

*Rapport*

## **Uitvoeringstoets opheffing contracteerplicht AWBZ extramuraal**

Op 22 april 2004 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS

*Publicatienummer*

***Uitgave***

College voor zorgverzekeringen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
Fax (020) 797 85 00  
E-mail info@cvz.nl  
Internet www.cvz.nl

***Volgnummer***

24029431

***Afdeling***

V&U

***Auteur***

mw. mr. M. Hulshof

***Doorkiesnummer***

Tel. (020) 797 86 04

***Bestellingen***

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website  
(www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer  
(020) 797 88 88.

## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Huidige contracteringspraktijk in de AWBZ
3	2.a. Inleiding
3	2.b. werkdomein zorgkantoren
4	2.c. Onderzoeksrapport KPMG
5	3. Gevolgen opheffing contracteerplicht AWBZ extramuraal
5	3.a. Inleiding
6	3.b. Opheffing contracteerplicht zonder meer
6	3.b.1. Zorgkantoor met volmacht van uitvoeringsorganen
8	3.b.2. Uitvoeringsorganen voeren de AWBZ zelf uit
11	3.c. Opheffing contracteerplicht plus het zorgkantoor als zelfstandige entiteit
12	3.d. Handhaving van de contracteerplicht
14	4. Beantwoording vragen uitvoeringstoets
14	4.a. Inleiding
15	4.b. Individuele toelating wordt fictieve toelating
16	4.c. Keuzevrijheid verzekeren
17	4.d. Continuïteit van de zorgverlening
19	4.d.1. Early warning system
19	4.d.2. Financiële gevolgen voor instellingen
20	4.e. Inkoopbeleid zorgkantoren
22	5. Conclusies
	<b><i>Bijlage(n)</i></b>
	1. Brief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 februari 2004
	2. Onderzoeksrapport KPMG "De ontwikkeling van een concurrerend aanbod in zorgkantorregio's"

## Samenvatting

<b><i>Verzoek om uitvoeringstoets</i></b>	De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft op 10 februari 2004 aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht om een uitvoeringstoets betreffende de opheffing van de contracteerplicht in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor extramurale zorg.
<b><i>Uitvoeringstechnische aspecten</i></b>	<p>De staatssecretaris heeft het College gevraagd met name in te gaan op de uitvoeringstechnische aspecten van vier aandachtspunten die met de voorgenomen maatregel samenhangen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Van individuele toelating naar collectieve toelating van instellingen;</li><li>➤ De keuzevrijheid voor verzekerden;</li><li>➤ De continuïteit van de zorgverlening;</li><li>➤ De toerusting van zorgkantoren voor een adequaat inkoopbeleid.</li></ul>
<b><i>Naast uitvoeringstechnische aspecten, ook ingaan op structurele implicaties van de maatregel</i></b>	In het onderhavige rapport gaat het College op de specifieke vragen van de staatssecretaris in, vanuit een verkenning van de uitvoeringsstructuur van de AWBZ zoals deze nu bestaat en zoals die mogelijk zal worden als gevolg van de voorgenomen opheffen van de contracteerplicht. Daarbij ziet het College niet alleen uitvoerinstechische zaken onder ogen, maar wordt ook ingegaan op de structurele implicaties van de voorgestane maatregel. Bovendien heeft KPMG in opdracht van het CVZ onderzoek verricht naar de ontwikkeling van een concurrerend aanbod in de zorgkantoorregio's. De uitkomsten van dit onderzoek zijn betrokken bij deze uitvoeringstoets en opgenomen als bijlage.
<b><i>Huidige uitvoeringspraktijk</i></b>	De huidige uitvoeringspraktijk ziet er als volgt uit. Zorgkantoren sluiten in hun regio, op grond van verleende mandaat en volmacht door de uitvoeringsorganen van de AWBZ, overeenkomsten met zorgaanbieders die in de desbetreffende zorgkantoorregio gevestigd zijn en aldaar zijn toegelaten door het CVZ. In verband met de huidige contacteerplicht dient het zorgkantoor met elke toegelaten instelling die daarom verzoekt, in zijn regio overeenkomsten te sluiten. Volgens de Nederlandse Mededingingsautoriteit is de Mededingingswet in de huidige situatie niet op de activiteiten van zorgkantoren van toepassing.
<b><i>Opheffen contracteerplicht</i></b>	Door het opheffen van de contracteerplicht voor de extramurale zorg in de AWBZ, ontstaat er een situatie waarin het zorgkantoor in beginsel de vrije keuze heeft of het al dan niet met een zorgaanbieder wil contracteren. Zonder

flankerende structurele maatregel kan opheffing van de contracteerplicht zeer vergaande gevolgen hebben voor het uitvoeringsorgaan, het zorgkantoor, de verzekerde en de zorgaanbieder. Opheffen van de contracteerplicht kan namelijk tot gevolg hebben dat er een zodanige druk komt te staan op de volmachtconstructie tussen de uitvoeringsorganen en het zorgkantoor, dat die constructie wellicht niet langer houdbaar blijkt. Immers, het is nog maar de vraag of de uitvoeringsorganen het onderhandelen en het contacteren nog langer aan een ander c.q. aan een zorgkantoor willen overlaten nadat er door het wegvallen van de contracteerplicht – anders dan momenteel – beleidsvrijheid en ruimte voor ondernemersschap ontstaat. Ook uit het onderzoek van KPMG blijkt dat zorgkantoren deze ontwikkeling zien.

***Verskillende scenario's denkbaar***

Door het opheffen van de contracteerplicht zijn er verschillende scenario's denkbaar, met verschillende gevolgen voor de uitvoeringsorganen, het zorgkantoor, de verzekerde en de zorgaanbieders. Het eerste scenario is dat het risico dat de mandaat- en volmachtconstructie onder druk komt te staan vooralsnog wordt aanvaard en de ontwikkelingen verder worden afgewacht, met de mogelijkheid van latere bijsturing indien nodig. Dat betekent dat de contracteerplicht wordt opgeheven zonder dat daarbij meteen aanvullende maatregelen getroffen worden. Dit kan tot gevolg hebben dat de uitvoeringsorganen besluiten op dezelfde voet verder te gaan en de volmachtconstructie in stand te houden, maar het kan echter ook tot gevolg hebben dat uitvoeringsorganen hun volmacht intrekken en zelf de AWBZ gaan uitvoeren. In het tweede scenario wordt de druk op de volmachtconstructie op voorhand beperkt, en worden gelijktijdig met het opheffen van de contracteerplicht flankerende maatregelen genomen om de uitvoering door de zorgkantoren te kunnen blijven waarborgen. Het derde scenario is, na afweging van alle risico's en voors en tegens van het opheffen van de contracteerplicht, om de huidige contracteerplicht te handhaven. Het College adviseert deze optie te volgen.

Vervolgens gaat het rapport in op de specifieke vragen van de staatssecretaris.

***Individuele toelating***

Ten aanzien van de vraag of de individuele toelating kan worden vervangen door een collectieve toelating, is het College voorstander van het handhaven van de individuele toelating van instellingen. Hierbij pleit het College voor het stellen van voorwaarden die aan instellingen kunnen worden gesteld, indien zij worden toegaten, op basis van de WTZi.

***Keuzevrijheid van verzekerden wordt beperkt***

Ten aanzien van de keuzevrijheid van verzekerden stelt het College zich op het standpunt dat door opheffing van de contracteerplicht, de keuzevrijheid van verzekerden wordt beperkt. De verzekerde kan zich niet meer wenden tot elke

instelling van zijn keuze, maar slechts tot een door het zorgkantoor gecontracteerde instelling. Toch worden er op landelijk niveau afspraken gemaakt om de keuzevrijheid van verzekerden te waarborgen. Een voorbeeld hiervan is de afspraken die in het Convenant zijn gemaakt. Bovendien hebben zorgkantoren een aantal handreikingen tot hun beschikking om de vraag en behoefte van verzekerde in beeld te krijgen, zodat zij de zorg op basis van de keuze en behoefte van de verzekerden kunnen contracteren.

***Financiële problemen van instellingen***

Doordat zorgkantoren door het opheffen van de contracteerplicht in beginsel vrij zijn in het contracteren van instellingen, bestaat het risico dat instellingen doordat zij niet (volledig) gecontracteerd worden, in financiële problemen komen. De vraag is of hiervoor extra maatregelen moeten worden getroffen, omdat blijkbaar geen behoefte bestaat aan deze instellingen, om wat voor reden dan ook. Daarnaast zijn er op dit moment voldoende waarborgen om in een vroeg stadium oplossingen te bieden voor deze problemen, bijvoorbeeld door een early warning system.

***Inkoopbeleid zorgkantoren***

Het College is van mening dat er op dit moment voldoende instrumenten en handreikingen bestaan die zorgkantoren behulpzaam kunnen zijn bij het formuleren van een inhoudelijk, transparant en openbaar inkoopbeleid. Uit het onderzoek van KPMG bleek dat zorgkantoren op dit moment bezig zijn een dergelijk inkoopbeleid te ontwikkelen, maar dat er nog een aantal stappen gezet dienen te worden. De beschikbare informatie ten aanzien van de ontwikkeling van een dergelijk inkoopbeleid wordt op dit moment nog niet volledig door de zorgkantoren benut.

***Conclusie CVZ***

Het College concludeert dat het afschaffen van de contracteerplicht op zichzelf beschouwd een gewenste ontwikkeling is. Het onderhavige rapport toont echter aan dat het enkele afschaffen van de contracteerplicht – zonder gelijktijdige flankerende structurele maatregelen – risico's met zich brengt voor het voortbestaan van de huidige regionale uitvoering van de AWBZ door in regio's exclusief werkende zorgkantoren. Naast het opheffen van de contracteerplicht zou volgens het College daarom tegelijk moeten worden gekeken naar een andere uitvoeringsstructuur die consistent is met een stelsel dat beleidsvrijheid en ondernemersschap introduceert. Dit betekent echter een zeer basale wijziging van de AWBZ, met grote consequenties voor de positie van die uitvoeringsorganen. Gezien de fundamentele discussies die momenteel over de aard en omvang van de AWBZ spelen, meent het College dat een dusdanige structuurwijziging in de AWBZ op dit moment geen haalbare stap is. In verband daarmee verdient het volgens het College aanbeveling om de voorgestane maatregel van de opheffing van de contracteerplicht in de AWBZ op dit moment niet door te

voeren.

***Positie  
zorgkantoren niet  
in gevaar***

Intussen is het College zeer recent gebleken dat van de zijde van Zorgverzekeraars Nederland het voornemen bestaat om te bewerkstelligen dat de positie van de zorgkantoren na opheffing van de contracteerplicht niet in gevaar komt. De staatssecretaris heeft inmiddels kenbaar gemaakt dat de contracteerplicht per 1 januari 2005 toch wordt opgeheven. Het zou dan naar de mening van het College noodzakelijk zijn om deze gewenste voortgezette positie van de zorgkantoren in het Convenant te verankeren.

***Kaderstellende  
voorwaarden aan  
ministeriële  
aanwijzing***

Voorts verdient het aanbeveling om, indien de staatssecretaris de contracteerplicht opheft, aan de hernieuwde (vierjaarlijkse) ministeriële aanwijzing van zorgkantoren kaderstellende voorwaarden te verbinden voor een adequaat contracteerbeleid. Daarmee kunnen een aantal andere risico's, zoals bijvoorbeeld de beperking van de keuzevrijheid van verzekerden, zoveel mogelijk worden teruggedrongen.

## 1. Inleiding

### ***Verzoek om uitvoeringstoets***

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft op 10 februari 2004 aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzocht om een uitvoeringstoets betreffende de opheffing van de contracteerplicht in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor extramurale zorg. (bijlage 1)

### ***Uitvoeringstechnische aspecten***

De staatssecretaris heeft het College gevraagd met name in te gaan op de uitvoeringstechnische aspecten van vier aandachtspunten die met de voorgenomen maatregel samenhangen:

- van individuele toelating naar collectieve toelating van instellingen;
- de keuzevrijheid voor verzekerden;
- de continuïteit van de zorgverlening;
- de toerusting van zorgkantoren voor een adequaat inkoopbeleid.

### ***Ook ingaan op de structurele implicaties***

In dit rapport zal het College op de specifieke vragen van de staatssecretaris ingaan vanuit een verkenning van de uitvoeringsstructuur van de AWBZ zoals deze nu bestaat en zoals die mogelijk zal worden als gevolg van de voorgenomen opheffing van de contracteerplicht. Daarbij zal het College niet alleen uitvoeringstechnische zaken onder ogen zien maar ook ingaan op de structurele implicaties van de voorgestane maatregel. Bovendien heeft KPMG in opdracht van het CVZ onderzoek verricht naar de ontwikkeling van een concurrerend aanbod in de zorgkantorregio's. De uitkomsten van dit onderzoek zijn betrokken bij deze uitvoeringstoets en opgenomen als bijlage.

### ***Leeswijzer***

Het rapport is verder als volgt opgezet:

In hoofdstuk 2 wordt een beeld geschetst van de huidige uitvoeringspraktijk in de AWBZ en de contracteerpraktijk in het bijzonder. Daarbij komt in paragraaf 2.b. het werkdomein van zorgkantoren aan de orde, omdat van hieruit bezien moet worden met welke aanbieders het zorgkantoor contracten moet (en straks: kan) sluiten. In paragraaf 2.c komt het onderzoeksrapport van KPMG aan de orde.

In hoofdstuk 3 wordt in kaart gebracht wat de gevolgen zijn van de opheffing van de contracteerplicht voor de extramurale zorg in de AWBZ. Zorgkantoren hebben dan in beginsel vrije keuze in het al dan niet contracteren van zorgaanbieders. Door het opheffen van de contracteerplicht ontstaan er risico's ten

aanzien van de positie en zelfs het voortbestaan van de zorgkantoren.

Deze risico's kunnen zich in verschillende denkbare scenario's manifesteren:

Wat kan er gebeuren met de zorgkantoren als de contracteerplicht wordt opgeheven zónder meer, dat wil zeggen zonder flankerende structurele maatregelen? (paragraaf 3.b.)

Moet wellicht het opheffen van de contracteerplicht (noodgedwongen) gepaard gaan met het omvormen van het zorgkantoor tot een zelfstandige entiteit? En wat zijn daarvan de implicaties? (paragraaf 3.c.)

Ligt wellicht na afweging van risico's handhaving van de contracteerplicht in de rede en zijn er alternatieve opties om de positie van het zorgkantoor te versterken? (paragraaf 3.d.)

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de specifieke vragen die door de staatssecretaris in het verzoek om een uitvoeringstoets aan het CVZ worden gesteld. In paragraaf 4.b. komt de toelating van instellingen aan de orde. In paragraaf 4.c. wordt de vraag ten aanzien van de keuzevrijheid van de verzekeren beantwoord. In paragraaf 4.d. wordt ingegaan op de continuïteit van de zorgverlening, en in paragraaf 4.e komt het inkoopbeleid van de zorgkantoren aan bod. Tenslotte komt in paragraaf 4.f. een ander uitvoeringstechnisch aspect aan de orde, namelijk het mededingingsaspect.

Hoofdstuk 5 bevat de conclusies van het CVZ.

In bijlage 2 bij dit rapport is het KPMG onderzoek "De ontwikkeling van een concurrerend aanbod in zorgkantoorregio's" opgenomen.

## 2. Huidige contracteringspraktijk in de AWBZ

### **2.a. Inleiding**

Om in te kunnen gaan op de consequenties van de opheffing van de contracteerplicht in de extramurale AWBZ zorg, is het noodzakelijk eerst een beeld te schetsen van de huidige contracteringspraktijk in de AWBZ.

### **2.b. werkdomein zorgkantoren**

#### ***Uitvoering van AWBZ door zorgkantoren***

Ziekenfondsen zijn op grond van de Beschikking aanwijzing zorgkantoren aangewezen om als verbindingskantoren bepaalde administratieve taken uit de AWBZ uit te voeren in voor hen aangewezen regio's. Ze worden in de Beschikking aangeduid als zorgkantoren. De basis voor de door zorgkantoren te verrichten administratieve taakuitoefening en de wijze waarop de administratie plaatsvindt, is geregeld in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering. In aanvulling daarop verlenen de uitvoeringsorganen mandaat en volmacht, voor de uitvoering van de overige taken uit de AWBZ aan de zorgkantoren. Over de taakuitoefening door zorgkantoren zijn voorts afspraken gemaakt tussen VWS, Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ die zijn vastgelegd in het Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren van 13 maart 2001, herzien en aangevuld op 19 maart 2003.

#### ***Voeren van onderhandelingen en sluiten van contracten***

Op grond van de verleende volmacht voert het zorgkantoor, namens alle uitvoeringsorganen, ter verkrijging van de AWBZ verzekerde zorg, in zijn regio onderhandelingen en sluit het voor de uitvoeringsorganen overeenkomsten met individuele beroepsbeoefenaren en zorginstellingen. Zorgkantoren sluiten contracten met zorgaanbieders die in hun regio gevestigd zijn en die daartoe aldaar zijn toegelaten door het CVZ.

#### ***Contracteerplicht en omgekeerde contracteerplicht***

In verband met de huidige contracteerplicht dient het zorgkantoor met alle toegelaten instellingen in zijn regio die daarom verzoeken overeenkomsten te sluiten. Voor de zorginstellingen geldt ook een omgekeerde contracteerplicht. Dat wil zeggen dat een zorginstelling, die met een zorgkantoor een overeenkomst heeft gesloten, gehouden is, op het verzoek van een ander zorgkantoor, een gelijke overeenkomst te sluiten met dat laatste zorgkantoor. Aangezien de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht met elkaar verbonden zijn, neemt het CVZ aan dat zowel opheffing van de contracteerplicht, als opheffing van de omgekeerde contracteerplicht wordt beoogd.

**Aangewezen op een zorgkantoor** Verzekerden zijn, omdat ze in een bepaalde zorgkantoorregio wonen, materieel op een bepaald zorgkantoor aangewezen voor AWBZ zorg. Een verzekerde kan AWBZ zorg betrekken bij een zorgaanbieder die is gevestigd in een andere regio (en dus een contract heeft met een ander zorgkantoor). Dat gebeurt in de praktijk meestal doordat het zorgkantoor van de regio waarbinnen de verzekerde gevestigd is, als het ware 'aanhaakt' bij het contract dat het andere zorgkantoor met die zorgaanbieder heeft gesloten.

**Zorgaanbieders contracteren in beginsel met één zorgkantoor** In beginsel hebben zorgaanbieders, in verband met de plaats van vestiging waarvoor zij zijn toegelaten door het CVZ, te maken met één zorgkantoor waarmee zij een contract sluiten, namelijk het zorgkantoor van de regio waarin zij gevestigd zijn. Voor zorgaanbieders die ook zorg leveren aan verzekerden buiten de regio waarin zij gevestigd zijn, gelden er ten aanzien van deze regel twee uitzonderingen. Ten eerste overleggen twee of meer zorgkantoren over de uitvoering van de AWBZ ten aanzien van die zorgaanbieder, indien 35% of meer van de cliënten van de zorgaanbieder afkomstig zijn uit een andere regio dan de regio waarbinnen de zorgaanbieder gevestigd is. Ten tweede kunnen zorgkantoren in onderling overleg afspreken dat het andere zorgkantoor aangewezen wordt als eerste aanspreekpunt te fungeren voor de betreffende aanbieder, indien 85% of meer van de cliënten van deze zorgaanbieder afkomstig zijn uit een andere regio dan de regio waarbinnen de zorgaanbieder gevestigd is.

**Mededingingswet niet van toepassing** De Nederlandse Mededingingsautoriteit heeft in januari 2004 een visiedocument uitgebracht ten aanzien van de AWBZ-zorgmarkten. Hierin concludeert de NMa, met een beroep op het zogenaamde FENIN-arrest, dat de Mededingingswet in de huidige situatie (dus met de contracteerplicht) niet op de activiteiten van de zorgkantoren van toepassing is.

**Uitspraak Europese Hof** Uit een onlangs gedane uitspraak van het Europese Hof over Duitse ziekenfondsen, zou kunnen worden afgeleid dat ook Nederlandse ziekenfondsen en de Nederlandse zorgkantoren in beginsel niet als ondernemingen (in de zin van de Mededingingswet) kunnen worden aangemerkt, ook niet voor wat betreft de zorginkoop. De reden hiervoor is dat ziekenfondsen geen winstoogmerk hebben, zij voeren een sociale verzekering uit, en zij zijn geen concurrenten van elkaar op het verzekeringsprodukt. De NMa neemt hierover nog een standpunt in.

### **2.c. Onderzoeksrapport KPMG**

**Onderzoek KPMG** Om meer inzicht te krijgen in de huidige ontwikkeling van een concurrerend aanbod in zorgkantoorregio's, heeft het CVZ KPMG opdracht gegeven hiernaar onderzoek te verrichten.

Omdat het volgens de staatssecretaris van VWS de contracteerplicht pas kan worden opgeheven als zich een voldoende concurrerend zorgaanbod in de extramurale zorgverlening heeft ontwikkeld, is het volgens het CVZ noodzakelijk onderzoek te verrichten naar de ontwikkeling van een concurrerend zorgaanbod in zorgkantoorregio's. Omdat onderzoek naar de mate waarin nu daadwerkelijk concurrerend aanbod bestaat technisch niet haalbaar bleek, en bovendien nieuw aanbod nog sterk in ontwikkeling is, heeft KPMG in opdracht van het CVZ het onderzoek met name gericht op de visie van de zorgkantoren op de ontwikkeling van concurrerend aanbod. Het onderzoek is in bijlage 2 bij dit rapport opgenomen.

***Verskillende visies van zorgkantoren***

Uit dit onderzoek is gebleken dat zorgkantoren een verschillende visie op concurrentie in het zorgaanbod hebben. Wat betreft de ontwikkeling van het aanbod is er een relatie tussen het aantal aanvragers om een toelating en de grootte van de verzekeraar die het zorgaanbod beheert. In regio's waarin een grotere concessiehouder is, zijn meer aanvragers dan in andere regio's. Een mogelijke verklaring hiervoor is volgens KPMG dat juist zorgkantoren die worden beheerd door grotere verzekeraars proberen het aantal aanbieders in hun regio te vergroten. Een andere verklaring volgens KPMG is dat er relatief meer aanvragers van toelating zijn in de vier grote steden dan elders en dat de vier grote steden in regio's liggen waarvan grote uitvoeringsorganen het zorgkantoor beheren. De hoge concentratie verzekerden in een beperkt geografisch gebied en de grotere economische activiteit in steden maken steden mogelijk aantrekkelijker voor nieuwe aanbieders dan andere regio's.

### **3. Gevolgen opheffing contracteerplicht AWBZ extramuraal**

#### ***3.a. Inleiding***

***Gevaren van opheffing van de contracteerplicht***

Door het opheffen van de contracteerplicht, ontstaat er een situatie waarin het zorgkantoor in beginsel de vrije keuze heeft of het al dan niet met een zorgaanbieder wil contracteren. Het opheffen van de contracteerplicht zonder méér, dat wil zeggen: zonder flankerende structurele maatregel, heeft zeer vergaande gevolgen voor het uitvoeringsorgaan, het zorgkantoor, de verzekerde en de zorgaanbieder. De contracteerplicht is een onderdeel van een bouwwerk. Indien er één steen uit het bouwwerk wordt getrokken, ontstaat het risico dat het bouwwerk in elkaar stort. Opheffen van de contracteerplicht kan leiden tot een versterking van de onderhandelingspositie van het zorgkantoor ten opzichte van de zorgaanbieders zoals de

staatssecretaris stelt, maar opheffing van de contracteerplicht kan ook tot gevolg hebben dat er een zodanige druk komt te staan op de volmachtconstructie tussen de uitvoeringsorganen en het zorgkantoor, dat die constructie wellicht niet langer houdbaar blijkt. Immers, het is nog maar de vraag of de uitvoeringsorganen het onderhandelen en het contracteren nog langer aan een ander c.q. aan een zorgkantoor willen overlaten nadat er door het wegvallen van de contracteerplicht – anders dan momenteel – beleidsvrijheid en ruimte voor ondernemerschap ontstaat. Zoals in paragraaf 3.b.2. aan de orde komt, blijkt uit het onderzoek van KPMG ook dat zorgkantoren deze ontwikkeling voorzien.

Er zijn verschillende scenario's denkbaar.

***Opheffing  
contracteerplicht  
zonder aanvullende  
maatregelen***

Het eerste scenario is dat het risico dat de mandaat- en volmachtconstructie onder druk komt te staan vooralsnog wordt aanvaard en de ontwikkelingen verder worden afgewacht, met de mogelijkheid van latere bijsturing indien nodig. Dat betekent dus dat de contracteerplicht wordt opgeheven zonder daarbij meteen aanvullende maatregelen te treffen.

Dit kan enerzijds tot gevolg hebben dat uitvoeringsorganen besluiten op dezelfde voet verder te gaan en de volmachtconstructie in stand te houden. In paragraaf 3.b.1. wordt hier nader op ingegaan. Dit kan anderzijds echter ook tot gevolg hebben dat uitvoeringsorganen hun volmacht intrekken en zelf de AWBZ gaan uitvoeren. In paragraaf 3.b.2. wordt op dit risico (voor de zorgkantoren) nader ingegaan.

***Waarborgen van  
uitvoering AWBZ  
door zorgkantoren***

Een tweede scenario is er een waarin het risico van een te grote druk op de volmachtconstructie op voorhand wordt beperkt en dat gelijktijdig flankerende maatregelen worden genomen om de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren te kunnen blijven waarborgen.

Dit kan gewenst worden geacht omdat het uitvoeren van de AWBZ op regionaal niveau door één exclusief orgaan zijn beleidsmatige en zorginhoudelijke voordelen heeft. In paragraaf 3.c. wordt op deze variant nader ingegaan.

***Handhaving  
huidige  
contracteerplicht***

Tenslotte, en dat is een derde scenario, kan besloten worden, na afweging van alle risico's en voors en tegens, om de huidige contracteerplicht te handhaven. In paragraaf 3.d. wordt hierop nader ingegaan.

***3.b. Opheffing contracteerplicht zonder meer***

***3.b.1. Zorgkantoor met volmacht van uitvoeringsorganen***

***Gevolgen en  
mogelijkheidsrisico's  
opheffing  
contracteerplicht***

Wanneer de contracteerplicht wordt opgeheven, is het zorgkantoor op grond van de volmachtverlening vrij te bepalen – aan de hand van het contracteerbeleid en de volmachtverlening – met welke zorgaanbieder het geen en met

welke zorgaanbieder het wel een contract wil sluiten, met als verantwoordelijke instantie, het uitvoeringsorgaan. Deze maatregel op zich (het opheffen van de contracteerplicht), heeft gevolgen en mogelijke risico's in zich, voor zowel zorgkantoren, de zorgaanbieders, alsmede de verzekerden.

#### *Consequenties voor het zorgkantoor*

##### ***Zorgkantoor ontwikkelt eigen contracteerbeleid***

Het zorgkantoor kan na afschaffing van de contracteerplicht alleen dan zijn eigen contracteerbeleid ontwikkelen en uitvoeren namens alle uitvoeringsorganen, als de laatstgenoemden zich niet bemoeien met de (contracts)uitvoering van de AWBZ en de invulling van de gegeven beleidsvrijheid geheel overlaten aan het zorgkantoor. Door het opheffen van de contracteerplicht ontstaat er geen marktwerking tussen zorgkantoren onderling omdat de zorgkantoren in één specifieke regio, de enige intermediair voor uitvoeringsorganen zijn, en zij daar in beginsel exclusief werken. Hierdoor zijn zorgkantoren in relatie tot andere actoren zogenoemde monopsonisten. De zorgkantoren contracteren als agentschappen voor de uitvoeringsorganen. Overigens dienen zorgkantoren te contracteren op basis van openbare aanbesteding, waardoor zorgkantoren gebonden zijn aan de aanbestedingsregels en hierdoor zorgaanbieders in aanmerking te laten komen voor een contract met het zorgkantoor.

#### *Consequenties voor de zorgaanbieder*

##### ***Zorgaanbieders afhankelijk van één zorgkantoor***

De zorgaanbieder blijft door opheffing van de contracteerplicht, net als in de huidige situatie, in beginsel afhankelijk van één zorgkantoor, namelijk het zorgkantoor van de regio waarin hij gevestigd en werkzaam is. Tussen zorgkantoren onderling bestaat er immers geen marktwerking, waardoor zorgaanbieders afhankelijk blijven van de bereidheid van dat ene zorgkantoor om met hen te contracteren. Dat betekent dat indien het zorgkantoor besluit niet met de desbetreffende zorgaanbieder een contract aan te gaan, de zorgaanbieder geen contract kan krijgen. De zorgaanbieder zou hooguit, om de mogelijkheid te creëren om met andere zorgkantoren contracten te kunnen sluiten, zijn dependances in andere regio's ook aan kunnen merken als een aparte instelling met een aparte toelating (indien overigens het instrument van de individuele toelating wordt afgeschaft, dan is een aparte toelating niet eens meer een vereiste), zodat deze dependances met de zorgkantoren uit hun regio contracten kunnen sluiten. Er is in deze situatie wel sprake van scherpere marktwerking tussen zorgaanbieders onderling. Zorgaanbieders moeten zich immers gaan profileren met het door hen aangeboden produkt om met het zorgkantoor een contract te kunnen sluiten. Verder is nog van belang om in dit verband op te merken dat er voorlopig op verschillende

functies nog schaarse in het aanbod bestaan, waardoor de zorgkantoren toch nog verplicht worden om met alle aanbieders van een dergelijke functie, een contract te sluiten.

#### *Consequenties voor de verzekerde*

##### ***Beperking keuzevrijheid verzekerde***

De verzekerde wordt door het opheffen van de contracteerplicht potentieel beperkt in zijn keuze van zorgaanbieder. Momenteel, als gevolg van de bestaande contracteerplicht, kan de verzekerde zich immers tot elke (toegelaten) zorgaanbieder van zijn keuze wenden, omdat het zorgkantoor met elke zorgaanbieder in de regio een contract moet sluiten. De verzekerde kan zich na opheffing van de contracteerplicht in beginsel alleen nog maar wenden tot een zorgaanbieder die met het zorgkantoor een contract heeft gesloten, en de verzekerde ziet zijn keuzevrijheid (vraagmogelijkheden) mogelijk juist afnemen in plaats van toenemen.

##### ***Wel gedifferentieerde zorg inkopen***

Nuancering hierbij is wel dat zorgkantoren op grond van het Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren van 13 maart 2001 verplicht zijn in hun contracteerbeleid gedifferentieerde zorg - waarbij de verzekerde keuzevrijheid heeft - in te kopen. Ook het CTZ houdt hier toezicht op. Hierdoor zal de afname van de keuzevrijheid relatief beperkt kunnen blijven.

##### ***Verzekerde kan niet naar ander zorgkantoor overstappen***

Overigens dient hierbij nog te worden opgemerkt dat de verzekerde, in het geval een zorgkantoor niet met de aanbieder van zijn voorkeur wenst te contracteren, niet kan 'uitwijken' naar een ander zorgkantoor omdat immers de zorgaanbieder alleen op dat ene zorgkantoor is aangewezen. De verzekerde heeft dus door de maatregel van het opheffen van de contracteerplicht potentieel minder keuzevrijheid van zorgaanbod. Hij heeft hooguit een indirect positief belang bij deze maatregel, namelijk de kans dat door de scherpere marktwerking (als gevolg van deze maatregel) tussen zorgaanbieders ónderling de differentiatie en de kwaliteit van het zorgaanbod zal kunnen toenemen.

#### *3.b.2. Uitvoeringsorganen voeren de AWBZ zelf uit*

##### ***Verschuiving van verantwoordelijkhe den***

Het loslaten van de contracteerplicht -ook al is dit loslaten (vooralsnog) beperkt tot de extramurale zorg- kan een verschuiving van verantwoordelijkheden tot gevolg hebben. De met het gedeeltelijk loslaten van de contracteerplicht geboden onderhandelings- en beleidsruimte in de uitvoering van de AWBZ kan niet alleen door de zorgkantoren worden opgepakt, maar ook door de uitvoeringsorganen zelf die tot nu toe op de achtergrond bleven. Immers, het risico (voor het zorgkantoor) bestaat dat de uitvoeringsorganen minder geneigd zullen zijn de uitvoering geheel aan een ander c.q. het zorgkantoor over te laten al naar gelang die uitvoering minder

een automatisme is maar meer een kwestie van vrije beleidskeuze en ondernemerschap. Ook uit het onderzoek van KPMG blijkt dat een aantal zorgkantoren voorziet dat verzekeraars na opheffing van de contracteerplicht ervoor zouden kunnen kiezen hun volmacht aan het zorgkantoor in te trekken, als zij het niet eens zijn met het contracteerbeleid van het zorgkantoor.

***Uitvoering AWBZ door uitvoeringsorganen zelf***

Het model dat dan in de praktijk kan ontstaan is een model waarbij de uitvoeringsorganen zelf de AWBZ gaan uitvoeren, en waarbij zij - maar alleen dan wanneer daar behoefte aan bestaat - machtiging zullen verlenen aan andere uitvoeringsorganen voor het uitvoeren van de AWBZ, bijvoorbeeld voor zijn zogenoemde 'verre' verzekerden. Dit houdt in dat het uitvoeringsorgaan, niet meer voor alle maar voor bepaalde individuele verzekerden, andere uitvoeringsorganen machtigt - desgewenst met specifieke beleidsinstructies - om (in hun kernregio, zijnde de regio waar de betreffende verzekerden wonen (en zorg inroepen)) namens hem zorg te contracteren. Het CVZ wijst er op dat ten tijde van het plan Simons de AWBZ het 3 jaar lang zonder aangewezen verbindingkantoren heeft gesteld, doordat de meeste verstrekkingen niet in artikel 2 Administratiebesluit als verbindingskantoorplichtig waren aangewezen.

***Regionale netwerk gehandhaafd***

In dit model zou het risico kunnen worden voorkomen dat de uitvoering van de AWBZ helemaal landelijk wordt en het gewenste regionale netwerk tussen wonen-zorg-welzijn niet meer zo sterk zal zijn. Indien immers het uitvoeringsorgaan besluit andere uitvoeringsorganen te machtigen de contractering over te nemen voor een klein percentage van zijn verzekerden die buiten zijn eigen kernregio wonen, blijft het regionale netwerk toch gehandhaafd. Overigens werkt zo'n systeem uiteraard alleen goed als de AWBZ voornamelijk wordt uitgevoerd door van oudsher regionaal werkzame uitvoeringsorganen zoals de ziekenfondsen. Dit maakt een dergelijke optie wellicht niet aantrekkelijk voor de nu landelijk werkende uitvoeringsorganen zoals de particuliere zorgverzekeraars.

*Consequenties voor het zorgkantoor en de uitvoeringsorganen*

***Volmachtconstructie tussen uitvoeringsorganen onder druk***

Indien de contracteerplicht wordt opgeheven, dan betekent dit, zoals al eerder vermeld, dat het zorgkantoor via een eigen contracteerbeleid binnen grenzen van de volmacht, namens de verschillende uitvoeringsorganen, contracten sluit met zorgaanbieders van zijn keuze. Het kan zo zijn dat het ene uitvoeringsorgaan wil dat het zorgkantoor voor hem in zijn regio met een bepaalde aanbieder contracteert voor zijn verzekerden, terwijl een ander uitvoeringsorgaan juist niet wil dat het zorgkantoor namens hem voor zijn verzekerden met die aanbieder contracteert. Kan het zorgkantoor

onderhandelingen achterwege laten voor het ene uitvoeringsorgaan en tegelijkertijd onderhandelingen starten voor het andere, en dat terwijl het zorgkantoor een eigen contracteerbeleid heeft ontwikkeld? Door de wezenlijk andere positie die het zorgkantoor in deze situatie moet innemen, alsmede door de klachten die de zorgverzekeraar kan ontvangen van zijn verzekerden vanwege de beperking van de keuzevrijheid richting zorgaanbieders, kan het zijn dat de – vrijwillige- volmachtconstructie tussen uitvoeringsorganen en zorgkantoren onder druk komt te staan. 'Onder druk' in twee opzichten: het zorgkantoor kan van verschillende uitvoeringsorganen/volmachtgevers verschillende beleidsinstructies krijgen<sup>1</sup>, maar het kan ook zijn dat uitvoeringsorganen, indien het zorgkantoor niet de instellingen van hun keuze contracteert, kunnen besluiten de volmacht helemaal te beëindigen en de AWBZ-contractering rechtstreeks voor hun eigen rekening te nemen en zodoende hun eigen selectie onder de aanbieders te maken. Het al dan niet werken via een volmacht aan het zorgkantoor is immers een kwestie van vrije wil en de volmacht kan dus ook helemaal worden ingetrokken.

#### *Consequenties voor de zorgaanbieder*

**Meer marktwerking** In deze situatie bestaat er niet alleen meer marktwerking tussen zorgaanbieders, maar ook tussen de uitvoeringsorganen, ten aanzien van de uitvoering van de AWBZ. Zorgaanbieders zijn in deze situatie, net als nu in de Ziekenfondswet, niet meer volledig afhankelijk van één orgaan voor het verkrijgen van een contract, zij dienen voor alle verzekerden juist met verschillende uitvoeringsorganen een contract te sluiten. Gevolg van deze open markt is wel dat als gevolg van het sluiten van contracten met veel verschillende uitvoeringsorganen, voor de zorgaanbieders een enorme toeneming van de administratieve lasten valt te verwachten.

#### *Consequenties voor de verzekerde*

**Beperking keuzevrijheid verzekerde** Ook in deze situatie wordt de verzekerde door het opheffen van de contracteerplicht beperkt in zijn keuze van zorgaanbieder. De verzekerde kon zich ten tijde van de contacteerplicht nog wenden tot elke (toegelaten) aanbieder van zijn keuze. Na opheffing van de contracteerplicht kan de verzekerde zich in beginsel alleen nog maar wenden tot een zorgaanbieder die een contract heeft met zijn uitvoeringsorgaan.

**Verzekerde kan 'stemmen met de** Wel kan de verzekerde in deze situatie – anders dan ten aanzien van de situatie waarin alleen het zorgkantoor kan contracteren met de aanbieders 'stemmen met de voeten', dat

---

<sup>1</sup> Dit lijkt een reële mogelijkheid ook al is in principe de gevolmachtigde/het zorgkantoor (binnen de verstrekte volmacht) degene die het contracteerbeleid mag invullen.

**voeten'** wil zeggen overstappen naar een ander uitvoeringsorgaan indien de verzekerde ontevreden is over het contracteerbeleid. Overigens dient hierbij wel opgemerkt te worden dat de praktische toepasbaarheid van het 'stemmen met de voeten' gering zal zijn, omdat verzekerden die AWBZ zorg nodig hebben, doorgaans hoge ziektekosten hebben en uitvoeringsorganen deze verzekerden niet snel een betaalbare ziektekostenverzekering aan zullen bieden (voor het ziekenfonds geldt een acceptatieplicht maar deze geldt niet voor de particuliere verzekeringen waartoe ook de aanvullende verzekeringen behoren). Dit zal tot gevolg hebben dat verzekerden in de praktijk toch min of meer gedwongen zullen worden bij hun uitvoeringsorgaan te blijven.

### ***3.c. Opheffing contracteerplicht plus het zorgkantoor als zelfstandige entiteit***

***Zorgkantoren niet langer afhankelijk van volmacht en mandaat*** Zoals al eerder vermeld, kan de opheffing van de contracteerplicht tot gevolg hebben dat de uitvoeringsorganen de AWBZ zelf gaan uitvoeren.

Indien dit niet gewenst wordt geacht c.q. indien het gewenst wordt geacht dat de AWBZ uitgevoerd wordt door zorgkantoren die voor een bepaalde regio zijn aangewezen, ligt het in de rede om zorgkantoren niet langer afhankelijk te laten zijn van volmacht en mandaat door uitvoeringsorganen. De zorgkantoren dienen dan hun taken rechtstreeks van de wetgever toebedeeld te krijgen. Daarmee worden zorgkantoren zelfstandige entiteiten binnen een bepaalde regio die daar de AWBZ uitvoeren – niet namens anderen maar volledig voor zichzelf.

***Zorgkantoor wordt zelf uitvoeringsorgaan*** Door de AWBZ-uitvoering *gehéél* op te dragen aan (van de uitvoeringsorganen losstaande) zelfstandige organen dient logischerwijs het bestaande mechanisme van de automatische koppeling van AWBZ-inschrijving aan het ziekenfonds, de particuliere verzekering of de publiekrechtelijke ziektekostenregeling te worden doorbroken. Het zorgkantoor wordt dan dus zelf uitvoeringsorgaan en de huidige uitvoeringsorganen (zorgverzekeraars) zijn dan dus onvermijdelijk geheel uit beeld. Dat betekent dat er per verzekerde een inschrijving voor de AWBZ tot stand moet worden gebracht en dat een inschrijving dus niet meer zoals nu automatisch aanwezig is.

***Geen tussenoplossing*** Een tussenoplossing waarbij zorgkantoren worden opgetuigd (via oprekking van artikel 16 van de AWBZ<sup>2</sup> en de huidige uitvoeringsorganen een rol behouden, is om wetstechnische redenen (dubbele attributie is niet mogelijk) ondenkbaar en bestuurlijk gezien geen begaanbare weg.

---

<sup>2</sup> Artikel 16 van de AWBZ bepaalt nu dat bij lagere regelgeving administratieve taken aan aan te wijzen rechtspersonen kunnen worden toebedeeld. Dit zijn nu de zorgkantoren.

Naar het oordeel van het CVZ behelst het ombouwen van zorgkantoren tot zelfstandige entiteiten dus een fundamentele wijziging van de AWBZ op het niveau van de formele wet.

De vraag is of voor een dergelijk fundamentele ingreep op dit moment draagvlak is te vinden.

#### *Consequenties voor het zorgkantoor*

#### **Zorgkantoor is zelfstandige entiteit**

Het zorgkantoor is in deze situatie een zelfstandige entiteit. Het zorgkantoor ontwikkelt een contracteerbeleid en sluit op basis daarvan overeenkomsten met zorgaanbieders, zonder dat daarvoor een ander verantwoordelijk is. Het zorgkantoor is zelf verantwoordelijk voor zijn eigen contracteerbeleid. Ook in deze optie is er geen prikkel voor het zorgkantoor om te concurreren met andere zorgkantoren, vanwege de exclusief aan het zorgkantoor toebedeelde regio, waarin het werkt. De positie van het zorgkantoor in deze constellatie maakt wel een eind aan de bestaande ingewikkelde en warrige situatie waarin de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij het mandaterende en volmachtgevende uitvoeringsorgaan maar de feitelijke uitvoering wordt gedaan door het zorgkantoor terwijl ook nog dat zorgkantoor eigenlijk geen 'orgaan' is maar een functie / een rol (vervuld door een ander uitvoeringsorgaan).

#### *Consequenties voor de zorgaanbieder*

#### **Zorgaanbieder afhankelijk van één zorgkantoor**

De zorgaanbieder heeft in deze optie ook slechts te maken met in beginsel één zorgkantoor, waarmee het een overeenkomst wil sluiten. De afhankelijkheid van de zorgaanbieder van dat ene zorgkantoor om een overeenkomst te krijgen, is dus ook in deze optie aanwezig.

#### *Consequenties voor de verzekerde*

#### **Verzekerde aangewezen op zorgkantoor van de regio**

De verzekerde is in deze situatie aangewezen op het zorgkantoor van de regio waarin hij woont. Hij kan zijn AWBZ-zorg uitsluitend betrekken van door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieders. In deze optie, waarin de AWBZ-zorg regionaal georiënteerd blijft, blijft de wonen-welzijn-zorgketen bestaan, ten voordele van de verzekerde.

### **3.d. Handhaving van de contracteerplicht**

#### **Beperking keuzevrijheid verzekerde is grootste nadeel**

Het beleid van de staatssecretaris is erop gericht om van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg te gaan, bekeken vanuit de positie van de verzekerde. Het grootste nadeel van het opheffen van de contracteerplicht voor de verzekerde is het verkleinen van diens keuzevrijheid. 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.

***Risico's voor positie van zorgkantoor***

Bovendien bestaan er vitale risico's voor de positie van het zorgkantoor indien de contracteerplicht wordt afgeschaft.

In een eerder door het CVZ uitgebracht rapport Modernisering AWBZ deel 2, heeft het College ook al gesteld dat het opheffen van de contracteerplicht op zichzelf beschouwd een gewenste ontwikkeling is, maar met de kanttekening dat dit risico's met zich kan brengen voor de positie van de zorgkantoren.

***Tegenstrijdige maatregelen***

Een bijkomend aspect is dat het enerzijds invoeren van beleidsruimte en ondernemerschap, en het anderzijds in tact laten van de (gewenste) exclusieve uitvoering door één zorgkantoor per regio, op zichzelf tegenstrijdig lijkt. De zorgaanbieders zien zich dan bovendien gesteld tegenover een onderhandelingsblok met karteltrekken.

***Wachten met opheffing contracteerplicht***

Om deze nadelen en de risico's van het opheffen van de contracteerplicht die hierboven zijn geschetst te voorkomen, kan de staatssecretaris er ook voor kiezen om alsnog te besluiten de contracteerplicht niet op te heffen totdat de modernisering van de AWBZ (dat wil ook zeggen, meer toetreding van nieuwe zorgaanbieders en daardoor minder schaarste in het zorgaanbod) zich in een verder gevormd stadium bevindt.

***Overheveling naar tweede compartimentsverzekering***

Hierbij zou ook overwogen kunnen worden dat de voorgestelde maatregel alleen de extramurale zorg betreft terwijl juist ten aanzien van die zorg overwogen wordt om een belangrijk deel daarvan uit de AWBZ over te hevelen naar de tweede compartimentsverzekering dan wel naar de sfeer van de maatschappelijke ondersteuning door gemeenten.

***Andere moderniseringsmaatregelen***

Voorts kunnen zorgkantoren zich dan eerst richten op andere moderniseringsmaatregelen van de AWBZ, zoals het in beeld brengen van de zorgvraag/-behoefte en het volledige zorgaanbod en een daarop ontwikkeld contracteerbeleid.

Bovendien bestaan er andere middelen en incentives om scherper met aanbieders te onderhandelen dan afschaffing van de contracteerplicht. In het onderzoeksrapport van KPMG komt naar voren dat er reeds middelen bestaan die (nog) niet door zorgkantoren ter hand worden genomen om scherper met aanbieders te onderhandelen. Dit blijkt ook uit het in oktober 2003 door het CTZ uitgebrachte rapport 'inkoopproces thuiszorg'. In dit rapport constateert het CTZ ook dat er nog veel valt te verbeteren in de huidige structuur van de AWBZ.

## 4. Beantwoording vragen uitvoeringstoets

### 4.a. Inleiding

#### ***Aandachtspunten uitvoeringstoets***

In de uitvoeringstoets heeft de minister het CVZ gevraagd op een aantal specifieke zaken in te gaan. De aandachtspunten die het CVZ zijn voorgelegd, luiden:

#### ***Toelating***

➤ Ik stel mij voor dat de zorgverlening waar het hier om gaat (extramuraal) de noodzaak van individuele toelating niet aanwezig is en dat kan worden volstaan met collectieve toelating. Ik wil dat dan ook juridisch op die manier vormgeven. Ik verzoek het CVZ om de uitvoeringstechnische aspecten te beoordelen

#### ***Keuzevrijheid***

➤ Kunt u aangeven of en zo ja op welke wijze zorgkantoren moeten worden gefaciliteerd bij het waarborgen van voldoende keuzevrijheid voor klanten en welke rol u daarbij kunt spelen?;

#### ***Continuïteit van zorgverlening***

➤ Kunt u aangeven of u op het punt van de continuïteit van zorgverlening additionele maatregelen nodig acht (overgangstermijn voor het afbouwen van bestaande contracten), cq. Hoe u zorgkantoren op dit punt zou kunnen faciliteren?;

#### ***Inkoopbeleid zorgkantoren***

➤ Graag verneem ik van u of u van mening bent dat zorgkantoren voor een dergelijk inkoopbeleid voldoende geëquipeerd zijn en op welke wijze u zorgkantoren verder kunt stimuleren en ondersteunen bij de ontwikkeling daarvan;

#### ***Andere uitvoeringstechnische zaken***

➤ Ik stel het op prijs wanneer u in uw uitvoeringstoets aandacht besteedt aan mogelijke andere uitvoeringstechnische zaken waarop in het onderstaande nog niet is ingegaan. Tevens verzoek ik u om bij alle vraagstukken expliciet in te gaan op de consequenties voor de administratieve lasten.

#### ***Uitgaan van afschaffing contracteerplicht zonder meer***

Het College zal bij de beantwoording van de vragen in eerste instantie uitgaan van de situatie van afschaffing van de contracteerplicht, zonder aanvullende maatregelen om zorgkantoren in stand te houden. Bij de beantwoording van de vragen zal, indien dit tot een ander antwoord leidt, ook worden ingegaan op de situaties waarin de zorgverzekeraar de AWBZ zelfstandig uitvoert en/of waarin het zorgkantoor als zelfstandige entiteit optreedt.

**Individuele  
toelating  
vervangen**

**4.b. Individuele toelating wordt fictieve toelating**

De staatssecretaris veronderstelt dat een niet-verplicht inkoopbeleid met zich brengt dat de toelating tot de uitvoering van de zorg in handen kan worden gelaten van de zorginkoper. De staatssecretaris stelt zich daarom voor de individuele toelating te vervangen door een collectieve toelating (bedoeld zal zijn: de mogelijkheid om bepaalde categorieën van instellingen als toegelaten aan te merken). De staatssecretaris wijst er op dat het wetsontwerp WTZi het wel mogelijk maakt voor het als toegelaten aanmerken voorwaarden of beperkingen te stellen. Het zorgkantoor heeft met deze voorwaarden en beperkingen rekening te houden.

**CVZ pleit voor  
handhaving  
individuele  
toelating**

Het College is voorstander van het handhaven van de individuele toelating van instellingen. Het College wijst daarbij op het op 25 maart 2004 door hem uitgebrachte signalement over de toelating van zorginstellingen in het kader van de modernisering van de AWBZ, waarin het belang van het verbinden van voorschriften aan de toelating ook wordt onderstreept. In dit signalement wordt verwezen naar de WTZi (die overigens nog door de Tweede Kamer moet worden aangenomen) door het stellen van voorwaarden en beperkingen aan de toelating als oplossing voor de gesignaleerde problemen.

Deze wet voorziet namelijk in de mogelijkheid dat een bestuursorgaan:

- objectief beoordeelt of er wel sprake is van AWBZ-zorg die de instelling verleent;
- eisen stelt op grond van het beleidskader;
- eisen stelt aan de transparantie van het bestuur en de bedrijfsvoering;
- individuele voorschriften aan de toelating verbindt.

Op deze manier wordt er bewaakt welke aanbieders er op de markt komen.

**KPMG onderzoek**

Uit het in de bijlage opgenomen onderzoek van KPMG blijkt dat zorgkantoren ook voorstander zijn van het stellen van strengere toelatingseisen aan zorgaanbieders als eventueel alternatief voor de opheffing van de contracteerverplichting.

**Informatieve  
functie van de  
toelating**

Verder is nog van belang dat de toelating, als bedoeld in de AWBZ, veronderstelt dat een instelling in staat is de hulp waarvoor zij is toegelaten op een adequaat niveau te verlenen. Omdat de toelating openbaar is heeft zij ook een belangrijke informatieve functie ten opzichte van verzekerden en verwijzers. Ook komt op die manier landelijke overzichts-informatie beschikbaar. Door de individuele toelating wordt duidelijk welke instellingen welke zorg kunnen verlenen, en tot welke instellingen de verzekerde zich in principe kan wenden. Voor de positie van de verzekerde ten opzichte van het zorgkantoor die zijn contractering kan

beperken kan dit van belang zijn. Zeker nu er na de modernisering van de AWBZ veel meer zorgaanbieders op de markt zijn gekomen, met name voor de extramurale zorg. Voor instellingen die als toegelaten zijn aangemerkt bestaan geen overzichten, dus is er geen enkel inzicht in welke instellingen als zodanig functioneren. Overigens is het zorgkantoor op basis van het Convenant wel verplicht om de verzekerde te informeren over de gecontracteerde (en dus toegelaten) aanbieders.

#### **4.c. Keuzevrijheid verzekerden**

##### ***Voldoende zorg en voldoende keuzevrijheid***

Door het opheffen van de contracteerplicht zijn zorgkantoren vrij te kiezen met welke zorgaanbieder zij wel en met welke zorgaanbieder zij geen contract wensen te sluiten. Het zorgkantoor is op grond van zijn zorgplicht verplicht om voldoende zorg voor zijn verzekerden in te kopen. *Voldoende zorg* inkopen is iets wezenlijk anders dan *voldoende keuzevrijheid* voor klanten. Voldoende zorg inkopen kan betekenen dat er door het contracteren met slechts één (grote) zorgaanbieder in de regio, voldoende zorg is ingekocht. Maar de klant heeft in deze situatie geen keuzevrijheid. In bijlage 4 bij het Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren van 13 maart 2001, wordt in deel B, punt 5 ('contracteren van zorg') vermeld dat "de gecontracteerde zorg moet bovendien voldoende gedifferentieerd zijn om, rekening houdend met de omstandigheden van verzekerden, te kunnen voorzien in de uiteenlopende zorgbehoefte en verzekerden keuzemogelijkheden te bieden." Hieruit blijkt dat naast het contracteren van zorg, de keuzevrijheid van verzekerden in stand gehouden dient te worden.

##### ***Beperking keuzevrijheid***

Met het opheffen van de contracteerplicht wordt de keuzevrijheid van de verzekerde mogelijk juist ingeperkt. De verzekerde kan zich niet meer wenden tot elke instelling van zijn/haar keuze, maar dient zich te wenden tot de instellingen die door het zorgkantoor zijn gecontracteerd. Dit kan risicovol worden, omdat het zorgkantoor in zijn werkgebied een monopoliepositie heeft. Door die positie kan het zorgkantoor zich een terughoudend contracteerbeleid veroorloven. Veroorloven, omdat er geen kapers (in de vorm van concurrerende andere zorgkantoren) op de kust zijn. Met andere woorden een zorgkantoor dat geen behoefte heeft aan het contracteren van meer dan een aanbieder of meer nieuwkomers onder de aanbieders, omdat dit bedrijfsmatig gezien niet nodig en wenselijk is, vormt een sta in de weg aan het keuzeaanbod van verzekerden.

##### ***Terughoudend contracteerbeleid***

##### ***Verzekerde kan niet overstappen naar ander***

Kanttekening hierbij is bovendien dat de verzekerden, door de constructie van de zorgkantoren, geen keuze hebben ten aanzien van welk zorgkantoor zij zouden willen inschakelen.

**zorgkantoor** Het zorgkantoor is gebonden aan de regio en een verzekerde kan daardoor niet zoals dat bij ziekenfondsen dat wel het geval is, overstappen van het ene zorgkantoor naar het andere. Dus ook indien zorgkantoren op de hoogte zijn van de vraag van de verzekerde, maar zij hier niet volledig aan voldoen, dan nog hebben verzekerden geen mogelijkheid bij ontevredenheid over het zorgkantoor, zich aan te sluiten bij een ander zorgkantoor, wat wel aan de wensen/vraag van de verzekerde voldoet, tenzij een verzekerde een zorgaanbieder kiest uit een andere regio, die daardoor een contract heeft met een ander zorgkantoor.

**Naleving van de convenantafspraken** Zoals al vermeld, vormt het Convenant een schriftelijke afspraak waarvan toegezegd is door de zorgkantoren dat deze nageleefd zullen worden. Partijen bij het Convenant kunnen de zorgkantoren aanspreken op de plicht tot het inkopen van voldoende, gedifferentieerde zorg die de keuzevrijheid van verzekerden waarborgt. Tenslotte kijkt het College toezicht zorgverzekeringen ook naar de naleving van de convenantsafspraken, dus via het CTZ kunnen zorgkantoren ook worden aangesproken op hun contracteerbeleid dat niet strookt met de convenantsafspraken.

**Handreikingen voor zorgkantoren** Om de vraag en behoefte van verzekerden in beeld te krijgen, worden aan zorgkantoren al een aantal handreikingen gegeven. Zorgkantoren maken bijvoorbeeld gebruik van het AZR (het AWBZ Zorgregistratiesysteem), reeds gefaciliteerd door het CVZ, waarin de vraag naar zorg en het aanbod in de zorg via een systeem geregistreerd wordt. Bovendien wijst het College op het door het CVZ op 27 mei 2003 uitgebrachte rapport modernisering AWBZ deel 2, facilitering zorgkantoren, waarin diverse handreikingen worden gedaan om zorgkantoren te stimuleren in hun inkoopbeleid, waaronder het gedifferentieerd inkopen van zorg met voldoende keuzevrijheid voor de verzekerde. Een aantal van de in dit rapport genoemde trajecten zijn reeds gestart. Ten slotte zij nog opgemerkt dat inzicht in de vraag van verzekerden op dit moment volop in beweging is en zich verder aan het ontwikkelen is.

#### **4.d. Continuïteit van de zorgverlening**

Continuïteit van zorgverlening kan continuïteit van zorgverlening voor de verzekerde betekenen, maar ook continuïteit van de zorgverlening voor de instelling, in verband met de mogelijke financiële problemen waarin deze kan geraken indien het zorgkantoor geen contract meer met deze instelling wil sluiten.

**Dienen er maatregelen getroffen te worden?** Voorop gesteld dat zorginstellingen ook met een contracteerplicht in financiële problemen kunnen geraken, is het de vraag of hiervoor maatregelen moeten worden getroffen, omdat dit immers een (logisch) gevolg is van

marktwerking. Dienen instellingen waaraan geen behoefte bestaat om wat voor reden dan ook (geen goede kwaliteit of andere instellingen die dezelfde zorg op een betere/doelmatigere manier leveren) in stand gehouden te worden? Instellingen die in financiële nood raken vanwege het feit dat er geen of te weinig contracten met hen worden gesloten, zouden dan ook niet meer voor enige vorm van steunverlening in aanmerking moeten komen, er is immers kennelijk vanuit de zorgkantoren (en die moeten voldoen aan de vraag van de verzekerden) geen of een beperkte behoefte aan de instelling. Wellicht zou het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) nog iets op dit gebied kunnen betekenen. Maar van een instelling die onvoldoende gecontracteerd wordt en daardoor in financiële nood raakt, kan een deel van de capaciteit overtollig worden. In geval van afstoting van de overtollig geworden capaciteit is het de vraag of via het CSZ een beroep op een uitkering uit het Saneringsfonds mogelijk zou moeten zijn. Het College is er zich van bewust dat het hier gaat om opheffing van de contracteerplicht ten aanzien van de extramurale zorg, maar is van mening dat voor zorgaanbieders die zowel intra- als extramurale zorg leveren, dit aspect toch van belang kan zijn.

***Niet zomaar de  
contractsrelatie  
opzeggen***

Daarnaast is het in het huidig privaatrechtelijk verkeer zo dat een contractsrelatie tussen partijen die al geruime tijd bestaat, niet zomaar door één van die partijen opgezegd kan worden. Daar dienen gegronde redenen voor aanwezig te zijn.

***WTZi***

Het CVZ wijst nogmaals op de WTZi. Deze wet voorziet in een instrumentarium dat beoogt voorafgaand aan toetreding op de markt, aanbieders te toetsen. Deze toetsing is van belang in verband met het beperken van het risico van mogelijke financiële problemen van zorgaanbieders.

***Nadeel voor  
landelijk werkende  
zorgaanbieders***

Overigens kunnen de landelijk werkende zorgaanbieders door opheffing van de contracteerplicht, een groot nadeel ondervinden. Deze zorgaanbieders kunnen benadeeld worden door het opheffen van de contracteerplicht, doordat een zorgkantoor in zijn regio waar de desbetreffende zorgaanbieders hun (toegelaten) vestigingsplaats hebben, niet wenst te contracteren met deze zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat het zorgkantoor in zijn regio al voldoende zorg heeft gecontracteerd. Dat betekent dat deze landelijk werkende zorgaanbieder geen overeenkomst heeft met het zorgkantoor en verzekerden zich dus ook niet tot deze aanbieder kunnen wenden. De landelijke zorgaanbieder kan dit oplossen door bijvoorbeeld een dependance in een andere regio apart toelating aan te laten vragen, waardoor deze dependance een contract kan sluiten met het zorgkantoor in zijn regio.

<b><i>Tijdige signalering voor risicovolle situaties</i></b>	<p><i>4.d.1. Early warning system</i></p> <p>In het Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren is de afspraak gemaakt om een instrument voor de zorgkantoren te ontwikkelen om tijdig situaties te signaleren die risicovol zijn voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening. Dit is het zogenaamde early warning system. Gebleken is namelijk dat zorgkantoren soms werden overvallen door financiële problemen bij zorginstellingen. Deze ontwikkeling heeft het CVZ en het CTZ in samenspraak doen besluiten om van de zorgkantoren expliciet te verlangen dat zij aan actieve monitoring doen (early warning). Deze monitoring is gericht op het tijdig opsporen, analyseren, bespreekbaar maken en beïnvloeden van mogelijke problemen in het bestuurlijk en bedrijfsmatig functioneren van de zorginstellingen. Deze monitoring vindt plaats met het oog op de risico's voor de continuïteit en de kwaliteit van het zorgaanbod. In 2002 heeft ZN in samenwerking met de zorgkantoren een dergelijk early warning system ontwikkeld.</p> <p>Het CVZ heeft in een circulaire van 28 mei 2003 (nr. 03/28) zorgkantoren verzocht om met ingang van het uitvoeringsverslag over 2003 verantwoording af te leggen over het gebruik van early warning en de inspanningen van het zorgkantoor daarbij.</p>
<b><i>Meer zekerheden geëist van de instelling</i></b>	<p><i>4.d.2. Financiële gevolgen voor instellingen</i></p> <p>In een situatie van contracteervrijheid zal een zorginstelling geconfronteerd worden met financiers en woningcorporaties die meer zekerheden van de instelling zullen eisen, nu er grote onzekerheid bestaat of de instelling wel gecontracteerd zal worden en de financiering van de instelling daarmee zeker is gesteld. Met het vervallen van deze zekerheid zullen de banken en woningcorporaties andere zekerheden gaan eisen. Er kunnen zwaardere eisen aan de instelling gesteld worden. Dit zijn eisen ten aanzien van de financiële positie van de instelling, en eisen aan de kwaliteit van het management, bijvoorbeeld. Dit zal leiden tot financiering van een instelling door banken en woningcorporaties met een (afhankelijk van de geboden zekerheden) hogere rentevergoeding en kortere looptijden.</p>
<b><i>Kans op fusies en samenwerking</i></b>	<p>Door de opheffing van de contracteerplicht en daarmee de zekerheid van financiers voor een instelling, kunnen er onder zorgaanbieders veel fusies en samenwerking gaan plaatsvinden om de zekerheid van contracteren te vergroten, waardoor het doel van marktwerking in de zorg voorbij wordt gestreeft.</p>
<b><i>Stichting Waarborgfonds</i></b>	<p>Om de financiële zekerheid van zorginstellingen tegenover banken te kunnen garanderen, kunnen de instellingen zich aansluiten bij de Stichting Waarborgfonds.</p>

#### **4.e. Inkoopbeleid zorgkantoren**

##### ***Voldoende en doelmatige zorg inkopen***

Volgens het Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren van 13 maart 2001 dienen zorgkantoren voldoende en doelmatige zorg in te kopen, alsmede zorg in te kopen die naar haar aard aansluit bij de zorgvraag. Bovendien stelt het zorgkantoor voor het contracteren van zorg een contracteerbeleid op. Uit het Convenant blijkt dat er reeds afspraken zijn gemaakt met zorgkantoren over een op te stellen contracteerbeleid.

##### ***Impuls voor zorgkantoor om inkoopbeleid te ontwikkelen***

Zorgkantoren dienen zich voldoende in te spannen om een dergelijk inhoudelijk, transparant en openbaar inkoopbeleid te ontwikkelen. Maar zoals al eerder gesteld, hebben verzekeren niet zoals bij de ziekenfondsen, de mogelijkheid te uit te wijken naar een ander zorgkantoor, indien zij niet tevreden zijn over het contracteerbeleid van het zorgkantoor. De vraag is daarom of het zorgkantoor een impuls zal krijgen om een dergelijk inkoopbeleid te ontwikkelen en te handhaven. Op basis van de afspraken uit het Convenant kunnen partijen bij het Convenant zorgkantoren aanspreken op nakoming van de afspraken vastgelegd in het Convenant. Daarnaast houdt het CTZ toezicht op de zorgkantoren en kan uit dien hoofde de zorgkantoren ook aanspreken op nakoming van de convenantsafspraken. Tenslotte kunnen zorgkantoren, indien zij in onvoldoende mate een contracteerbeleid ontwikkelen, hierop afgerekend worden door in de volgende periode waarin zorgkantoren opnieuw voor 4 jaren als zorgkantoren worden aangewezen, deze zorgkantoren niet opnieuw aan te wijzen.

##### ***Scherpere transparantie-eisen***

Incentives zouden moeten worden gezocht in de aan zorgkantoren te stellen scherpere transparantie-eisen (juist nodig omdat concurrentie tussen zorgkantoren ontbreekt en het zorgkantoor een monopoliepositie inneemt. Daardoor is het nodig dat het zorgkantoor een transparant inkoopbeleid voert zodat gecontroleerd kan worden dat het zorgkantoor geen misbruik maakt van zijn monopoliepositie). Aldus zullen de zorgkantoren meer gefocused zijn op uitkomsten van bijvoorbeeld benchmarks en op het oordeel van het overheidstoezicht. Van een en ander kan dan een kwaliteitsimpuls worden verwacht.

##### ***Prikkeling zorgkantoren***

Het zorgkantoor wordt in die zin geprikkeld om goed te onderhandelen omdat de aanwijzing van zorgkantoren steeds plaats vindt voor een periode van vier jaar, met de mogelijkheid dat de aanwijzing niet wordt verlengd. Bovendien is er wettelijk toezicht op de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren, namelijk door het CTZ. Toch is het financiële belang van het zorgkantoor bij een goed onderhandelingsresultaat beperkt.

##### ***Uitvoeringsorgaan verantwoordelijk***

Het zorgkantoor is geen zelfstandige rechtspersoon, maar wordt geëxploiteerd door de uitvoeringsorganen. Een

**voor uitvoering van AWBZ door zorgkantoren** uitvoeringsorgaan heeft er baat bij om te zorgen dat het zorgkantoor zijn contractering voor de AWBZ-zorg naar behoren uitvoert. Het is immers verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren en wordt op het beleid van het zorgkantoor aangesproken, ook door zijn verzekerden. Maar dit belang van het uitvoeringsorgaan kan ook, zoals eerder vermeld, tot gevolg hebben dat deze de uitvoering van de AWBZ voor zijn eigen verzekerden wil gaan uitvoeren.

**Diverse handreikingen** Echter uitgaande van de huidige situatie zouden incentives voor een adequaat inkoopbeleid kunnen worden gezocht in de aan zorgkantoren te stellen scherpere transparantie-eisen. Aldus zullen de zorgkantoren meer gefocused zijn op uitkomsten van bijvoorbeeld benchmarks en op het oordeel van het overheidstoezicht. Van een en ander kan dan een kwaliteitsimpuls worden verwacht. Er zijn op dit terrein diverse documenten van onder andere het CVZ beschikbaar waarin handreikingen worden gedaan richting zorgkantoren op dit gebied. Voorbeelden hiervan zijn:

- Het rapport modernisering AWBZ deel 2, facilitering zorgkantoren;
- De huidige benchmarking;
- De door VWS in samenwerking met ZN ontwikkelde "Spelregels voor de zorginkoop";
- Een door het CVZ bij het IVA uitgezet onderzoek naar de modelontwikkeling van een bepaling voor regionale zorgbehoefte;
- Een door het CVZ bij bureau HH&M uitgezet onderzoek naar de zorginkoop door zorgkantoren;
- Een door het CVZ bij bureau HH&M uitgezet onderzoek naar de registratie en verantwoording van de geleverde zorg in de gemoderniseerde AWBZ;
- Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening;
- De AZR (AWBZ zorgregistratie).

**Onderzoeksrapport KPMG** Uit het onderzoeksrapport van KPMG, blijkt dat zorgkantoren bezig zijn om een inkoopbeleid te ontwikkelen en ook uit te voeren, maar dat er nog een aantal stappen gezet dienen te worden ten aanzien van het ontwikkelen van een inkoopbeleid door de zorgkantoren en het gebruiken en verwerken van informatie om een inkoopbeleid te ontwikkelen. Ter ondersteuning daarvan lopen er op dit moment al trajecten en onderzoeken om zorgkantoren daarin te ondersteunen en te faciliteren.

Daar komt nog bij dat door het voorziene wegvallen van Uitkomsten van Overleg en Modelovereenkomsten de zorgkantoren meer armslag zullen krijgen voor eigen beleid.

## 5. Conclusies

<b><i>Versterking onderhandelingspositie zorgkantoren</i></b>	De staatssecretaris is van plan de contracteerplicht voor de extramurale zorg in de AWBZ op te heffen. Hiermee hoopt zij de onderhandelingspositie van zorgkantoren te versterken en de aanbodsturing om te buigen in een vraaggestuurde zorg.
<b><i>Op zichzelf beschouwd opheffen contracteerplicht een gewenste ontwikkeling</i></b>	Het College is van mening dat het afschaffen van de contracteerplicht op zichzelf beschouwd een gewenste ontwikkeling is. De contracteerplicht kan immers soms belemmerend werken en door deze belemmering weg te nemen wordt het mogelijk dat het zorgkantoor kan besluiten bepaalde zorgaanbieders van de levering van AWBZ-zorg uit te sluiten, indien deze niet de kwaliteit en doelmatigheid kunnen bieden die het zorgkantoor vergt. In zijn eerdere rapport Modernisering AWBZ deel 2 heeft het College dit ook gesteld, zij het toen al met de voorlopige kanttekening dat het opheffen van de contracteerplicht risico's met zich zou kunnen brengen voor de positie van de zorgkantoren.
<b><i>Niet enkel afschaffen van de contracteerplicht</i></b>	Het College heeft nu in het onderhavige rapport aangetoond dat het enkele afschaffen van de contracteerplicht – zonder gelijktijdige flankerende structurele maatregelen – inderdaad risico's met zich brengt voor het voortbestaan van de huidige regionale uitvoering van de AWBZ door in de regio's exclusief werkende zorgkantoren. Naast het opheffen van de contracteerplicht zou tegelijk moeten worden gekeken naar een andere uitvoeringsstructuur die consistent is met een stelsel dat beleidsvrijheid en ondernemersschap introduceert.
<b><i>Positie zorgkantoren verstevigen</i></b>	Voorzolang de regionale regie middels zorgkantoren beleidsuitgangspunt blijft, is het noodzakelijk om tegelijkertijd met de opheffing van de contracteerplicht de positie van de zorgkantoren structureel te verstevigen, vooral ook ten opzichte van de uitvoeringsorganen. Dit betekent echter een zeer basale wijziging van de AWBZ, met grote consequenties voor de positie van die uitvoeringsorganen.
<b><i>Geen haalbare stap</i></b>	Gezien de fundamentele discussies die momenteel over de aard en omvang van de AWBZ spelen, onder meer in relatie tot de expansie van kosten in de AWBZ, maar ook in relatie tot de voorgestane wijzigingen per 1 januari 2006 in de aanpalende curatieve zorgverzekering, meent het College dat een dusdanige structuurwijziging in de AWBZ op dit moment geen haalbare stap is. Dit nog afgezien van het feit dat de door de staatssecretaris voorziene invoeringsdatum van 1 januari 2005 in de tijd al niet haalbaar lijkt.
<b><i>Op dit moment geen afschaffen</i></b>	In verband met een en ander verdient het aanbeveling om de voorgestane maatregel van de opheffing van de

<b>van de contracteerplicht</b>	contracteerplicht in de AWBZ op dit moment niet door te voeren.
<b>KPMG onderzoek</b>	Ook de zorgkantoren zelf wijzen op het risico dat door opheffing van de contracteerplicht de zorgkantoorconstructie onder druk komt te staan, zoals blijkt uit het rapport van KPMG, over de ontwikkeling van concurrerend aanbod in zorgkantoorregio's.
<b>Beoogde doel langs andere wegen te bereiken</b>	Daarbij komt dat het beoogde doel van de staatssecretaris (meer onderhandelingsruimte voor de zorgkantoren en van aanbodssturing naar vraagsturing) ook voor een deel langs andere wegen bereikt kan worden. Er zijn al verschillende trajecten ingezet om zorgkantoren meer onderhandelingsruimte te geven en een gefundeerd contracteerbeleid te ontwikkelen. Daarnaast wordt er door invoering van de wet Herziening overeenkomstenstelsel zorg, die de Uitkomsten van Overleg en Modelovereenkomsten afschaft, meer ruimte gelaten aan zorgkantoren om hun eigen contracteerbeleid te bepalen en in te vullen door het maken van striktere afspraken. Bovendien wordt er door de invoering van de functiegerichte bekostiging meer ruimte gelaten om te variëren in het maken van tariefafspraken.
<b>Positie zorgkantoren niet in gevaar</b>	Intussen is het College zeer recent gebleken dat van de zijde van Zorgverzekeraars Nederland het voornemen bestaat om te bewerkstelligen dat de positie van de zorgkantoren na opheffing van de contracteerplicht niet in gevaar komt. De staatssecretaris heeft inmiddels kenbaar gemaakt dat de contracteerplicht per 1 januari 2005 toch wordt opgeheven. Het zou dan naar de mening van het College noodzakelijk zijn om deze gewenste voortgezette positie van de zorgkantoren in het Convenant te verankeren.
<b>Kaderstellende voorwaarden aan ministeriële aanwijzing</b>	Voorts verdient het aanbeveling om, indien de staatssecretaris de contracteerplicht opheft, aan de hernieuwde (vierjaarlijkse) ministeriële aanwijzing van zorgkantoren kaderstellende voorwaarden te verbinden voor een adequaat contracteerbeleid. Daarmee kunnen een aantal andere risico's, zoals bijvoorbeeld de beperking van de keuzevrijheid van verzekerden, zoveel mogelijk worden teruggedrongen.

#### **College voor zorgverzekeringen**

drs. J.S.J. Hillen  
Voorzitter

dr. P.C. Hermans  
Algemeen Directeur