

Zorginnovatie vergt andere bekostiging

The background is a solid blue color. On the right side, there is a vertical strip of white puzzle pieces that appear to be falling or sliding down. At the bottom, there are three more white puzzle pieces scattered across the width of the page. A thin white line connects some of these pieces, suggesting a path or a sequence.

Medisch specialisten staan doorgaans niet in de rij om zich te verdiepen in de wondere wereld van de zorgfinanciering en -bekostiging, waar ze toch maar weinig invloed op hebben. Maar wat het ziekenhuis afspreekt met de zorgverzekeraars, raakt hun werk wel. We nemen een kijkje achter de schermen, en zien: de bekostigingssystematiek zit zorginnovatie in de weg.

TEKST FRED HERMSEN
BEELD ISTOCK

‘De winstmarges die nodig zijn om te kunnen investeren zijn minimaal’



nderhandelen over de financiering en bekostiging van medische zorg is van alle tijden, ook al hebben we weleens het idee dat de markt pas een rol speelt sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Xander Koolman, gezondheidseconoom en als hoogleraar verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam, schetst in vogelvlucht

hoe het Nederlandse systeem is ontstaan: ‘Anders dan in Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk, Italië en Spanje kennen we hier geen sterke overheidsinmenging. Ons stelsel wordt van oudsher vooral gekenmerkt door private initiatieven. Privaat is hier als het ware de norm, en de systemen die we eromheen hebben georganiseerd dienen om de commerciële belangen in te kaderen en in overeenstemming te brengen met maatschappelijke belangen.’

Kwakzalverij

Medici in de Lage Landen waren ondernemers, en daarbij mocht iedereen zich tot 1865 arts noemen. ‘Bestrijding van kwakzalverij was dan ook het doel van ons eerste zorgstelsel’, stelt de hoogleraar. En om medische zorg ook voor de armere bevolkingsgroepen betaalbaar te houden, werden vanaf het midden van de achttiende eeuw onderlinge fondsen opgericht. Het voor iedereen verplichte ziekenfonds kennen we pas sinds 1941. ‘De ziekenfondsen die toen verantwoordelijk werden voor de betaling van de zorg bleken in de praktijk nauwelijks in staat om tegenspel te bieden aan ziekenhuizen en andere spelers in het veld’, zegt Koolman. ‘In de praktijk moest daarom vaak ingegrepen worden op politiek niveau. Politici wilden daarvan af. En toen de wachtlijsten en kosten uit de hand liepen in de jaren negentig, was dat de druppel die de emmer deed overlopen.’

Tegengas

De invoering van de Zorgverzekeringswet door minister Hans Hoogervorst in 2006 creëerde marktwerking met een beter speelveld voor zorgverzekeraars, zodat ze krachtiger tegengas konden geven aan private aanbieders. En iedereen is sindsdien verplicht een basisverzekering af te sluiten. Een belangrijke

aanpassing op dat stelsel werd door minister Edith Schippers ingevoerd in 2012. ‘Zij gaf medisch specialisten formeel een stem in de zorgonderhandelingen, met de invoering van het hoofdlijnenakkoord. Ook reguleerde ze de marktwerking door de groei van zelfstandige behandelcentra in te perken.’ Koolman ziet dat het systeem sindsdien behoorlijk goed heeft gewerkt: ‘De groei van de zorgkosten heeft zo’n beetje gelijke tred gehouden met de groei van het nationaal inkomen.’

Financieel kader

Maar zonder kleerscheuren zijn de ziekenhuizen er niet vanaf gekomen, en de voorspelling luidt dat de groei van de zorg groter zal worden dan die van het nationaal inkomen. Katrien Hendriks is directeur van De Academie voor medisch specialisten, het opleidingsinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, en geeft trainingen in het land op het terrein van zorgorganisatie en -financiering. Zij zegt: ‘Om dit groeiende verschil te voorkomen, kennen we hoofdlijnenakkoorden met afspraken over het beheersen van de zorgvraag en een financieel kader. Het zorgveld krijgt hierdoor vooraf te horen: dit mag worden uitgegeven. De zorgverzekeraars, die deels als merken vallen onder tien grote verzekeringsconcerns, vertalen dat in plannen om de zorg te financieren.’ Uitgangspunt daarbij is ‘we geven niet meer uit dan er is; op is op.’ Met ziekenhuizen worden vervolgens contracten gesloten. ‘Dat gebeurt in theorie op drie manieren’, zegt Hendriks. ‘Het ene uiterste is: ga zorg leveren met een open einde, het andere uiterste luidt: we spreken een aanneemsom af en je levert daarvoor alle zorg die op je afkomt. Tussen deze twee polen in moet je denken aan een zogeheten omzetplafond. Hierbij wordt een maximum omzet afgesproken; ziekenhuizen krijgen boven dit maximumbedrag geen vergoeding van de zorgverzekeraar voor geleverde zorg.’

Aanneemsom of plafond

Zorgverzekeraars spreken in de praktijk ofwel een omzetplafond af met een ziekenhuis, of een aanneemsom. Waar wordt gekozen voor een omzetplafond, is sprake van een vooraf afgesproken maximum dat een ziekenhuis kan declareren bij de zorgverzekeraar. Bij een aanneemsom is sprake van een gegarandeerde omzet. Beide vormen helpen om het landelijke macrokader niet te overschrijden. In de praktijk worden in de



Xander Koolman

is hoogleraar Gezondheids-economie van de Vrije Universiteit Amsterdam. In 2006 promoveerde hij in de Gezondheidseconomie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij is een sleutel-figuur in de Nederlandse institutionele economie en toegepaste gezondheids-econometrie/biostatistiek.



Katrien Hendriks

is directeur van De Academie voor medisch specialisten. In 2001 voltooide ze haar studie Management of Technology. Hierna werkte ze bij ziekenhuis Gelderse Vallei, Korps Landelijke Politiediensten en tussen 2010 en 2023 als senioradviseur bij de Federatie Medisch Specialisten.

contracten tussen de verschillende zorgverzekeraars en het ziekenhuis vooral omzetplafonds overeengekomen. Hendriks ziet in de praktijk dat ziekenhuizen aan het eind van het jaar hun best doen om met hun productie zo dicht mogelijk in de buurt te komen van de overeengekomen plafonds. ‘Minder zorg leveren zal er ertoe leiden dat het ziekenhuis zijn vaste kosten niet kan afdekken. Daarnaast bestaat dan het risico dat de zorgverzekeraar bij volgende contractonderhandelingen een lager omzetplafond wil afspreken.’ Het komt voor dat zorgprofessionals daarom de aansporing van het ziekenhuis krijgen in de laatste maanden hun productie te verhogen. Maar meer dan de afgesproken zorg leveren en declareren is ook weer nadelig voor het ziekenhuis. Er worden dan immers extra kosten gemaakt zonder dat daar omzet tegenover staat. ‘In deze situatie kan het gebeuren dat het ziekenhuis patiënten in de wacht zet tot het volgende jaar. Terwijl soortgelijke patiënten bij een andere verzekeraar mét ruimte in het plafond wel direct behandeld kunnen worden.’ Hendriks neemt waar dat deze ongelijkheid voor patiënten tot onbegrip kan leiden bij medisch specialisten.

TIJDLIJN ZORGCONTRACTERING

FASE 1

(JANUARI-JULI)

De kaders voor het jaar worden bepaald



ZORGVERZEKERAARS

Analyseren het afgelopen jaar, inclusief een onderzoek naar de overstappers. Ze maken prognoses voor het komende jaar en publiceren uiterlijk 1 april hun zorginkoopbeleid.

ZIEKENHUIZEN

Raad van bestuur en afdeling zorgverkoop evalueren productie, budget en knelpunten. Ze bepalen wat met beschikbare capaciteit haalbaar is, maken strategische keuzes en formuleren hun inzet richting verzekeraars.

MEDISCH SPECIALISTEN

Leveren – meestal via vakgroepen of msb – inhoudelijke input over de verwachte zorgvraag, medische en organisatorische haalbaarheid en risico's voor kwaliteit en toegankelijkheid.

Spiraal

Net als Koolman is ze van mening dat sinds 2012 de zorgkosten redelijk in de hand gehouden zijn. 'De overheid streeft naar kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Die belangen leveren onderling natuurlijk spanning op, want kwaliteit en toegankelijkheid kosten bij een toenemende zorgvraag steeds meer geld. Toch doen we het internationaal erg goed. Onze toegankelijkheid behoort wereldwijd tot de top, op kwaliteit scoren we bovengemiddeld, alleen op betaalbaarheid zijn we ondergemiddeld.' En dat is al met al een hele prestatie, want ziekenhuizen zijn bij gelijkblijvende budgetten steeds meer patiënten gaan behandelen. 'De winstmarges die nodig zijn om te kunnen investeren zijn daardoor wel minimaal', legt Hendriks uit. 'Niet meer dan 1 procent, terwijl de meeste ziekenhuizen op 0 procent uitkomen. Tegelijkertijd wordt wel verwacht dat ze locaties vernieuwen of uitbreiden, dat ze meegaan met dure medische innovaties en dat ze anders organiseren om efficiënter te kunnen werken. En als die ziekenhuizen dan aankloppen bij banken, moeten die hoge rentes rekenen en scherpe randvoorwaarden stellen aan de leningen, omdat er naar hun normen te weinig financiële zekerheden zijn. Zo ontstaat een spiraal omlaag.' Ze schetst de nadelige gevolgen hiervan: 'Aangezien ziekenhuizen vaak ook een belangrijke economische en sociale functie hebben in een regio, bijvoorbeeld als werkgever, is het begrijpelijk dat raden van bestuur risicomijdend investeren, terwijl er juist zorgvernieuwing nodig is om de toenemende zorgvraag aan te kunnen. Een typische catch-22.'

Miljarden

Toch begrijpt Hendriks dat zorgverzekeraars druk op de ketel houden. 'Zij staan voor de opdracht om voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden, maar worden tegelijkertijd door de politiek verantwoordelijk gehouden voor kostenbeheersing in de zorg. Dat is spannend.' En de kritiek dat ze te rijk zouden zijn terwijl ziekenhuizen in zwaar weer verkeren? 'Die moet een beetje genuanceerd worden. Het gaat weliswaar om miljarden aan reserves bij zorgverzekeraars, maar die zijn ze verplicht aan te houden om het in tijden van crisis een paar maanden te kunnen uithouden.' Ze beschouwt de zorgfinanciering in breder perspectief: 'Met 120 miljard zorgkosten hebben we het over een kwart van de totale rijksbegroting. 32 miljard daarvan wordt

'Er zal meer passende zorg geleverd moeten worden om de kosten te kunnen verlagen'

besteed aan medisch-specialistische zorg. Dat verklaart de politieke aandacht voor bezuinigingen in onze sector wel.'

Zorgkloof

Xander Koolman vult aan: 'Het is een maatschappelijke keuze om meer te willen investeren in Defensie. Recente coalities zijn niet bereid geweest om het benodigde extra geld daarvoor via belastingen bij burgers, en zeker niet bij bedrijven weg te halen. Dan blijven twee andere grote velden over waar je geld kunt vinden: zorg en sociale lasten. De sociale lasten bestaan voor een groot deel uit AOW, een kostenpost die gezien de vergrijzing toeneemt en niet makkelijk kan worden verlaagd, hooguit gefiscaliseerd. Als je het extra benodigde geld niet haalt uit de koopkracht of sociale lasten, blijft de zorg over. En daar kan aan efficiency gewonnen worden, is het idee. En hoewel de huidige coalitie wel van plan lijkt om aan de belastingen en het sociale stelsel te sleutelen, blijven de pijlen nadrukkelijk op de zorgsector gericht. Dat medisch specialisten het daarmee niet eens zijn, is terecht. Ze zien de zorgkloof toenemen. Maar linksom of rechtsom is het wel de dominante agenda, en zal er naar mijn mening door ziekenhuizen en dus ook medisch specialisten meer passende zorg geleverd moeten worden om de kosten te kunnen verlagen.' Koolman ziet dat zorgverzekeraars daarbij bereid zijn mee te denken over nieuwe oplossingen: 'Neem methodieken als shared savings, en bundled payments voor bijvoorbeeld Parkinson en COPD. Daarbij wordt een vastgesteld bedrag naar rato verdeeld over verschillende zorgpartners in de eerste en tweede lijn. Dat is nieuw.'

Werkplezier

Meta Krassenburg is als manager van de afdeling Klant en Markt verantwoordelijk voor de zorgcontractering in het HagaZieken-

huis. Zij beschrijft hoe het ziekenhuis op allerlei fronten werkt aan een andere, betere organisatie van de zorg. 'Als topklinisch ziekenhuis hebben we naast de reguliere planbare, acute en chronische zorg, ook specifieke inhoudelijke speerpunten. Dat zijn ons Hartcentrum, het Juliana Kinderziekenhuis, longoncologie en hemato-oncologie. Al die soorten zorg vragen - met het oog op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - om andere manieren van organiseren. De juiste zorg op de juiste plek vergroot ook het werkplezier van de artsen, laten we dat niet vergeten.' Voor de planbare zorg is HagaDirect opgezet, een kliniek binnen de muren van het ziekenhuis waar patiënten met veertig veelvoorkomende aandoeningen terecht kunnen voor snelle en persoonlijke zorg. 'En voor chronische zorg kijken we waar zorg op afstand mogelijk is. Artsen krijgen daarbij de vraag om goed gebruik te maken van bijvoorbeeld online consulten, zelfmonitoring en een intensievere samenwerking met de eerste lijn. Op al deze vlakken denken wij vanuit de zorgverkoop mee.'

Dure pilots

Ze merkt op dat zorgverzekeraars slimmer en doelmatiger werken verwachten, maar ziet ook dat de bekostigingssystematiek daar lang niet altijd op aansluit. 'Simpel gezegd: de bestaande dbc's weerspiegelen ofwel de vakinhoud niet meer of het is onduidelijk in welke situatie welke partij een dbc kan indienen in nieuwe samenwerkingsvormen.' Krassenburg werkte vroeger bij een verzekeringsmaatschappij, en kent daardoor de overwegingen van zorgverzekeraars. 'In alle Nederlandse ziekenhuizen ontstaat op dit moment innovatie. De vraag is dan voor de verzekeraar: welk initiatief heeft kans van slagen voor de volle breedte van het zorgveld? Je wilt tenslotte voorkomen dat er honderden kleine en relatief dure pilots ontstaan zonder veel samenhang. Het is belangrijk dat artsen dat begrijpen zodat ze met een overtuigend voorstel kunnen komen, en effectieve samenwerking met andere zorgpartners kunnen vormgeven. Ik help hen daarbij.'

Camel nose

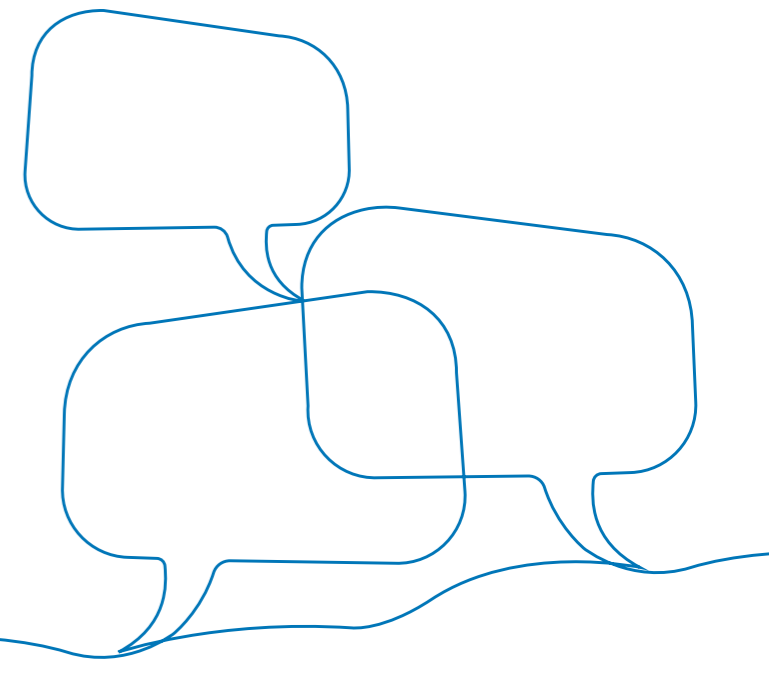
Ook Xander Koolman begrijpt de selectieve houding van zorgverzekeraars: 'De zorg is als zelfrijzend bakmeel. Als ergens een kansrijk experiment wordt gefinancierd, zie je al snel dat artsen in hun enthousiasme denken: "Als het voor deze groep patiënten



Meta Krassenburg
is domeinmanager Klant en Markt van HagaZiekenhuis. Ze studeerde in 1998 af aan de Erasmus Universiteit in Beleid en Management Gezondheidszorg. Hierna werkte ze onder meer bij zorgverzekeraar DSW en Parnassia-groep.



Paul de Laat
is kinderarts en directeur Keten en Capaciteit Franciscus. Hij promoveerde in 2019 in de mitochondriële geneeskunde aan Radboudumc. Sinds 2022 is hij voorzitter van de beroepsbelangencommissie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.



TIJDLIJN ZORGCONTRACTERING

FASE 2

(AUGUSTUS-NOVEMBER)
Onderhandelen over passende afspraken binnen de vastgestelde landelijke kaders



ZORGVERZEKERAARS

Onderhandelen afzonderlijk met ziekenhuizen over volume, budget en voorwaarden. Ze bewaken de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

ZIEKENHUIZEN

Afdeling zorgverkoop voert onderhandelingen met zorgverzekeraars. Doel: concrete en medisch verantwoordelijke afspraken die passen bij zorgprofiel, capaciteit en financiële risico's.

MEDISCH SPECIALISTEN

Geven desgevraagd toelichting over zorgvraagstukken, dilemma's en kwaliteit van zorg. Signaleren mogelijke risico's voor toegankelijkheid.

‘Financiële drive zit in het systeem, en treft uiteindelijk zowel artsen in loondienst als vrijgevestigde artsen’

werkt, of voor dit type aandoening en deze behandeling, dan kunnen we het ook die andere groep patiënten wel aanbieden, of bij andere aandoeningen en behandelingen doorvoeren.” Het is alsof je eerst alleen een schattige camel nose door de tentdeur heen ziet steken, vergelijkt hij. ‘Waarna al snel de hele kameel in de tent staat. Ik wil maar wil zeggen: de kosten kunnen onbedoeld ontploffen.’

Krassenburg stelt dat het helpt als het ziekenhuisbestuur zelf ook de nek uitsteekt. ‘Onze raad van bestuur en medische staf hebben visie en lef, zijn bereid om mee te investeren. Het HagaZiekenhuis is in 2023 gefuseerd met het voormalig LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. Dan zou je kunnen zeggen: we gaan eerst maar eens de basis op orde krijgen. Onze bestuurders en medische staf willen van het ziekenhuis echter een koploper maken. En dat is interessant voor zowel onze artsen, als voor de verzekeraars.’ Als voorbeeld haalt ze Spoedzorg Zoetermeer aan. Het HagaZiekenhuis, zorg- en welzijnsorganisatie voor ouderen Fundis en Eerstelijns-Zorg Zoetermeer gaan samenwerken in een nieuwe organisatie. Patiënten in de regio kunnen hier terecht voor acute zorg. ‘Deze samenwerking is niet alleen uniek en goed doordacht, maar we hebben er ook een promovendus op gezet, die de voortgang van deze innovatie wetenschappelijk volgt en bestudeert.’ Kern is dat er als één team met één gezamenlijk werkproces wordt gewerkt. Niet met een losse huisartsenpost en een losse spoedeisende hulp (seh). Er zijn daarbij nieuwe zorgpaden bedacht om een goede doorstroom te waarborgen met minder verkoking. ‘Een seh-arts voert handelingen uit die voorheen door een huisarts gedaan werden en andersom.’

Teaminspanning

De welbekende consequentie - die bij praktisch alle zorgvernieuwing speelt - luidt dan: de traditionele tarieven en dbc's passen niet meer. Krassenburg: ‘We werken vanuit één teaminspanning om zowel de zorginhoud, de organisatie als de bekostiging volledig te ontschotten.’ Grootste uitdaging bij dit soort zorginnovaties is dat er in de Haagse regio geen sprake is van één dominante zorgverzekeraar waarmee je zaken kunt doen. De twee grootste spelers hebben samen nog niet de helft van de markt in handen. ‘Bij Spoedzorg Zoetermeer hebben we het gelukkig voor elkaar gekregen om de grotere partijen samen te laten instappen.’

Kaartje

Paul de Laat is kinderarts, medisch directeur Keten en Capaciteit in Franciscus en voorzitter van de beroepsbelangencommissie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Hij verdiept zich al jaren in de organisatie, financiering en bekostiging van de zorg en bevestigt dat de bekostigingssystematiek de zorginnovatie in de weg zit. ‘De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt de kaartjes voor combinaties van medische handelingen. Vaak zijn die leeg, zonder tarief. Op basis van deze kaartjes gaan ziekenhuizen in onderhandeling met zorgverzekeraars over de financiering van de zorg, en worden het prijskaartjes. Vanuit die contracten kunnen artsen dan dbc's registeren en declareren. Het komt nogal eens voor dat voor nieuwe handelingen, zoals digitale zorg en overleg met ketenpartners, helemaal geen kaartje bestaat, en dat die handeling dus als het ware onzichtbaar blijft.’ De NZa ziet dit tekort en werkt aan verbetering in het project Passende Bekostiging, zegt De Laat, maar dat gaat erg langzaam. ‘In 2022 hadden ze het over een vijfjarenplan, maar dat lukt nu allang niet meer.’ En dat blijft niet zonder gevolgen. Hij ziet dat door zorginnovatie vaak de relatief eenvoudige casussen ‘verschuiven’ naar bijvoorbeeld de eerste lijn, en dat de complexe zorg overblijft voor de medisch specialisten. ‘Op zich is dat de juiste zorg op de juiste plek. Maar het gevolg kan zijn dat de aloude categorieën van de dbc's - bijvoorbeeld voor het aantal opnamedagen - niet meer goed passen en dat de mate waarin de zorgkosten afnemen geen gelijke pas houdt met de afname van de inkomsten. Zo zijn er misschien wel 10 procent minder patiënten, maar is de tijdswinst niet meer dan 2 procent.’ Ander voorbeeld: ‘Als ik ervoor kies om een langer consult te houden, krijg ik daarvoor net zoveel als voor een kort consult. En als ik dezelfde patiënt voor astma en eczeem spreek in hetzelfde langere consult, kan ik maar één dbc invullen, terwijl dat er twee zijn als ik die patiënt op twee verschillende dagen laat komen voor een kort consult. Dat zijn niet de prikkels die je wilt zien natuurlijk.’

Prikkels

Nu is Paul de Laat in loondienst, voor hem is het relatief eenvoudig toch te doen wat nodig is. ‘Zo kies ik bijvoorbeeld toch voor langere consulten, terwijl daar geen betaaltitels voor bestaan. Maar als je meer financieel gedreven bent, maak je

mogelijk toch de keuze voor twee korte consulten.’ Toch benadrukt hij dat het verschil genuanceerd is: ‘Deze financiële drive zit in het systeem, en treft uiteindelijk zowel artsen in loondienst als vrijgevestigde artsen.’

Xander Koolman hoort vaak bij lezingen die hij geeft voor medisch specialisten: ‘Wij voorkomen productieprikkels door goede onderlinge afspraken. En dat kan best kloppen, maar is niet het hele verhaal. Een maatschap kan altijd de keuze maken om niet met twee, maar met slechts één medisch specialist een nachtdienst te draaien, bijvoorbeeld een gynaecoloog. In dat geval zou de kwaliteit van zorg met twee medisch specialisten daadwerkelijk verbeteren, denk aan complexe bevallingen. Maar het gaat ook ten koste van de omzet van een maatschap, en dat kan een belangrijk argument zijn om de keuze niet te maken.’ Hij verbreedt zijn blik: zo zie ik in alle schakels van de medische keten ongewenste prikkels: tussen politiek en zorgverzekeraars, tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, en tussen ziekenhuizen en medisch specialisten.’

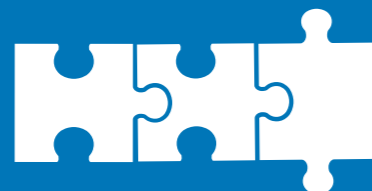
Eenvoud

Op de vraag of de huidige financierings- en bekostigingssystematiek al met al nog wel een goede basis biedt om te kunnen innoveren, zegt Katrien Hendriks: ‘Ja, het systeem zelf is goed doordacht, maar verdient in mijn ogen altijd updates. Vergeet niet dat de invoering van een heel nieuw systeem extra kosten en kinderziekten met zich mee zou brengen, zonder de garantie op succes.’ De Laat vult aan: ‘Voor laagcomplexiteit in hoge volumes werkt het systeem naar behoren en kostenbeheersend. Maar praat je over nieuwe hoogcomplexiteit, dan heb je netwerkwijze zonder concurrentieprikkels nodig, en hetzelfde geldt voor acute zorg. Terwijl het systeem onverminderd uitgaat van concurrentie. Hierbij komt dat sommige onderdelen van de zorg zowel de electieve als de acute zorg bedienen, zoals de labs. Om die vormen uit elkaar te houden zijn ook weer aanpassingen nodig in de bekostigingssystematiek.’ De Laat stelt dat er belangrijke uitdagingen liggen bij de NZa, en benadrukt dat haast is geboden. Hij waarschuwt wel voor meer complexiteit: ‘Deels zijn we als artsen zelf verantwoordelijk voor die complexiteit, met al onze nieuwe richtlijnen en aanpassingen van dbc's. Ik denk dat systeemvernieuwing hand in hand moet gaan met eenvoud.’

TIJDLIJN ZORGCONTRACTERING

FASE 3

(NOVEMBER-DECEMBER)
Afspraken worden
definitief en openbaar



ZORGVERZEKERAARS

Ronden de contractering af en maken dat bekend. Publiceren de nieuwe premies uiterlijk 12 november. Verzekerden kunnen tot 31 december overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

ZIEKENHUIZEN

Ronden de contractering af, gevolgd door een interne vertaling van de afspraken. Bereiden zich voor op de uitvoering ervan in het komende jaar.

MEDISCH SPECIALISTEN

Nemen kennis van de contractering en denken mee over de praktische vertaling naar de zorgverlening.