

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

@medischcontact

# Zorgverzekeraars vrezten chaos door aanpassing Wmg

Met een wetswijziging willen de bewindslieden van VWS de prestaties in de zorg vrijgeven en zo zorgvernieuwing stimuleren. Maar niet iedereen is enthousiast. De Tweede Kamer zal na de zomer over het voorstel spreken.



RICHARD BROCKEN/HOLLANDE HOOGTE

### Wat verandert er?

Op dit moment moet eerst de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een zogeheten prestatiebeschrijving van een bepaald type zorg vaststellen voordat een zorgaanbieder een declaratie voor die zorg mag indienen. De voorgestelde wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) draait de zaak om, waardoor het in principe niet langer verplicht is eerst een zorgprestatie bij de NZa aan te vragen alvorens de zorgverzekeraar voor de zorg die is geleverd, mag betalen aan de zorgaanbieder. Die verandering komt 'niet onbezonnen' tot stand maar 'stapsgewijs', zoals een VWS-ambtenaar vorige week in de Tweede Kamer zei in een technische toelichting op de wet. De NZa moet namelijk eerst per zorgsector in kaart brengen welke onderdelen in aanmerking komen voor zo'n deregulering. Bovendien moet aan allerlei voorwaarden worden voldaan (voor de liefhebber: ze staan in artikel 50 van de wetswijziging). Zo wordt onder meer gelet op transparantie en vergelijkbaarheid van de zorg, de fraudegevoeligheid van de sector, en op de gevolgen voor de afhandeling van de risicoverevening die zorgverzekeraars compenseert voor verschillen in de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. Vormen deze en andere voorwaarden geen belemmering, dan legt de minister het vrijlaten van de prestaties ook nog voor aan het parlement. Maar is dat allemaal afgekaart, dan kunnen – bij wijze van spreken – duizend bloemen bloeien en kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars binnen de vrijheden die de overheid biedt, zelf behandelingen en andere vormen van zorg beschrijven en bekostigen.

### Wat is het doel van deze herziening?

Die 'vrije prestaties' moeten straks, aldus de minister van VWS, een impuls geven aan zorgvernieuwing en nieuwe vormen van bekostiging zoals ketenafspraken, uitkomstfinanciering, populatiebekostiging, anderhalvelijnszorg of casemanagement. Die vernieuwingen zijn nu lastig omdat altijd eerst de 'hobbel' bij de NZa moet worden genomen. Neem iemand die na een heupbreuk een heupprothese krijgt. De zorg die deze

patiënt daarna nodig heeft, wordt bij voorkeur zoveel mogelijk op maat, bij de patiënt thuis opgezet. Dus: ondersteuning vanuit de eerste lijn door huisarts, fysiotherapeut en ergotherapeut. De ‘vrije prestatie’ maakt dit mogelijk, want de verschillende bekostigingssystemen zouden niet langer een beperking moeten zijn om maatwerk te leveren aan de patiënt. Volgens een woordvoerder van het ministerie van VWS moeten de onderdelen van de keten nu nog afzonderlijk worden gedeclareerd. ‘Vrijgeven van prestaties maakt het mogelijk om direct na de operatie in het ziekenhuis de patiënt te laten starten met het fysio- en of ergotherapeutisch traject en hiervoor een prestatiebeschrijving af te spreken. Bij wijze van experiment is er nu de prestatie “Transmuraal fysiotherapeutisch zorgtraject volgend op een trauma”. De zorgverzekeraar en zorgaanbieder hebben deze gezamenlijk aangevraagd bij de NZa. Dit facultatieve zorgonderdeel bestaat naast de reguliere zorg.’

De VWS-woordvoerder noemt nog een tweede experiment: ‘In de wijkverpleging kunnen zorgaanbieders en verzekeraars nu al een vast bedrag per patiënt overeenkomen waarbij het tarief vrij is. De betrokken partijen kunnen dan zelf kiezen of het gaat om een tarief per uur, per dag, per week, per maand of anders. Deze werkwijze moet minder registratiewerk en daardoor meer tijd voor zorg opleveren. Na vijf jaar loopt het experiment af. Als dan blijkt dat de prestatie kan worden vrijgegeven, dan kan dit maatwerk voortaan structureel worden geboden, tegen aanzienlijk lagere administratielasten.’

Patrick Jeurissen, hoogleraar betaalbaarheid van de zorg (Radboudumc), snapt de overwegingen die ten grondslag liggen aan de wetwijziging. ‘De gezondheidszorg verandert: we zien taakherschikking, e-health, netwerkzorg, teambased zorg. Anders gezegd: de een-op-eenrelatie van arts en patiënt in een spreekkamer op een bepaalde locatie is aan het verdwijnen. Dat wringt met de bestaande wet- en regelgeving die daar juist op is afgestemd. Maar ik kan me voorstellen dat dereguleren van de Wmg om nieuwe zorgvormen mogelijk te maken voor de betaler – de zorgverzeke-

raar dus – ook wel eng is. Want wie definieert nou precies wat goede zorg is? Het hangt dus erg af van de details en de uitvoering van de voorstellen. Het moet niet doorschieten of ontsporen.’

### **Onstporing, dat is precies wat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vreest. Waarom?**

Mathijs Romme, beleidsadviseur zorgstelsel van ZN: ‘Dienstverlening in de zorg factureren zonder dat er een door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving aan ten grondslag ligt, is een recept voor chaos. De zorginkoop, de controle en uitbetaling van declaraties, dbc’s, fraudebeheersing, het vaststellen en innen van eigen betalingen en de risicoverevening – ze zijn allemaal gebaseerd op uniforme prestatieomschrijvingen en tarieven. Ten slotte staat ook de rechtsgelijkheid van verzekerden op het spel. Hoe kunnen we garanderen dat alle zorgverzekeraars de verzekerde aanspraak op dezelfde manier interpreteren en relateren aan verleende zorg, als we geen uniforme taal meer hebben om die zorg te benoemen?’

## ‘De huidige Wmg is voldoende flexibel om innovaties tot bloei te laten komen’

### **Is er een alternatieve manier om innovatie en maatwerk te bevorderen?**

Volgens Romme hoeft er weinig te veranderen. ‘De huidige Wmg is voldoende flexibel om innovaties tot bloei te laten komen. Ik kan me heel goed voorstellen dat je de schotten tussen de verschillende vormen van zorg wilt verwijderen. Bijvoorbeeld om transmurale zorg waarin eerste en tweede lijn samenwerken beter mogelijk te maken. En later misschien zelfs om zorgverlening over de grenzen van de drie financieringswetten, Wmo, Wlz en Zvw, ook integraal te betalen. Dan kunnen bijvoorbeeld gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraar gezamenlijk een integrale zorgprestatie financieren. Zorgverleners hoeven zich dan minder aan te

trekken van de grenzen van die verschillende wetten. Maar om dat voor elkaar te krijgen is het niet nodig en ook onwenselijk om het huidige systeem los te laten. Overigens steunen we het idee om te onderzoeken hoe de NZa wat meer versoepeling kan aanbrengen in het systeem. In de huisartsenzorg wordt daar ook al mee geëxperimenteerd.’ Zo komt onder de naam ‘Organisatie & Infrastructuur’ een nieuwe bekostigingsstructuur voor versterking van de organisatiegraad in de eerste lijn tot stand. De bijbehorende, nieuwe betaaltitels – waarvoor vrije tarieven gelden – dragen de namen: ‘wijkmanagement’, ‘regiomanagement’ en ‘ondersteuning ketenzorg’. Daarnaast is voorgesteld huisartsenpraktijken te ondersteunen met ‘praktijkmanagement’. Het idee is dat met al die betaaltitels zorgvernieuwingen zoals multidisciplinaire samenwerking, ketenzorg en kwaliteitsontwikkeling worden bevorderd.

Maar, zo brengt huisarts en zorgstelselkenner Anton Maes in herinnering, bedenk daarbij wel dat de meeste huisartsenzorg nog altijd gewoon vastligt. Hij telt

maar liefst 79 pagina’s met beschrijvingen van zorgonderdelen en 45 pagina’s geregleerde tarieven. ‘Dat kun je als zorgverzekeraar niet zo maar loslaten. Het woord chaos snap ik dan wel.’

Zijn alternatief wijkt ook niet sterk af van de bestaande praktijk: ‘Laat het Zorginstituut innovaties toetsen. Laat de NZa berekenen wat dat kost. En laat de politiek vervolgens discussiëren of het om zinvolle vernieuwingen gaat, waarna de minister beslist. En laat de NZa nadien bij verzekeraars controleren of de innovatieve zorg ook echt is ingekocht.’ ■

#### **web**

De stukken bij de wetwijziging vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).