Bijlage 1 bij brief 355051-119080-HLZ

Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging
Looptijd: 2014 tot 2017

Partijen:
- ActiZ organisatie van zorgondernemers (ActiZ)
- Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Het Ministerie van VWS (VWS)

Algemeen
Met ingang van 1 januari 2015 zullen verpleging en verzorging zonder verblijf worden opgenomen in het verzekerd pakket op grond van de Zvw. Hierdoor wordt deze zorg beter verbonden met de overige curatieve zorg, zoals huisartsenzorg en verpleegkundige zorg, en dichterbij het sociale domein gepositioneerd. Door een sterkere eerste lijn kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen en kan het beroep op zwaardere zorg en (langdurige) ziekenhuisopnamen zoveel mogelijk worden voorkomen. Gemeenten worden verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen met een beperking bij zelfredzaamheid en participatie. Ook worden zij verantwoordelijk voor de ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen die geen verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.
Zorg en ondersteuning moeten de burger gezamenlijk in staat stellen zo lang mogelijk in eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom. Het gaat om een andere manier van zorg verlenen, waarbij de focus ligt op zelfredzaamheid, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik. De vraag van de cliënt en zijn (on)mogelijkheden moet bepalend zijn voor de zorg of ondersteuning die hij ontvangt. De wijkverpleegkundige vormt de verbinding tussen de verschillende domeinen.

De transitie op het gebied van verpleging en verzorging betreft een omvangrijke operatie, op inhoud en op organisatie. Dit vraagt om een zorgvuldig en geleidelijk invoeringstraject waarbij het van belang is dat risico's niet eenzijdig bij 1 partij komen te liggen, maar alle betrokkenen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voelen. Hierbij zijn de verantwoordelijkheden van partijen als volgt te definiëren:

Cliënten/burgers hebben een cruciale rol in het stelsel van ondersteuning en zorg om hun leven zo veel mogelijk zelf en met anderen vorm te geven. Zij nemen de zorg en ondersteuning af die daarbij noodzakelijk is.

Aanbieders en zorgverleners zijn verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en gepaste zorg en ondersteuning van goede kwaliteit.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om hun zorgplicht jegens verzekerden na te komen. Zij zullen dat zo doelmatig mogelijk doen, door bij de zorginkoop te letten op doelmatige en gepaste zorg. Vanaf 2015 worden zij verantwoordelijk voor de inkoop van wijkverpleging.

De *overheid* is op systeemniveau verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit en schept vanuit die verantwoordelijkheid de randvoorwaarden zodat cliënten, aanbieders, zorgverzekeraars/zorgkantoren en gemeenten hun rol in het zorgstelsel kunnen spelen en ziet toe op de naleving van regels.

In dit akkoord wordt niet ingegaan op de aanvullende maatregelen die het mogelijk maken om in specifieke gevallen zorg op maat te kunnen leveren. Per Saldo en ZN werken momenteel aan een

voorstel om, conform de aangenomen motie van Bergkamp c.s., de bouwstenen van het pgb te realiseren binnen de Zvw voor hele specifieke zorgvragen.

Partijen stellen zo snel mogelijk een werkagenda op om de afspraken uit dit akkoord verder uit te werken.

1. Financiële randvoorwaarden

1.1 Financieel kader en budgettaire taakstelling

De beschikbare financiële kaders voor de aanspraak wijkverpleging bedragen voor de jaren 2015 en 2016 respectievelijk € 3,079 mld. en € 3,349 mld., exclusief jaarlijkse indexatie voor loon- en prijsbijstelling. In onderstaande tabel wordt het kader weergegeven, hierin is de taakstelling verwerkt.

Aanspraak wijkverpleging		**2015**		**2016**	
Uitgaven start		2.998		3.142	
Waarvan:	PV		2.218		2.346
	VP		619		635
	Overig*		161		161
Bij-groei		121		176	
Bij-extramuralisering		264		424	
Totaal		3.383		3.742	
Korting PV		-404		-533	
Korting VP vanaf 2017		0		0	
resteert		2.979		3.209	
Intensivering wijkverpleging		40		80	
MSVT**		60		60	
Totaal		**3.079**		**3.349**	

* Hieronder valt de IKZ, PTZ, maar excl. BEH ZG

** MSVT maakt onderdeel uit van het ziekenhuiskader

In deze cijfers zijn de huidige inzichten ten aanzien van groei en extramuralisering verwerkt. Deze onderdelen zijn nog niet definitief vastgesteld en worden geactualiseerd op basis van de realisatiegegevens NZa 2013 en nader onderzoek naar de effecten van extramuralisering. Uiterlijk op 1 juni 2014 worden de cijfers met betrekking tot de groei en extramuralisering geactualiseerd.

1.2 Inspanningsverplichting

Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de taakstelling te realiseren en komen overeen dat bij de zorginkoop en de zorgverlening het hierboven genoemde financiële kader als uitgangspunt dient. Partijen leveren een uiterste inspanning om overschrijdingen te voorkomen. Indien ondanks de gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden van het budgettaire kader verpleging en verzorging zal de minister van VWS deze redresseren, bijvoorbeeld via het MBI of tariefskorting.
Voor het transitiejaar 2015 zullen specifieke afspraken gemaakt worden ten aanzien van de budgettaire beheersing (zie paragraaf 2.1).

2. Bekostiging

2.1 Bekostiging en inkoop van wijkverpleging tijdens transitieperiode

Partijen spreken af dat er voor de aanspraak 'wijkverpleging' een nieuw bekostigingsmodel ontwikkeld wordt. Omdat is gebleken dat een adequate ontwikkeling en invoering van de nieuwe bekostiging meer tijd vergt, wordt in 2015 gewerkt met een transitiemodel.
Door te werken met een transitieperiode krijgen zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders meer tijd om zich voor te bereiden op de nieuwe bekostigingssystematiek.

De Nza bekijkt of er in het transitiemodel een stap richting vernieuwing en toekomstige bekostiging mogelijk is, waarbij de huidige AWBZ bekostiging wordt vervangen en/of vereenvoudigd. Hierbij wordt gestreefd naar meer vrijheid voor aanbieders om zelf passende arrangementen voor cliënten te bepalen.
Indien dit niet mogelijk is, vindt de bekostiging tijdens de transitie plaats op basis van de huidige prestaties in de AWBZ (verpleging en verzorging). De (wijk)verpleegkundige zorg die op dit moment niet in prestaties is gevat zoals coördineren, signaleren en regisseren, krijgen ook een plek in het transitiemodel. De medisch specialistische verpleging thuis (msvt) valt al onder de Zvw en zal tijdens de transitieperiode op dezelfde wijze ingekocht en bekostigd worden zoals nu het geval is.
De NZa wordt gevraagd om uiterlijk 1 april 2014 een advies op te leveren waarin het transitiemodel nader is uitgewerkt. De partijen van dit akkoord en gemeenten worden hierbij actief betrokken.

Beheersbaarheid van het macrobudget is een belangrijke randvoorwaarde in het transitiemodel. Omdat in 2015 nog geen nieuwe bekostiging met de juiste prikkels kan worden ingevoerd en verzekeraars nog niet (volledig) risicodragend zijn, is extra waarborg voor budgettaire beheersing nodig.
In 2015 vindt inkoop plaats op basis van representatie, waarbij verzekeraars per (zorgkantoor)regio inkopen. Verzekeraars en aanbieders contracteren in 2015 voor wijkverpleging niet boven de financiële omvang van 2014 minus de afgesproken taakstelling 2015, met daarbij ruimte voor differentiatie tussen aanbieders. Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over de omvang van het individuele budget per aanbieder in 2015. Partijen delen de intentie om de taakstelling – in de regel - te realiseren via het reduceren van het zorgvolume. Zorgverzekeraars en aanbieders maken voor 1 april 2014 nadere afspraken over hoe dit vorm krijgt in de inkoop- en verantwoordingsprocedure 2015.
Het is aan de zorgorganisaties om, binnen het door de zorgverzekeraar vastgestelde budget, nieuwe arrangementen aan cliënten te bieden op basis van de visie op zorgverlening en doelmatigheid. Het gaat om het versterken van de zelfredzaamheid, ontzorgen, focus op kwaliteit van leven en gepast zorggebruik waardoor minder volume per cliënt kan worden ingezet.

De NZa zal worden verzocht de minister en staatssecretaris te informeren over het totaal van de gecontracteerde zorg en een inschatting te geven van de ongecontracteerde zorg. Hiertoe dienen zorgverzekeraars in december 2014 een opgave aan de Nza te verstrekken. Indien uit dit overzicht blijkt dat de uitgaven niet binnen het beschikbare financiële kader blijven, spreekt de minister aanbieders en verzekeraars hierop aan, zodat deze maatregelen kunnen nemen.

Partijen onderschrijven dat aanbieders voldoende werkkapitaal nodig hebben om liquiditeitsproblematiek, met mogelijk onwenselijke gevolgen voor de continuïteit van zorg, te voorkomen. Op voorhand wordt daarbij rekening gehouden met een facturerings- en betalingstermijn van 3 maanden. Vanuit dit uitgangspunt maken individuele zorgverzekeraars met de huidige aanbieders, mede op basis van informatie over het onderhanden werk en rekening houdend met de stand van de ICT systemen en administratieve lasten, afspraken over bevoorschotting. In individuele gevallen kunnen aanvullende afspraken nodig zijn om de continuïteit van zorg niet in gevaar te brengen. VWS beziet of wijzigingen in regelgeving ondersteunend kunnen zijn.

Het transitiemodel betreft in beginsel het jaar 2015. Op 1 maart 2015 is een go/no go moment ingebouwd waarin gekeken wordt of er wordt voldaan aan de randvoorwaarden om per 1 januari

2016 definitief over te gaan op het nieuwe bekostigingsmodel. Op dat moment wordt tevens een besluit genomen over de inkoop 2016.

2.2 Nieuwe bekostigingsmodel

Partijen hebben overeenstemming bereikt over de invoering van een nieuw bekostigingsmodel. Afhankelijk van het go/no go moment op 1 maart 2015, gaat op 1 januari 2016 deze nieuwe bekostiging voor wijkverpleging in.

Belangrijke uitgangspunten van het nieuwe bekostigingsmodel zijn: budgettaire beheersbaarheid, borging van de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige functie, prikkels tot ontzorgen en het bevorderen van zelfredzaamheid, aansluiting van zorg en ondersteuning zowel binnen de eerste lijn als naar het sociale domein, faciliteren van de specifieke wijkverpleegkundige taken zoals coördineren, signaleren, coachen en deelname aan sociale wijkteams en ruimte voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten.

Gegeven deze uitgangspunten is het voornemen om in de nieuwe bekostiging op basis van populatiebekostiging de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige, de signalerende functie en preventieve activiteiten te vergoeden. Daarnaast zal de bekostiging bestaan uit een aantal gemiddelde tarieven voor groepen cliënten, op basis van de voor de groep (deelpopulatie) specifieke kenmerken. Hierbij zal ook aandacht zijn voor specifieke groepen zoals intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg. Tot slot zal een deel van de nieuwe bekostiging worden gebaseerd op uitkomsten van de geleverde zorg.

De Nza wordt gevraagd dit model, in samenspraak met partijen van dit akkoord en gemeenten, verder te ontwikkelen en te adviseren over de precieze omvang en inhoud van de drie bekostigingslagen. Hierbij zal aandacht worden gevraagd voor een zorgvuldige invoering waarbij systeemrisico's met betrekking tot de continuïteit van zorg, zoals grote omzetschommelingen, wordt voorkomen. De NZa wordt ook gevraagd om bij de invulling van de bekostigingslaag 'beschikbaarheid', aandacht te besteden aan de onafhankelijkheid naar de organisatie die de zorg gaat leveren. Deze punten worden meegenomen in een impactanalyse.

2.3 Beschikbaarheidsvoorzieningen

Op dit moment zijn er zorgorganisaties die voorzieningen realiseren zoals onplanbare zorg of nachtzorg, veelal op regionaal niveau. Tijdens de transitiefase (zie paragraaf 2.1 en 2.2) worden de door deze organisaties gecreëerde basisvoorzieningen, gecontinueerd. Aan de NZa wordt gevraagd per regio in kaart te brengen welke organisaties deze voorzieningen leveren en welk budget hiermee gemoeid is. Deze informatie wordt gebruikt bij de vormgeving van het nieuwe bekostigingsmodel voor wijkverpleging.

3. Kwaliteitsagenda

3.1 Zorgvernieuwing

Met de transitie wordt de huidige productgerichte benadering omgezet naar een cliëntgerichte benadering. Binnen de aanspraak wordt maatwerk geleverd, wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Deze transitie is al lang gestart; veel thuiszorgorganisaties werken al via vernieuwende methoden in zelfsturende buurtteams. Tevens zijn er ervaringen opgedaan in de experimenten regelarme instellingen (ERAI) en 'In Voor Zorg!' projecten, waarbij zoveel mogelijk vanuit de wens van de cliënt is gewerkt en 'regels' zijn losgelaten. Beroepsgroepen en zorgaanbieders hebben een belangrijke rol in het realiseren van de benodigde cultuurverandering. De komende periode zal worden gebruikt om bij meer zorgorganisaties en zorgverleners deze zorgvernieuwing tot stand te brengen. Dit vindt onder meer plaats via 'In Voor Zorg!' en via de beroepsverenigingen.

3.2 Vaststellen van de zorgbehoefte door de verpleegkundige

Vanaf 2015 zal, zoals gebruikelijk in de Zvw, de professional, in dit geval de verpleegkundige, de (verpleegkundige) indicatie stellen: bepalen wat de cliënt nodig heeft, gezien zijn situatie en aangeven wie deze zorg het beste kan uitvoeren. Dit systeem veronderstelt wel dat de betrokken beroepsgroep helder kan beschrijven en onderbouwen hoe het proces van vraagverheldering en zorgtoewijzing verloopt, hetgeen tot uiting komt in een (indicatie)instrument, dat de normatieve zorgbehoefte vaststelt op basis van de vastgestelde diagnose. Belangrijk hierbij is dat wijkverpleging en maatschappelijke ondersteuning naadloos op elkaar aansluiten. Hiervoor worden landelijke uitgangspunten geformuleerd.
Belangrijk notie is dat het zorgproces dynamisch is en 'wat een cliënt nodig heeft' daardoor aan veranderingen onderhevig is.

VWS heeft V&VN de opdracht gegeven dit (indicatie)instrument te ontwikkelen. De betrokkenheid van de partijen van dit akkoord en de VNG wordt hierbij door V&VN geborgd. VWS stelt maximaal € 170.000 ter beschikking voor de ontwikkeling van dit instrument dat op 1 juni 2014 gereed moet zijn. Partijen realiseren zich dat deze planning noodzakelijk maar ambitieus is. Uiterlijk eind april bespreken partijen de vorderingen en worden, indien nodig, prioriteiten gesteld.

3.3 Richtlijnen

Richtlijnen helpen zorgprofessionals in hun besluitvorming over passende zorg en beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door de beroepsgroep V&VN zullen met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars - conform de uitgangspunten die het kwaliteitsinstituut hanteert - richtlijnen voor het verpleegkundig en verzorgend handelen ontwikkeld worden, waarbij ook kritisch wordt gekeken naar bestaande richtlijnen. De nieuwe richtlijnen moeten ondersteunend zijn aan de andere manier van werken, waarbij de nadruk ligt op kwaliteit van leven en welzijn. Er zal aandacht zijn voor specifieke groepen zoals intensieve kindzorg en palliatief terminale zorg. Voor de ontwikkeling van richtlijnen wordt structureel maximaal €1 mln. ter beschikking gesteld. Voor 1 april 2014 zal VWS een besluit nemen of zorgverzekeraars de kassiersfunctie hiervoor op zich nemen.

Belangrijke notie is dat niet alle zorg te vangen is in richtlijnen. Behoud of verbeteren van kwaliteit van leven vraagt om een luisterend oor en de mogelijkheden om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van het individu. Zorgverleners maken met elke cliënt een zorg(leef)plan. Het zorg(leef)plan geeft een beeld van de (gezondheids)situatie van de cliënt, de prognoses van aandoening(en), de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen die nodig zijn.

3.4 Kwaliteitsmeting en keuze-informatie

Voor het goed functioneren van het zorgsysteem is het belangrijk dat geleverde kwaliteit inzichtelijk is zodat vergelijkingen gemaakt kunnen worden en patiënten een keuze kunnen maken uit het zorgaanbod. Patiëntenorganisaties ontwikkelen in samenspraak met de partijen van het akkoord - conform de uitgangspunten die het kwaliteitsinstituut hanteert – instrumenten voor kwaliteitsmeting en keuze-informatie. Zij leveren hiervoor uiterlijk op 1 juni een plan van aanpak, inclusief begroting, op. Voor de ontwikkeling van dit instrumentarium wordt geld ter beschikking gesteld.

3.5 Nieuwe vaardigheden en competenties

VWS en BZK stellen in de periode 2014-2015 resterende middelen beschikbaar aan het ZonMw programma 'Zichtbare schakel' om meer wijkverpleegkundigen op te leiden en het onderwijsaanbod aan te passen aan de toekomstige taken van de wijkverpleegkundige. Er zullen middelen beschikbaar komen voor scholing van het huidige potentieel wijkverpleegkundigen. Samenwerking met het sociale domein en competenties voor het aanleren van zelfmanagement zijn uitdrukkelijk onderdeel van het traject. Voor de scholing van nieuwe vaardigheden en competenties en de deskundigheidsbevordering van verzorgenden in de wijk zal een separaat traject gaan lopen. Beide trajecten zullen aansluiten bij het programma van de wijkteams.
De betrokkenheid van werkgevers wordt geborgd.

4. Zorgvuldige overgang

4.1 Overgang voor cliënten

De rechten van cliënten verschuiven per 2015 van een wettelijk recht op AWBZ-zorg naar een wettelijk recht op Zvw-zorg. De zorgverzekeraar in de Zvw heeft zorgplicht.

Om de continuïteit van zorg voor cliënten te borgen beschouwen verzekeraars cliënten die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor verpleging of verzorging in de AWBZ hebben, en waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken of die in zorg zijn, door zorgverzekeraars op 1 januari 2015 als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor wijkverpleging op grond van de Zvw. Dit betekent dat alle cliënten die in zorg zijn op 1 januari 2015 zorg kunnen ontvangen van dezelfde aanbieder. Het is niet zo dat de zorg 1 op 1 hetzelfde is als de zorg die cliënten gewend waren vanuit de AWBZ te ontvangen. In de loop van 2015 kan het zijn dat er, binnen het recht op zorg dat er in de Zvw is, een andere invulling aan zorg gegeven wordt.

Het is belangrijk om cliënten en zorgverleners eenduidig en goed te informeren over de wijzigingen in de Zvw en de overgang van de AWBZ naar de Zvw. Dit wordt meegenomen in het overkoepelende communicatieplan waar partijen gezamenlijk uitvoering aan geven.

4.2 Invoering bedrijfsprocessen

Er zal vanaf 2015 moeten worden gedeclareerd bij individuele zorgverzekeraars in de Zvw waardoor aanpassingen moeten worden doorgevoerd in de bedrijfsprocessen van aanbieders en verzekeraars. In 2015 wordt gewerkt met een transitiemodel met betrekking tot de bekostiging. In de werkafspraken transitie HLZ zijn afspraken gemaakt over overdracht van gegevens, invoering van ICT en een ketentest waarbij wordt nagegaan of alle partijen in staat zijn om gegevens met elkaar uit te wisselen.

Per 1 januari 2016 moet er gedeclareerd en uitbetaald worden volgens de nieuwe systematiek. Uiterlijk op 1 maart 2015 moet de nieuwe bekostigingssystematiek voor 2016 bekend zijn, zodat gestart kan worden met de bouw van ICT-voorzieningen en de aanpassing van de backoffice van aanbieders en verzekeraars. Vanaf 1 maart 2015 wordt met partijen gewerkt aan de product- en tariefsstructuur en het vormgeven van de Nza beleidsregels die uiterlijk 1 juli 2015 worden vastgesteld. De gereedheid van de ICT pakketten wordt door een ‘ketentestmanager’ getoetst.

5. Monitoring

Partijen benadrukken het belang van het monitoren van kwaliteit en kosten. Hierover zijn in de transitie HLZ werkafspraken gemaakt.

Partijen zullen de ontwikkeling van de zorguitgaven voor de ‘wijkverpleging’ nauwgezet monitoren, zodat tijdig duidelijk wordt wanneer overschrijding van het budgettaire kader aan de orde is. Ook de uitgaven in de Wmo zullen gemonitord worden. De uitkomsten en conclusies van deze monitor evenals de mogelijke consequenties worden door de partijen van dit akkoord besproken.

Specifiek voor verpleging en verzorging onderschrijven partijen het belang van substitutie van tweede naar eerstelijnszorg naar zelfzorg en van extramuralisering van intramurale voorzieningen voor langdurige zorg. Partijen vinden het van belang dat de mate waarin de ‘wijkverpleging’ hier aan bijdraagt, wordt gemonitord. Daarom spreken partijen af aan te sluiten bij de reeds in ontwikkeling zijnde substitutiemonitor voor de tweede en eerstelijn om te bezien of deze kan worden uitgebreid met de wijkverpleegkundige zorg.

VWS belegt na drie jaar evaluatieonderzoek van de ontwikkeling van wijkverpleegkundige zorg in buurt en wijk. Punten die hierbij aan de orde zullen komen zijn de kwaliteit van de toegang tot de zorg, de kwaliteit van de zorg zelf, de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars en de financiële beheersbaarheid. Hierbij wordt expliciet aandacht besteed aan een aantal specifieke

groepen, o.a. intensieve kindzorg, palliatief terminale zorg en jeugd voor wie de persoonlijke verzorging onder de jeugdwet valt.

6. Gelijk speelveld en keuzevrijheid

6.1 Gelijk speelveld

Partijen onderschrijven het belang van keuzevrijheid voor cliënten en een gelijk speelveld tussen alle zorgaanbieders: geen gelijke uitkomst, maar wel een gelijke startpositie. Daartoe moet een aantal randvoorwaarden worden vervuld:

- gelijkwaardige aanbieders (bestaande en nieuwe) moeten een gelijkwaardige toegang hebben tot de verdeling van middelen,
- informatie over de de facto ingekochte zorg is vóór 19 november van jaar t-1 beschikbaar voor cliënten,
- het inkoopbeleid en inkoopproces moet open en transparant zijn, evenals de wijze waarop gebruik gemaakt wordt van de mogelijkheid tot bevoorschotting.

Dit betekent voor het inkoopbeleid:

- per zorgverzekeraar gelijktijdige publicatie van het inkoopbeleid voor alle aanbieders;
- verschillende aanbieders kunnen een aanbod bij een individuele zorgverzekeraar doen;
- gelijke eisen voor gelijke zorg.

Een gelijk speelveld en de nieuwe bekostiging dienen bij te dragen aan hoogstaande zorg. Aanbieders bieden efficiënte en kwalitatief goede zorg en kunnen hier altijd op getoetst worden door zorgverzekeraars. Onder aanbieders vallen ook de zelfstandig werkende zorgverleners.

Het gestelde onder 6.1 heeft onverkort betrekking op de toepassing van artikel 13 Zvw. Omdat alle cliënten die op 31 december 2014 in zorg zijn, in 2015 zorg kunnen ontvangen van dezelfde aanbieder en de verzekeraar deze zorg zal vergoeden, zal de toepassing van artikel 13 in 2015 beperkt zijn.

6.2 Keuzevrijheid

Het is van belang dat verzekerden en patiënten/cliënten over de mogelijkheden beschikken om verantwoord te kunnen kiezen tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars. Dat vergt een transparant en duidelijk overzicht van verzekeringspolissen waaruit jaarlijks een keuze kan worden gemaakt. Daarbij dient het onderscheid tussen restitutie-, natura- en combinatiepolissen glashelder te zijn. Aan verzekerden zal bij het aanbieden van de polis het verschil tussen de naturapolis en de restitutiepolis worden toegelicht.

Als de verzekerde kiest voor een naturapolis c.q.-onderdelen, waarbij zijn verzekeraar selectief op prijs en kwaliteit kan inkopen, moet hij kennis kunnen nemen van de inkoopcriteria van zijn verzekeraar, en moet hij tijdig weten welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. En als de verzekerde ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde aanbieder te gaan moet vooraf duidelijk zijn welke vergoeding daarvoor geldt. Daarvoor is ook nodig dat prijsinformatie over het zorgaanbod voor de verzekerde beschikbaar is, hetgeen een verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder. Voor de verzekeraar is het van belang dat hij de vrijheid heeft om vast te stellen welke vergoeding er geldt bij niet-gecontracteerde zorg. Daarbij mag van de verzekeraar verwacht worden dat hij ook op dit punt een open, transparant en evenwichtig inkoopbeleid voert, opdat zorgaanbieders tijdig weten waarop zij kunnen rekenen, en zo nodig maatregelen kunnen treffen als zij niet (volledig) worden gecontracteerd.

De NZa dient hier effectief toezicht op te houden. Dat geldt ook voor de zorgplicht van de zorgverzekeraar, die er toe gehouden is ook bij selectief contracteren zorg te dragen voor voldoende keuzemogelijkheden op regionaal niveau, opdat verzekerden een andere keuze kunnen maken als de relatie met hun zorgverlener niet optimaal is.

Een en ander wordt geborgd met het thans in behandeling zijnde wetsvoorstel tot aanpassing van artikel 13 Zvw. Voor zorgverzekeraars is deze aanpassing van artikel 13 een voorwaarde om de ambities van dit akkoord te kunnen realiseren.