoeringsorgaan verplicht met iedere toegelaten instelling in het werkgebied een contract te sluiten. Dit wordt contracteerplicht genoemd. Ook regelt de wet de zogenoemde omgekeerde contracteerplicht (artikel 46 van de AWBZ). Die houdt in dat een instelling die een overeenkomst heeft gesloten met een uitvoeringsorgaan, op verzoek van een ander uitvoeringsorgaan gehouden is op dezelfde voorwaarden met hem te contracteren.

Een aantal ziekenfondsen is in de Beschikking aanwijzing zorgkantoren aangewezen om als verbindingskantoor bepaalde administratieve taken uit de AWBZ uit te voeren in voor hen aangewezen regio's. Ze worden in de Beschikking aangeduid als zorgkantoren. In aanvulling daarop hebben de uitvoeringsorganen aan de zorgkantoren mandaat en volmacht verleend voor de uitvoering van de overige taken in het kader van de AWBZ. Het zorgkantoor voert in zijn regio, op grond van de verleende volmacht, namens alle uitvoeringsorganen onderhandelingen en sluit overeenkomsten, om de levering van AWBZ-zorg aan de verzekerden te realiseren.

In het kader van de modernisering van de AWBZ heb ik op 29 augustus 2003 het Plan van aanpak functiegerichte bekostiging aan de Tweede Kamer gezonden (Kamerstukken II, 02-03, 26 631, nr. 55). Daarin ben ik ingegaan op het wenselijk geachte systeem van functiegerichte bekostiging waarbij zorgkantoren zo doelmatig mogelijk de zorg inkopen die nodig is ter voorziening in de regionale behoefte en daartoe contracten afsluiten met zorgaanbieders. De door de zorgkantoren in te kopen zorgfuncties bestaan als het ware uit producten die kunnen variëren in zorgzwaarte (volume/in te zetten deskundigheid) en leveringsvoorwaarden. Deze producten zullen verschillen per aanbieder, dus zal ook de prijs van de functies per aanbieder verschillen. Het zorgkantoor kan zijn rol bij de zorginkoop (doelmatig inkopen van de zorg waaraan behoefte bestaat) alleen goed waarmaken als het de vrijheid heeft om tussen aanbieders van zorg te kiezen en het dus de mogelijkheid heeft om met bepaalde aanbieders geen contract af te sluiten.

In de AWBZ is een omslag gemaakt van aanbodsturing naar vraagsturing. Keuzevrijheid voor de cliënt staat voorop. Aanbieders zullen zich moeten profileren om de cliënten aan te trekken. Bij het ontbreken van contracteerplicht hoeven zorgkantoren niet meer met alle toegelaten aanbieders te contracteren, maar is het mogelijk alleen die aanbieders te contracteren waar de cliënt om vraagt.

Op dit moment hebben de zorgkantoren die vrijheid niet. Zij zijn op grond van artikel 45 van de AWBZ verplicht om met iedere – toegelaten – zorgaanbieder die dat wenst, een contract te sluiten. In bovengenoemd Plan van aanpak functiegerichte bekostiging heb ik aangegeven dat het ter versterking van de onderhandelingspositie van zorgkantoren van belang is de contracteerplicht op te heffen. Opheffing van de contracteerplicht stelt zorgkantoren in staat een vraaggericht, tijdig en doelmatig zorgaanbod te contracteren. Het bestaan van de contracteerplicht

belemmert het zorgkantoor bij het voeren van een gericht contracteerbeleid. Wil het zorgkantoor zijn regierol kunnen waarmaken, dan moet er vrijheid zijn om te kiezen tussen aanbieders. Deze vrijheid heeft het zorgkantoor nu niet omdat het alleen bij ernstige bezwaren mogelijk is om geen contractuele relatie aan te gaan. Ook is het zorgkantoor gehouden met een aanbieder een realistische productieafpraak te maken, een zogenaamd 0-urencontract behoort dan ook niet tot de mogelijkheden.

Met de onderhavige maatregel wordt de contracteerplicht opgeheven voor extramurale AWBZ-zorg, dat wil zeggen voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling voor zover deze niet gekoppeld zijn aan de functie verblijf. Met dit besluit wordt tevens de contracteerplicht opgeheven voor de aanspraken bruikleen van verpleegartikelen, dieetadvisering en prenatale zorg. Opheffing van de contracteerplicht voor de genoemde functies geldt ook voor de omgekeerde contracteerplicht. Dit vloeit voort uit artikel 46 van de AWBZ; als de contracteerplicht op grond van artikel 45 van de AWBZ wordt opgeheven, geldt dit automatisch ook voor de omgekeerde contracteerplicht. Opheffing van de contracteerplicht blijft bij onderhavige maatregel beperkt tot de extramurale AWBZ-zorg. Voor intramurale zorg zal de contracteerplicht op een later tijdstip worden opgeheven. Dit houdt verband met het feit dat de consequenties van opheffing van de contracteerplicht voor intramurale instellingen veel groter zijn dan bij extramurale zorg. Hierbij moet vooral gedacht worden aan de kapitaal-lastenproblematiek. Een zorgvuldig traject is dan ook van belang bij opheffing van de contracteerplicht voor intramurale zorg.

Op 10 februari 2004 heb ik het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht om in een uitvoeringstoets in te gaan op verschillende uitvoeringstechnische aspecten van opheffing van de contracteerplicht, zoals keuzevrijheid van verzekeren, continuïteit van zorg, goed en transparant inkoopbeleid.

Het CVZ heeft op 22 april 2004 de gevraagde uitvoeringstoets uitgebracht. Het CVZ is uitgebreid ingegaan op de consequenties van opheffing van de contracteerplicht, met name wat betreft de positie van de uitvoeringsorganen en de zorgkantoren. Het CVZ concludeert dat het afschaffen van de contracteerplicht op zichzelf beschouwd een gewenste ontwikkeling is. Toch komt het CVZ op basis van zijn analyse, welke mede is gebaseerd op het onderzoek dat door KPMG in opdracht van het CVZ is verricht naar de ontwikkeling van een concurrent aanbod in de zorgkantoorregio's, tot de aanbeveling om de voorgestane maatregel van de opheffing van de contracteerplicht in de AWBZ op dit moment niet door te voeren en het beoogde doel te bereiken langs andere wegen, waartoe reeds verschillende trajecten in gang zijn gezet. Ik heb er desalniettemin vanwege onderstaande redenen voor gekozen de opheffing van de contracteerplicht thans reeds doorgang te doen vinden.

Als belangrijkste risico geeft het CVZ aan dat de zorgkantoorconstructie als gevolg van de maatregel onder druk zou kunnen komen te staan. Het College betwijfelt of de uitvoeringsorganen AWBZ het onderhandelen en contracteren nog aan een zorgkantoor willen overlaten nadat door het wegvallen van de contracteerplicht, meer ruimte voor ondernemerschap is ontstaan. Daarmee bestaat een kans dat uitvoeringsorganen de volmachten zullen beëindigen waardoor de positie van de zorgkantoren onder druk kan komen te staan. Het College wijst erop dat uit het KPMG-onderzoek naar de ontwikkeling van een concurrerend aanbod in de zorgkantoorregio's blijkt dat zorgkantoren deze ontwikkeling zien.

Het CVZ geeft in zijn uitvoeringstoets tevens aan dat in recent overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is gebleken dat ZN zich zal inspannen om te bewerkstelligen dat de positie van de zorgkantoren na opheffing van de contracteerplicht niet in gevaar komt. Het CVZ stelt voor om de gewenste positie van de zorgkantoren in het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren¹ te verankeren. ZN heeft aangegeven het risico theoretisch te achten en niet over aanwijzingen te beschikken dat verzekeraars zouden willen tornen aan de volmacht- en mandaatconstructie. Hierbij komt dat CVZ niet is ingegaan op de situatie die ontstaat als de contracteerplicht niet wordt opgeheven. In 2005 wordt namelijk de volgende stap gezet op het pad van de functiegerichte bekostiging die zorgkantoren meer onderhandelingsmogelijkheden geeft, zowel inhoudelijk als financieel. Die mogelijkheden worden snel teniet gedaan indien het zorgkantoor geen instrument in handen krijgt om druk op de onderhandelingen te kunnen uitoefenen. Daarmee moge duidelijk zijn dat niet kan worden volstaan met het volgen van de door het CVZ aangegeven wegen en de verschillende lopende trajecten.

In zijn uitvoeringstoets geeft het CVZ aan als belangrijk nadeel van opheffing van de contracteerplicht te zien dat dit de keuzevrijheid van verzekerden verkleint. De verzekerde kan zich in tegenstelling tot de huidige situatie, niet wenden tot elke zorgaanbieder van zijn keuze, maar kan zich alleen wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder. Het CVZ wijst er echter op dat de zorgkantoren zich in het Convenant hebben gecommiteerd aan de plicht om voldoende, gedifferentieerde zorg in te kopen die de keuzevrijheid van verzekerden waarborgt en dat het CTZ toeziet op de naleving van het convenant. Via het CTZ kunnen de zorgkantoren dan ook worden aangesproken op hun contracteerbeleid als dat niet strookt met de convenantafspraken. Het convenant dwingt het zorgkantoor in zijn contracteerbeleid erin te voorzien dat er voldoende keuzemogelijkheden zijn. Verder hebben verzekerden uiteraard ook nog de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget.

Het convenant stelt niet de eis dat alle aanbieders worden gecontracteerd. Hierin zit het verschil ten opzichte van de situatie dat er wel contracteerplicht bestaat. Dat laat ruimte om sommige aanbieders niet te contracteren.

In de uitvoeringstoets gaat het CVZ ook in op de marktproblemen die kunnen ontstaan zowel aan de aanbiederszijde (fusies) als aan de inkoopzijde (misbruik van monopolie). Ik neem deze waardevolle opmerkingen van het CVZ ter harte en heb het CTG/ZAio bij brief van 27 mei 2004 (DGB/ZVG-2482596) gevraagd mij aan te geven op welke wijze het CTG/ZAio kan toezien op de marktontwikkelingen in de AWBZ.

In het debat met de Tweede Kamer op 7 april jl. over de voorhang van de aanwijzing op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg inzake de beperking van de mogelijkheden tot het maken van aanvullende productieafspraken AWBZ, heb ik aangegeven zo spoedig mogelijk de contracteerplicht te willen opheffen. Zorgkantoren moeten namelijk vanwege het bestaan van de contracteerplicht met alle nieuwe toegelaten aanbieders een realistische productieafpraak maken. Dit zou het doel van bovengenoemde aanwijzing, namelijk beheerste groei in de AWBZ, in gevaar brengen. Opheffing van de contracteerplicht is een van de instrumenten om de groei beheerst te houden. Uiteraard zullen de zorgkantoren hierbij de in artikel 6 van de AWBZ verankerde verplichting voor uitvoeringsorganen om ervoor zorg te dragen dat de verzekerden hun aanspraak tot gelding kunnen brengen, in acht moeten nemen. Zoals ik reeds in het Plan van aanpak functiegerichte bekostiging (Kamerstukken II, 02-03, 26 631, nr. 55) heb aangegeven had ik oorspronkelijk de bedoeling de contracteerplicht per 1 januari 2005 op te heffen. De

¹ Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren, gesloten tussen CVZ, ZN en VWS met ingang van 19 maart 2003.

opheffing is nu enkele maanden naar voren gehaald vanwege de doelstelling de groei in de AWBZ te beheersen. Door de aanwijzing aan het CTG d.d. 11 mei 2004 is het zonder neerwaartse bijstellingen elders niet meer mogelijk voor zorgkantoren en bestaande aanbieders om aanvullende productieafspraken te maken. Als de contracteerplicht zou voortbestaan, is het zorgkantoor genoodzaakt met nieuwe aanbieders een contract te sluiten. Toetreding van nieuwe aanbieders leidt, bij ongewijzigde voortzetting van lopende overeenkomsten, per definitie tot hogere kosten voor de AWBZ. Met het opheffen van de contracteerplicht wordt het automatisme doorbroken dat het zorgkantoor met iedere nieuwe aanbieder een contract moet sluiten. Versnelde opheffing van de contracteerplicht is daarom een noodzakelijk instrument voor het beheersbaar houden van de groei in de AWBZ. Naar gelang met de reeds gecontracteerde zorgaanbieders lagere productieafspraken worden gemaakt, zal er ruimte ontstaan voor het sluiten van overeenkomsten met nieuwe aanbieders.

De noodzaak voor het opheffen van de contracteerplicht is op korte termijn dus vooral gelegen in het beheersbaar houden van de groei van de AWBZ. Op korte termijn leiden de andere door het CVZ genoemde trajecten niet tot een oplossing van de macro-kostenproblematiek.

Alles afwegende, mede gezien het streven naar beheerste groei in de AWBZ, concludeer ik dat de risico's waarop het CVZ is ingegaan in de uitvoeringstoets (keuzevrijheid, continuïteit zorg en goed transparant inkoopbeleid), voldoende kunnen worden ondervangen in het convenant en de in dat kader door CVZ en ZN te leveren handreikingen.

Opheffing van de contracteerplicht heeft geen rechtstreekse gevolgen voor de bestaande overeenkomsten. De maatregel voorziet er in dat de verplichting om een overeenkomst te sluiten met een aanbieder (een nieuwe aanbieder dan wel een aanbieder wiens overeenkomst is geëindigd), wordt opgeheven. De opheffing van de contracteerplicht heeft geen gevolgen voor de geldigheid van de bestaande overeenkomsten. Partijen blijven daaraan, behoudens wijziging of beëindiging met onderling goedvinden of ontbinding langs andere wegen, gedurende de resterende looptijd van de overeenkomst gebonden.

Het voorgenomen besluit is voorgelegd aan het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal). Het college heeft de onderhavige maatregel niet geselecteerd voor een toets op de gevolgen voor de administratieve lasten voor het bedrijfsleven.

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