

Advies

Overheveling behandeling Zintuiglijk Gehandicapten (ZG)

Bekostiging van extramurale behandeling ZG
in de Zorgverzekeringswet

april 2014

Inhoud

Vooraf	5
Samenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Opdracht	12
1.2.1 Fase 1	12
1.2.2 Fase 2	14
1.3 Leeswijzer	14
2. Huidige situatie	15
2.1 Beschrijving markt	15
2.2 Aanspraak ZG in de AWBZ	16
2.3 Extramurale prestaties ZG in de AWBZ	17
2.3.1 Prestaties begeleiding ZG	18
2.3.2 Prestaties behandeling ZG	19
2.3.3 Sectorspecifieke kenmerken	20
2.3.4 Prestaties vervoer en reiskosten	20
2.4 Wijze van bekostiging in de AWBZ	21
2.4.1 Financiële omvang en aantallen extramurale ZG-zorg	22
2.5 Expertisefunctie	24
2.5.1 Lumpsum in de rekenstaten	24
2.5.2 Opslag op het tarief	24
2.5.3 Consultatie en advies bij andere zorgaanbieders	25
2.5.4 Omvang expertisefunctie	26
2.5.5 Conclusie en advies expertisefunctie	28
3. Afbakening	31
3.1 Uitvraag gegevens	31
3.2 Omvang behandeling naar Zvw	35
3.2.1 Berekeningssystematiek behandeling naar Zvw	35
3.2.2 Omvang behandeling naar Zvw	36
3.2.3 Reiskosten zorgverlener	38
3.2.4 Totaaloverzicht voor indexaties	38
4. Bekostiging overgangsfase	41
4.1 Toeleiding in de ZVW	41
4.2 Aanpassing Besluit Zorgverzekeringswet	41
4.3 ZG extramurale behandeling in de Zvw	42
4.3.1 Prestatiebeschrijvingen behandeling ZG	42
4.3.2 Vervoer en reiskosten in de Zvw	44
4.4 Zorginkoop, regulering en kostenbeheersing	46
4.4.1 Zorginkoop	46
4.4.2 Tarief en prestatieregulering	48
4.4.3 Kostenbeheersing	48
5. Aandachtspunten systeemwijziging	51
5.1 ZG in de Zvw vanaf 2015	51
5.1.1 De toegang tot ZG	51
5.1.2 Transparante aanspraak ZG	51
5.1.3 Bepalen zorgbehoefte	52
5.1.4 Afbakening ZG-prestatie	52
5.1.5 Tarieven	53
5.1.6 Declaratiestandaard	53
5.1.7 Marktmacht	53
5.1.8 Eenheid van Taal	54

5.1.9	Kwaliteitskader	54
5.1.10	Tijdspad	54
5.1.11	Consultatie	54
Bijlage 1. Verslag consultatiebijeenkomst		57
Bijlage 2. Consultatievragen		63
Bijlage 3. Aanvraag advies		65
Bijlage 4. Huidige prestatiebeschrijving ZG behandeling en begeleiding		71
Bijlage 5. Format uitvraag consultatie en advies		79
Bijlage 6. Producten visuele sector		81
Bijlage 7. Format uitvraag auditief		85

Vooraf

Voor u ligt het advies over de overheveling van de extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten (ZG) naar de zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2015. In dit document geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) antwoord op de adviesvragen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de overheveling van deze zorg naar de Zvw.

De NZa heeft dit advies onderbouwd met cijfers en kennis uit de sector. Het concept advies is in maart 2014 ter consultatie voorgelegd aan de zorgaanbieders, branche partijen, beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties. De constructieve reacties van geconsulteerde partijen hebben een essentiële bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit advies. In het bijzonder waardeer ik dat de individuele zorgaanbieders in een zeer kort tijdsbestek de cijfers hebben aangeleverd die als basis dienden voor de berekeningen in dit advies. Ik stel de bijdrage van betrokken partijen zeer op prijs en bedank allen hier hartelijk voor.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur/plaatsvervangend voorzitter

Samenvatting

In voorliggend advies (fase 1) beantwoordt de NZa de vragen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met betrekking tot de overheveling van de huidige AWBZ-prestaties behandeling zintuiglijk gehandicapten (ZG) naar de Zvw per 2015 en over de omvang van de expertisefunctie. In de tweede fase zal een advies worden uitgebracht over de toekomstige bekostigingssystematiek van extramurale behandeling van ZG in de Zvw.

Deze overheveling van de functie behandeling ZG is conform de verkenning 'Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen?' die het College voor Zorgverzekeraars (CVZ)¹, als onderdeel van het sinds 2011 lopende positioneringstraject 'Verbindend Vernieuwen'², in 2013 heeft uitgebracht.

De belangrijkste uitkomsten van het onderzoek zijn:

- De overheveling van extramurale behandeling ZG naar de Zvw is per 1 januari 2015 mogelijk rekening houdend met een aantal aandachtsgebieden. Het invoeren van een volledig uitgewerkte nieuwe bekostigingssystematiek op het moment van overheveling naar de Zvw is onhaalbaar en onwenselijk. De NZa adviseert om de nieuwe bekostiging gefaseerd in te voeren.
- De NZa geeft in deze eerste fase inzicht in de omvang van het lumpsum bedrag 2013 voor de expertisefunctie bepalen, maar er is geen inzicht waarvoor de lumpsum wordt ingezet. Het totaalbedrag is bekend, maar niet waaraan het wordt besteed.
- Een deel van de bekostiging van de expertisefunctie is opgenomen als opslag in de huidige extramurale ZG-tarieven. Deze opslag blijft vooralsnog in de tarieven behandeling ZG. De vraag of de hoogte van het bedrag dat in de tarieven is opgenomen valide is, kan op korte termijn niet beantwoord worden.
- Een deel van de productieafspraken extramurale behandeling ZG hebben betrekking op consultatie en advies (tevens expertisefunctie). Die bestaan uit zorg die geleverd wordt aan cliënten bij een andere zorgaanbieder (B2C) of aan de zorgaanbieder zelf (B2B).
 - De NZa adviseert de consultatie en advies aan cliënten over te hevelen naar de Zvw.
 - De NZa adviseert om de consultatie en advies aan zorgaanbieders niet over te hevelen, omdat deze zorg niet cliëntgebonden is. De NZa adviseert VWS om te beoordelen of deze consultatie en advisering in aanmerking komt voor alternatieve bekostiging.
- Het advies van de NZa is om de expertisecomponent niet meer op basis van historische bepalingen op te nemen in de budgetten, maar te bekostigen door middel van een alternatieve bekostiging. Het gaat hierbij om de onderdelen lumpsum en consultatie en advies aan andere zorgaanbieders (B2B).
- De NZa adviseert om de alternatieve bekostiging tijdelijk vorm te geven in de vorm van een subsidie. Voor fase 2 (toekomstige bekostigingssystematiek van extramurale behandeling van ZG in de Zvw) zal onderzocht worden of er sprake kan zijn van verdere vormgeving in (declarabele) prestaties.

¹ Met ingang van 1 april 2014 heet het CVZ Zorginstituut Nederland.

² In het traject 'Verbindend Vernieuwen' wordt samen met het ministerie van VWS, de zorgaanbieders verenigd in VIVIS en SIAC, de cliëntenorganisaties, VGN, ZN, VNG, CVZ, CIZ en NZa gezamenlijk toegewerkt naar een passende, toekomstbestendige en beheersbare positionering en bekostiging van de zorg aan mensen met een zintuiglijke en communicatieve beperking.

- Alle partijen zijn het erover eens dat de expertisefunctie inzichtelijk moet worden gemaakt. De NZa heeft de voorkeur om de expertisefunctie integraal te onderzoeken (lumpsum, opslag op tarief en consultatie en advies).
- De over te hevelen middelen voor de extramurale behandeling binnen de ZG-sector zijn geschoond voor de zorg die niet in het domein van de Zvw thuis hoort. Specifiek gaat het om de extramurale functie begeleiding die in de AWBZ gedeeltelijk onder de functie behandeling wordt bekostigd. Dit opschonen is noodzakelijk vanwege een vernauwing van de aanspraak behandeling ZG in de Zvw per 2015 ten opzichte van de aanspraak in de AWBZ.
- Zorgaanbieders binnen de sector ZG hebben productboeken opgesteld die als basis gelden voor verschillende cliëntprofielen (8 voor de visuele sector en 17 voor de auditieve sector). CVZ heeft bepaald of de hiermee gerealiseerde splitsing Zvw-Wmo overeenkomt met de splitsing die zij in de verkenning van juni 2013 heeft geadviseerd. Op basis van de door de sector aangeleverde gegevens en de uitspraken van het CVZ is door de NZa de financiële omvang vastgesteld voor de extramurale behandeling ZG die wordt overgeheveld naar de Zvw;
- De prestaties behandeling ZG in de Zvw kunnen conform de definities en omschrijvingen in de verkenning van het CVZ voor het overgrote deel aansluiten op de huidige prestatiebeschrijving in de AWBZ.
- In de huidige prestatiebeschrijving behandeling ZG staan geen onderdelen die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren.
- Het begrip CSLM-zorg kan worden verwijderd uit de prestatiebeschrijvingen, omdat de inhoud hiervan onvoldoende duidelijk is en multidisciplinaire zorg wordt opgenomen. In de prestatiebeschrijving blijft 'Screening van cliënten bij andere AWBZ-zorgaanbieder' bestaan.
- In de huidige AWBZ geldt dat cliënten die ZG-behandeling ontvangen, geen aanspraak hebben op vervoer. Binnen de Zvw geldt voor de sector visueel dat er aanspraak mogelijk is op zittend ziekenvervoer en voor de auditieve sector geldt de mogelijkheid voor de aanspraak op vervoer gebruik te maken van een hardheidsclausule. Onduidelijk is hoe de clausule toegepast gaat worden en of cliënten uiteindelijk wel of niet aanspraak kunnen maken op vervoer.
- Geconcludeerd kan worden dat er binnen de Zvw voor de sector meer mogelijkheden zijn voor de bekostiging van vervoer dan binnen de AWBZ.
- Voor 2015 stelt de NZa een overgangsregeling voor de reiskosten van zorgverleners in de Zvw voor. Voorgesteld wordt te werken met een opslag op het tarief zoals ook bij de fysiotherapeuten wordt toegepast.
- De NZa signaleert dat in dit stadium (overgangsfase) in de markt (onder andere uit de consultatie) een voorkeur bestaat voor het hanteren van een representatiemodel voor inkoop van behandeling ZG. Redenen hiervoor zijn het ontbreken van inkoopinformatie en het streven naar een level playing field.
- De NZa heeft geconstateerd dat volledige deregulering direct na overheveling in 2015 nog niet gewenst is.
- Bij de overheveling van behandeling ZG worden de volgende aandachtspunten en risico's geïdentificeerd: toegang tot ZG, transparante aanspraak ZG, bepalen zorgbehoefte, afbakening ZG-prestatie, tarieven, declaratiestandaard, marktmacht, eenheid van taal, kwaliteitskader en het tijdspad.

In de tweede fase zal een advies worden uitgebracht over de toekomstige bekostigingssystematiek van extramurale behandeling van ZG in de Zvw. De NZa stelt voor daarbij de volgende onderwerpen op te nemen:

- Een onderbouwing van de besteding van de lumpsum. Het veld heeft hierin tot nu toe geen inzicht kunnen verschaffen
- De kosten van de expertisefunctie-onderdelen lumpsum en consultatie en advies aan andere aanbieders (B2B).
- De expertisefunctie in de tariefopbouw. De NZa adviseert te zorgen voor goede borging van de kwaliteit van de berekeningen door het onderbrengen van het onderzoek bij één partij of voor duidelijke afspraken over de afstemming tussen de onderzoeken naar de verschillende onderdelen te formaliseren.
- Het vervoer voor de doelgroep kinderen van twee tot vijf jaar met een auditieve handicap.
- De bekostiging van de reiskosten van behandelaars van ZG-cliënten; moet er een aparte prestatie worden vastgesteld of een opslag op het tarief?

Tot slot:

De NZa zet de ingezette nauwe samenwerking met de geconsulteerde partijen graag voort om het verdere traject voorspoedig te blijven laten verlopen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om advies uit te brengen over de toekomstige bekostiging van de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarbij vraagt de minister de NZa ook een advies uit te brengen over de omvang van de expertisefunctie.

In het Regeerakkoord³ is een omvangrijke stelselwijziging in de langdurige zorg opgenomen. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de staatssecretaris) heeft in zijn brief aan de Tweede Kamer van 25 april 2013⁴ uitwerking gegeven aan de maatregelen in het Regeerakkoord. Die stelselwijziging heeft ook gevolgen voor de extramurale AWBZ-zorg (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) aan zintuiglijk gehandicapten op titel van de AWBZ-functies begeleiding, behandeling en doventolkzorg. In de brief van 25 april is nadere besluitvorming over de positionering van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten aangekondigd op basis van advisering van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ heeft, als onderdeel van het sinds 2011 lopende positioneringstraject 'Verbindend Vernieuwen'⁵, op 25 juni 2013 een verkenning⁶ uitgebracht. In deze verkenning adviseert het CVZ welke onderdelen van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten op basis van de huidige regelgeving onder de Zvw zouden passen. Het CVZ concludeert dat een aantal onderdelen van de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten naar zijn aard onder de Zvw past. Conform deze verkenning heeft de minister besloten de extramurale behandeling voor volwassenen en kinderen met een zintuiglijke beperking onder te brengen in de Zvw, met uitzondering van de onderdelen die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren. Deze onderdelen, begeleiding voor zintuiglijk gehandicapten en de doventolken, zullen overgeheveld worden naar het gemeentelijk domein (Wmo).⁷

In de adviesaanvraag overheveling extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten (ZG)⁸ vraagt de minister de NZa in twee fasen te adviseren. In voorliggend advies (fase 1) beantwoordt de NZa de vraag van de minister over de overheveling van de bestaande AWBZ-prestaties behandeling ZG naar de Zvw per 2015 en over de omvang van de expertisefunctie. In oktober 2014 zal de NZa een tweede advies (fase 2) uitbrengen over de toekomstige bekostigingssystematiek van extramurale behandeling van ZG in de Zvw, waarbij centraal staat of (deels) kan worden aangesloten bij de huidige bekostigingssystematiek zoals die in de Zvw geldt. Beide adviezen hebben betrekking op de

³ Regeerakkoord 'Bruggen Slaan', 29 oktober 2012.

⁴ Kamerstuk 30 597 nr. 296 (vergaderjaar 2012-2013).

⁵ In het traject 'Verbindend Vernieuwen' wordt samen met het ministerie van VWS, de zorgaanbieders verenigd in VIVIS en SIAC, de cliëntenorganisaties, VGN, ZN, VNG, CVZ, CIZ en NZa gezamenlijk toegewerkt naar een passende, toekomstbestendige en beheersbare positionering en bekostiging van de zorg aan mensen met een zintuiglijke en communicatieve beperking.

⁶ CVZ-rapport 'Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen?', 2 juni 2013.

⁷ Aanvraag advies NZa overheveling extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten van de AWBZ naar de Zvw, 21 november 2013.

⁸ Zie noot 6.

extramurale behandeling voor verzekerden met een grondslag zintuiglijke handicap. Verzekerden met een andere grondslag en de aanspraak doventolkgzorg worden niet betrokken in dit advies.

1.2 Opdracht

De overheveling van de extramurale behandeling ZG naar de Zvw staat gepland voor 1 januari 2015. Het invoeren van een volledig uitgewerkte nieuwe bekostigingssystematiek op het moment van overheveling naar de Zvw is onhaalbaar en onwenselijk. Het gekozen tijdspad geeft onvoldoende ruimte om gedegen onderzoek uit te kunnen voeren naar de bekostigingssystematiek en de daarbij behorende risico's. Om dit te ondervangen, is besloten om de nieuwe bekostiging gefaseerd in te voeren. Hieronder zijn de fasen van invoering benoemd.

1.2.1 Fase 1

Overgangsfase

In de eerste fase zullen per 1 januari 2015 (voorliggend advies) de bestaande AWBZ-prestaties (één voor visuele behandelzorg en één voor auditieve en/of communicatieve behandelzorg) worden overgeheveld naar de Zvw.

De minister heeft enkele beleidsmatige uitgangspunten opgesteld bij deze overheveling:

- Voorkomen dat zorg gericht op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren ook wordt overgeheveld naar de Zvw. Daarom zullen voorafgaand aan deze overgangsfase de prestaties omschreven worden conform de door CVZ uitgebrachte verkenning:
 - het diagnostisch onderzoek;
 - zorg gericht op het psychisch leren omgaan met de beperking en;
 - zorg gericht op het opheffen of compenseren van de beperking.
- Inzichtelijk maken van de mogelijkheden van een beheersinstrument voor de uitgaven aan deze zorg.
- Borgen van de beheersbaarheid van macro-uitgaven in deze eerste fase.

Expertisefunctie

Kennis en expertise voor de zintuiglijk gehandicaptensector is van oudsher binnen de sector vormgegeven en bekostigd. Uit het traject 'Verbindend Vernieuwen' is naar voren gekomen dat bekostiging van de expertisefunctie in de sector plaatsvindt vanuit:

- de lumpsum in de rekenstaten;
- de tariefopbouw;
- de productieafspraken.

In de eerste fase (voorliggend advies) wordt geadviseerd in hoeverre de expertisefunctie in aanmerking kan komen voor alternatieve bekostiging. De minister vraagt daarbij te kijken of de argumenten die in 2009 door de NZa zijn gehanteerd om de expertisekosten in de tariefopbouw op te nemen nog steeds valide zijn.

Randvoorwaarden

De bekostiging in de AWBZ verloopt anders dan binnen de Zvw. De minister heeft daarom enkele randvoorwaarden gesteld waarmee de NZa bij het opstellen van het advies voor de eerste fase rekening heeft gehouden:

- De overheveling geschiedt maximaal budgetneutraal.
- De overheveling vindt plaats met ingang van 1 januari 2015.
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg.

- De nieuwe bekostiging biedt verzekeraars voldoende instrumenten om de macrokosten te beheersen en biedt VWS de mogelijkheid om ex post de overschrijding op het kader terug te halen bij de aanbieders.

Belang van de consument

Bij de beantwoording van adviesvragen van VWS houdt de NZa het belang van de consument voor ogen. De NZa borgt het cliëntperspectief door het betrekken van cliëntenorganisaties bij het overhevelingsproces. Overheveling van de extramurale behandeling ZG van de AWBZ naar de Zvw moet leiden tot aansluitende zorg. Het moet voor de patiënten meer samenhang en daarmee meer klantgerichtheid mogelijk maken. Het uiteindelijke doel is dat de zorg beter kan worden afgestemd op de behoefte van de consument.

Consultatieprocedure

Voorliggend advies is op 2 maart 2014 voorgelegd aan alle deelnemers van het stakeholdersoverleg 'Verbindend Vernieuwen', aan de zorgaanbieders die niet zijn verenigd binnen VIVIS en SIAC en aan FENAC (Federatie van Nederlandse Audiologische Centra). Op 10 maart 2014 heeft een bijeenkomst plaats gevonden waarbij door genoemde partijen ingediende vragen en discussiepunten op de agenda stonden. Het verslag van deze bijeenkomst is opgenomen in bijlage 1. Vervolgens hadden genoemde partijen tot 13 maart 2014 de mogelijkheid om een schriftelijke reactie in te dienen op het concept advies fase 1 en daarbij te reageren op de opgenomen consultatievragen. Deze vragen zijn opgenomen in bijlage 2. De antwoorden op de consultatievragen, de schriftelijke reacties en de besproken vragen en discussiepunten in de bijeenkomst zijn verwerkt in voorliggend advies.

Partijen die deelnemen aan het stakeholdersoverleg 'Verbindend Vernieuwen' zijn:

- VIVIS (Vereniging van Instellingen voor mensen met een visuele beperking)
- SIAC (Samenwerkende instellingen Auditieve Communicatieve Sector)
- VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland)
- VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten)
- ZN Zorgverzekeraars Nederland, gezamenlijk met zorginkopers van CZ-Zorgkantoren en VGZ-Zorgkantoren)
- CVZ (College voor Zorgverzekeringen) per 1 april 2014: Zorginstituut Nederland
- CIZ (Centrum indicatiestelling zorg)
- Gezamenlijke belangenorganisaties voor doven, slechthorenden en taalontwikkelingsstoornissen⁹
- Oogvereniging

⁹ Er zijn zeven cliëntorganisaties voor doven, slechthorenden en taalontwikkelingsstoornissen, namelijk Dovenschap, FODOK, FOSS, JongerenCommissie, NVVS, SHJong en Stichting Plotsdoven. FODOK is gevraagd om de consultatie met de andere cliëntorganisaties af te stemmen.

1.2.2 Fase 2

In de tweede fase zal onderzocht worden of en in hoeverre de binnen het traject 'Verbindend Vernieuwen' door beide deelsectoren ontwikkelde producten en cliëntprofielen als uitgangspunt gebruikt kunnen worden voor de nieuwe bekostiging. De ontwikkelde producten en cliëntprofielen zullen getoetst worden op medische hanteerbaarheid. Hierbij zal de onderscheidenheid, kostenhomogeniteit en stabiliteit worden getoetst. Daarbij zal onderzocht worden of – en op welke wijze – de bekostiging van de door de sector ontwikkelde producten en cliëntprofielen (deels) kan aansluiten bij de huidige bekostigingssystematiek zoals die in de Zvw geldt. Specifieke aandacht zal uitgaan naar de wijze waarop de bekostiging van de zorg in audiologische centra, paramedische zorg en GGZ nu plaatsvindt in de Zvw. De tweede fase zal in oktober 2014 worden uitgebracht in een apart advies.¹⁰

Randvoorwaarden

Voor de tweede fase heeft de minister de volgende randvoorwaarden gesteld waarmee de NZa bij het opstellen van het tweede advies rekening zal houden:

- Er gelden adequate prikkels voor het transparant maken van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg.
- Er is sprake van voldoende transparantie voor sturing en toezicht, zowel wat betreft de zorgzwaarte, de geleverde zorg en de kwaliteit van zorg (zowel cliëntbeleving als behandelresultaten).
- De nieuwe bekostiging biedt verzekeraars voldoende instrumenten om de macrokosten te beheersen en biedt VWS de mogelijkheid om ex post de overschrijding op het kader terug te halen bij de aanbieders.

1.3 Leeswijzer

In dit document adviseert de NZa over de eerste fase van overheveling van de extramurale behandeling ZG en de expertisefunctie.

Hoofdstuk 2 beschrijft de verdeling van de ZG-markt, de huidige aanspraak en bekostiging van de verschillende vormen van zintuiglijke extramurale zorg in de AWBZ en sluit af met de beschrijving van en advisering over de expertisefunctie.

In hoofdstuk 3 staat de afbakening van behandeling beschreven. Daarbij wordt ingegaan op het proces hoe tot deze afbakening is gekomen, de berekeningssystematiek die is toegepast en de uitkomsten van die berekening.

Hoofdstuk 4 beschrijft de bekostiging van de overgangsfase in 2015. Hierbij komt de toeleiding in de Zvw, aanpassing in Besluit Zorgverzekeringwet, prestatiebeschrijvingen behandeling ZG, zorginkoop, regulering en kostenbeheersing aan bod.

In hoofdstuk 5 staan de aandachtspunten en risico's beschreven die gemoeid zijn met de overheveling behandeling ZG.

¹⁰ Voor de volledige aanvraag van de minister zie bijlage 3: Brief aanvraag advies overheveling extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten van de AWBZ naar de Zvw.

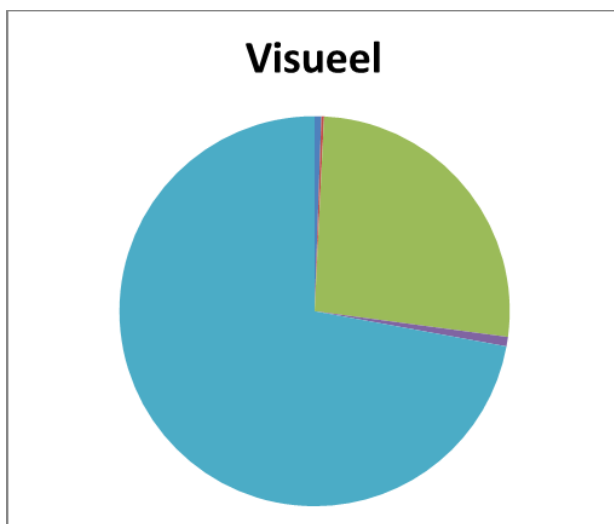
2. Huidige situatie

Dit hoofdstuk beschrijft de verdeling van de ZG-markt, de huidige aanspraak en bekostiging van de verschillende vormen van zintuiglijke extramurale zorg in de AWBZ en sluit af met de beschrijving van en advisering over de expertisefunctie.

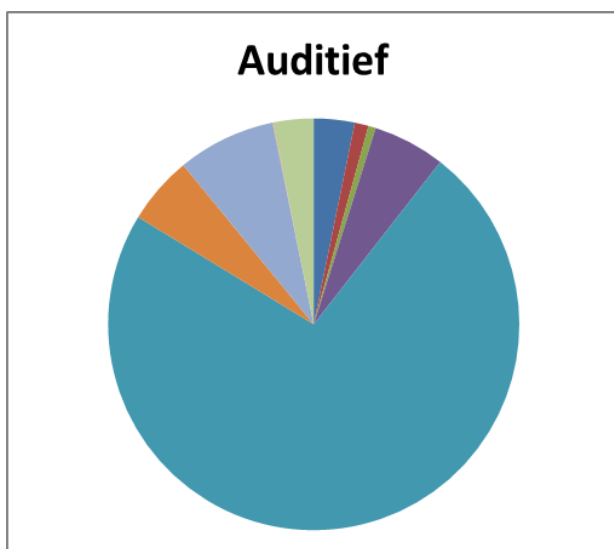
2.1 Beschrijving markt

Er zijn in totaal 13 concerns actief op de markt van extramurale behandeling ZG visueel en ZG auditief. Van de 13 concerns richten zich vier concerns uitsluitend op ZG visueel, acht concerns richten zich uitsluitend op ZG auditief en één concern richt zich op zowel ZG visueel als ZG auditief. Hoe de verdeling van de markt visueel en auditief is op concernniveau, is weergegeven in figuur 1 en 2.

Figuur 1: Verdeling visueel op concernniveau



Figuur 2: Verdeling auditief op concernniveau



2.2 Aanspraak ZG in de AWBZ

AWBZ

De AWBZ is een verplichte volksverzekering. Verzekerden hebben op grond van artikel 6 lid 1 van de AWBZ aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. De AWBZ dekt de hoge kosten als gevolg van een lichamelijke, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura (ZIN) geleverd door een zorgaanbieder, of een persoonsgebonden budget (Pgb) waarbij de verzekerde zelf zijn zorg inkoopt. Voor de verlening van AWBZ-zorg is een indicatie vereist die door het CIZ wordt afgegeven. De aanspraken op AWBZ-zorg zijn nader uitgewerkt in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (Bza) en de Regeling Zorgaanspraken (Rza). In het Bza worden de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak is, geregeld. Verzekerden hebben aanspraak op de volgende vormen van zorg: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling, verblijf, kortdurend verblijf, vervoer, het gebruik van verpleegartikelen, doventolkgang, voortgezet verblijf en zorg als omschreven in artikel 15 Bza.

Grondslag ZG

Eén van de grondslagen om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg is de grondslag 'zintuiglijke handicap'. Deze grondslag geeft toegang tot alle functies in de AWBZ behalve de functie verpleging. De grondslag zintuiglijke handicap wordt volgens de indicatiewijzer 2014 van het CIZ¹¹ toegekend aan aanvragers die een visuele en/of auditief communicatieve handicap of een (zeer) ernstig spraak-/taalprobleem (of -stoornis) hebben.

Uit de indicatiewijzer van het CIZ blijkt dat van een visuele handicap sprake is als door een arts op basis van diagnostiek ernstige stoornissen in het gezichtsvermogen zijn vastgesteld, in combinatie met beperkingen in het dagelijks functioneren. Om te voldoen aan de grondslag 'zintuiglijk gehandicapt' van de AWBZ moet sprake zijn van:

- een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog, en/of;
- een gezichtsveld < 30 graden, en/of;
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.¹²

Er is sprake van een auditieve beperking als door of namens een arts stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld door middel van het meten van het beste oor, zonder gebruik van hulpmiddelen zoals een gehoorapparaat. Om te voldoen aan de grondslag 'zintuiglijk handicap' van de AWBZ moet sprake zijn van drempelverlies bij het audiogram die ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen of, als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcherindex, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.¹³

¹¹ CIZ Indicatiewijzer versie 7.0 Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014 zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

¹² Zie noot 10.

¹³ Zie noot 10.

Er is sprake van een spraak-/taalprobleem (of -stoornis) als er een aandoening of stoornis is vastgesteld die leidt tot ernstige of zeer ernstige beperkingen op één of meer van de hierna genoemde aspecten:

- spraakstoornis/-beperking (spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit);
- centrale auditieve stoornis/beperking (er is aangetoond dat de verwerking van geluid/spraak door de hersenen niet goed verloopt);
- taal-begripstoornis/-beperking (moeite met begrijpen wat anderen zeggen);
- taal-productiestoornis/-beperking (moeite taal te gebruiken om zich aan anderen duidelijk te maken);
- pragmatische taalstoornis/-beperking (te weinig rekening houden met anderen tijdens gesprek, alleen op kernwoorden reageren, uitingen te letterlijk opvatten waardoor misverstanden ontstaan, van de hak op de tak springen, teveel praten, geen onderscheid maken tegen wie je praat, herhalen, te precies taalgebruik, in zichzelf praten, moeite met beginnen van een gesprek).¹⁴

Aanspraak extramurale ZG

Voor aanspraak op extramurale prestaties voor de functie begeleiding op basis van de AWBZ is een indicatiebesluit nodig van het CIZ. Voor de aanspraak op de extramurale prestaties voor de functie behandeling aan verzekerden met een zintuiglijke handicap op basis van de AWBZ is sinds 18 april 2011 geen indicatiebesluit meer nodig van het CIZ.¹⁵ De gespecialiseerde ZG-zorgaanbieders indiceren de cliënten zelf vanuit hun eigen expertise. Het CIZ heeft de betreffende zorgaanbieders hiervoor een taakmandaat gegeven.

Het indicatiebesluit van het CIZ geeft de zorgbehoefte van de cliënt met een zintuiglijke beperking weer in een AWBZ-aanspraak, met uitzondering van de functies behandeling en doventolkzorg. Het indicatiebesluit van het CIZ kan worden afgegeven voor één of meerdere functies, zoals persoonlijke verzorging of begeleiding. Voor iedere zorgfunctie wordt aangegeven hoeveel uur per week de cliënt deze zorg nodig heeft. De extramurale aanspraak wordt gedefinieerd in functies en klassen. De functie geeft de vorm van zorg aan. De klasse en bandbreedte bepaalt de benodigde tijd per week. Voor begeleiding zijn de klassen vastgesteld in termen van dagdelen of uren. Een dagdeel staat gelijk aan maximaal vier aaneengesloten uren.

2.3 Extramurale prestaties ZG in de AWBZ

In de Beleidsregels prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014 (CA-300-584) en prestatiebeschrijvingen en tarieven dagbesteding en vervoer AWBZ (CA-300-582) van de NZa zijn de extramurale prestaties voor ZG opgenomen. In de AWBZ bestaan twee sectorspecifieke extramurale prestaties voor behandeling ZG, één voor auditief en één voor visueel, deze zijn opgenomen in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014 (CA-300-584). Verder zijn in deze beleidsregel vier prestaties voor begeleiding (in uren) opgenomen. Deze prestaties zijn met bijbehorend maximumtarief opgenomen in tabel 1.

¹⁴ Zie noot 10.

¹⁵ Het niet nodig zijn van een indicatiebesluit voor behandeling aan zintuiglijk gehandicapten per 18 april 2011 is vastgelegd met wijziging van het Zorgindicatiebesluit (Staatsblad 2011, 516).

Tabel 1: Extramurale prestaties ZG in de AWBZ

Prestatie (per uur)	Prestatiecode	Maximum tarief
Begeleiding ZG visueel	H301	€ 100,73
Begeleiding ZG auditief	H303	€ 84,12
Begeleiding speciaal 2 (visueel)	H302	€ 123,82
Begeleiding speciaal 2 (auditief)	H304	€ 107,21
Behandeling ZG visueel	H332	€ 155,07
Behandeling ZG auditief	H333	€ 139,26

Bron: NZa

In paragraaf 4.3 wordt omschreven welke delen van de prestatiebeschrijvingen voor extramurale behandeling ZG in de Zvw worden opgenomen. Vanwege een aanpassing in de afbakening van behandeling in de Zvw ten opzichte van de AWBZ, zullen de prestaties begeleiding (in uren) hieronder kort worden omschreven. Deze prestaties zijn geen onderdeel van dit advies, aangezien deze zullen worden overgeheveld naar de Wmo. VWS zal de bijbehorende omvang berekenen.

In de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven dagbesteding en vervoer AWBZ (CA-300-582) staan twaalf prestaties (zes visueel en zes auditief) opgenomen voor begeleiding in groepsverband (in dagdelen). De prestaties voor dagbesteding betreffen begeleiding en zullen worden overgeheveld naar de Wmo. Deze prestaties zijn daarmee geen onderwerp van dit advies.

2.3.1 Prestaties begeleiding ZG

Volgens artikel 6 van het Bza omvat de functie begeleiding activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van: de sociale redzaamheid, het bewegen en verplaatsen, het psychisch functioneren, het geheugen en de oriëntatie, of die matig of zwaar probleemgedrag vertonen. Al deze activiteiten zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde. De activiteiten bestaan uit het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen, het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Begeleiding visueel

Bij begeleiding van visueel gehandicapten gaat het om het begeleiden bij het toepassen en inslijpen van (aangeleerde) vaardigheden en gedrag in het dagelijks leven door herhaling en methodische interventie, oefenen, gericht op het leren omgaan met de gevolgen van een ernstige visuele beperking met als doel zelfredzaamheid.¹⁶

¹⁶ Beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014', CA-300-584.

Begeleiding auditief

Bij begeleiding van auditief gehandicapten kan het gaan om individuele één-op-één begeleiding. De begeleiding kan ook in kleine groepen worden geboden (in het laatste geval berust de bekostiging op het aantal uren dat de hulpverlener werkzaam is voor de cliënten). Verder gaat het ook om begeleiding van het toepassen en inslijpen van (aangeleerde) vaardigheden en gedrag in het dagelijks leven door herhaling en methodische interventie. Oefenen gericht op het leren omgaan met de gevolgen van een ernstige auditieve en/of communicatieve beperking met als doel zelfredzaamheid.¹⁷

De volledige (huidige) prestatiebeschrijving is opgenomen in bijlage 4 bij dit advies.

2.3.2 Prestaties behandeling ZG

Volgens artikel 8 van het Bza omvat de functie behandeling door een zorgaanbieder de te verlenen behandeling van specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.

Behandeling visueel

De prestatie behandeling ZG visueel is behandeling die niet gangbaar is vanuit de curatieve zorg (Zvw) ten behoeve van mensen met een ernstige visuele handicap met als grondslag een ernstige visuele beperking. In de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014', CA-300-584 (zie bijlage 4) is de inhoud van de prestatie behandeling ZG visueel als volgt omschreven:

- Functionele diagnostiek door een hoofdbehandelaar, bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft.
- Specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg). De behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van en onder regie van een gedragswetenschapper met deskundigheid van de grondslagen van de specifieke doelgroepen.
- Kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag, als dit een programmatische aanpak vereist waarvoor specifieke deskundigheid nodig is. De nieuw aan te leren vaardigheden of het gedrag richten zich op het terugdringen van stoornissen en beperkingen. De kortdurende behandeling kan zich ook richten op mantelzorg in de directe omgeving van de cliënt, als dit ten goede komt aan de cliënt. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan de mantelzorger/gebruikelijkezorger hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de cliënt.
- Screening van cliënten bij andere AWBZ-zorgaanbieder en advisering van andere AWBZ-zorgaanbieder.¹⁸

¹⁷ Zie noot 15.

¹⁸ Zie noot 15.

Behandeling auditief

De prestatie behandeling ZG auditief is behandeling die niet gangbaar is vanuit de curatieve zorg (Zvw) ten behoeve van mensen met als grondslag ernstige auditieve en/of communicatieve beperking. De inhoud van behandeling is nagenoeg hetzelfde als hierboven geschetst voor de prestatie behandeling ZG visueel. De naam van de prestatie is echter anders, het gaat hier om de prestatie behandeling ZG auditief. Deze prestatie is ook opgenomen in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014 (CA-300-584) (zie bijlage 4).

2.3.3 Sectorspecifieke kenmerken

De prestatiebeschrijvingen voor begeleiding en behandeling ZG kennen twee sectorspecifieke beschrijvingen:

- De begeleiding en behandeling kan de vorm hebben van individuele één-op-één begeleiding, maar kan ook in kleine groepen worden geboden (in het laatste geval berust de bekostiging op het aantal uren dat de hulpverlener werkzaam is voor de cliënten in een groep).
- Deze prestaties, zowel auditief als visueel, worden aangeboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zintuiglijk gehandicapten. Uit consultatie is gebleken dat er geen keurmerk, kwaliteitskader of anderszins vereist is voor het bieden van erkende deskundigheid.

2.3.4 Prestaties vervoer en reiskosten

In artikel 10 van het Bza is opgenomen dat cliënten die begeleiding of behandeling gedurende een dagdeel bij een zorgaanbieder ontvangen, de zorg tevens vervoer naar en van de zorgaanbieder omvat indien daarvoor een medische noodzaak bestaat. In de indicatiewijzer van het CIZ¹⁹ staat opgenomen dat wanneer de cliënt is aangewezen op begeleiding of behandeling in groepsverband gedurende een dagdeel, het CIZ zal vaststellen of de cliënt om medische redenen is aangewezen op vervoer. In de NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven dagbesteding en vervoer AWBZ (CA-300-582) staat opgenomen dat het onderdeel vervoer van toepassing is op de volgende cliëntgroepen:

- Extramurale cliënten die een indicatie hebben voor dagbesteding/dagbehandeling.
- Intramurale cliënten die zijn geïndiceerd voor of aangewezen op een ZZP VG (Verstandelijk gehandicapten), ZZP LG (Lichamelijk gehandicapten), ZZP ZG of ZZP GGZ (Geestelijke gezondheidszorg) inclusief dagbesteding.
- Intramurale cliënten die zijn geïndiceerd voor of aangewezen op een ZZP LVG of ZZP SGLVG.²⁰

Cliënten die zijn geïndiceerd voor de extramurale prestaties behandeling ZG vallen niet in de genoemde cliëntgroepen. Daarnaast is extramurale prestatie behandeling ZG een prestatie die niet gedurende een dagdeel gegeven en gedeclareerd wordt, waarmee er geen vervoerprestatie kan worden afgesproken bij de extramurale prestaties behandeling.

¹⁹ Zie noot 10.

²⁰ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven dagbesteding en vervoer AWBZ 2014 (CA-300-582).

Tot 2013 was er een mogelijkheid om werkelijke vervoerkosten boven gemaakte afspraken in de nacalculatie op te voeren. Hierdoor kwam achteraf maximaal 75% van de gemaakte vervoerskosten in aanmerking voor vergoeding. Aangezien dit beleid per 2013 is komen te vervallen en er enkel vervoer kan worden vergoed waarvoor productieafspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder zijn gemaakt op basis van vastgestelde prestaties, kan er geen vervoer worden afgesproken voor cliënten die zijn geïndiceerd voor de extramurale prestaties behandeling ZG.

Er is één zorgaanbieder in de auditieve sector waarvoor een uitzondering op voorgaande is gemaakt op basis van bijzondere omstandigheden. Dit is vastgelegd in een beslissing op bezwaar (18 februari 2008) en hierdoor is het mogelijk voor deze aanbieder om productieafspraken voor vervoer te maken. Voor het jaar 2015 wordt een overgangsregeling opgesteld die zal landen in de subsidieregeling voor extramurale behandeling niet zijnde ZG-behandeling en het daarbij behorende vervoer, waarin deze resterende delen tijdelijk worden ondergebracht²¹.

In de door de NZa vastgestelde Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014 (CA-300-584) is de prestatie 'Reiskosten zorgverlener prestaties behandeling' (H321) opgenomen. Hieronder worden de reiskosten verstaan van een zorgverlener die behandeling levert aan een cliënt. De reiskosten worden afgesproken op basis van een toeslag per contact. Deze prestatie kan voor alle prestaties behandeling worden afgesproken en daarmee ook voor de extramurale ZG behandelprestaties.

In paragraaf 4.3 wordt omschreven welke delen van de prestatiebeschrijvingen voor extramurale behandeling ZG in de Zvw worden opgenomen.

2.4 Wijze van bekostiging in de AWBZ

De AWBZ kent een specifieke bekostigingswijze. Voor de inkoop van AWBZ-zorg wordt jaarlijks door VWS een landelijke contracteerruimte vastgesteld. Deze contracteerruimte is gebaseerd op die van het jaar ervoor, aangevuld met een 'groeiruimte' en kortingen of toevoegingen in verband met specifieke beleidswijzigingen. Op aanwijzing van VWS verdeelt de NZa deze contracteerruimte over 32 zorgkantoorregio's.

De zorgkantoren hebben hierdoor jaarlijks een financieel kader waarmee de benodigde zorg voor de regio kan worden ingekocht. Dit gebeurt door zorgaanbieders te contracteren en een te verwachten omzet af te spreken. De omzet wordt gedefinieerd in productieafspraken: vormen van te leveren zorg tegen een bepaald tarief. Over deze productieafspraken worden jaarlijks onderhandelingen gevoerd tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. In de beleidsregels van de NZa zijn de prijzen opgenomen die maximaal afgesproken kunnen worden voor de betreffende prestaties, de maximale beleidsregelwaarden. De NZa stelt de uitkomsten van de onderhandelingen vast. Tevens toetst de NZa het totaal van de voor een jaar gemaakte productieafspraken aan de beschikbare contracteerruimte. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ, contracteerruimte plus overige beschikbare middelen) mag niet overschreden worden.

²¹ Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige Zorg, Van Rijn, 6 november 2013.

De zorg wordt vervolgens door de zorgaanbieder gedeclareerd bij het zorgkantoor. Als een zorgaanbieder van een afgesproken prestatie meer heeft geleverd dan afgesproken kan hij deze overproductie, binnen de totaal afgesproken ruimte, substitueren met onderproductie op een ander onderdeel. Indien een zorgaanbieder uiteindelijk meer zorg heeft geleverd dan afgesproken, komt deze 'overproductie' niet voor vergoeding in aanmerking. Op deze wijze wordt voorkomen dat de beschikbare contracteerruimte alsnog wordt overschreden.

2.4.1 Financiële omvang en aantallen extramurale ZG-zorg

Het financieel kader voor extramurale ZG-zorg is gekoppeld aan een zestal prestaties, waarvan twee prestaties voor behandeling en vier prestaties voor begeleiding van zintuiglijk gehandicapten. De financiële omvang van de extramurale ZG-zorg staat in onderstaande tabellen uitgesplitst naar omvang van de begeleiding en behandeling (tabel 2). Voor de jaren 2010 tot en met 2012 zijn de gegevens uit de nacalculatie gehanteerd. Voor 2013 is gebruik gemaakt van de gegevens tot en met de herschikking.^{22 23}

Tabel 2: Financiële omvang extramurale ZG-zorg begeleiding en behandeling

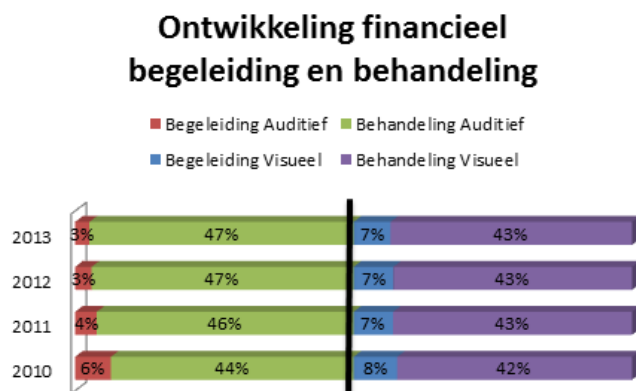
Prestaties Begeleiding (x € 1.000.000)	2010	2011	2012	2013
Begeleiding ZG visueel (H301)	9,0	7,5	8,4	8,4
Begeleiding ZG auditief (H303)	7,3	3,6	3,3	3,1
Begeleiding speciaal 2 (visueel) (H302)	2,5	3,0	2,7	1,8
Begeleiding speciaal 2 (auditief) (H304)	4,7	3,7	2,8	2,3
Totaal begeleiding	23,5	17,9	17,2	15,7
Behandeling ZG visueel (H332)	61,6	63,9	66,7	67,5
Behandeling ZG auditief (H333)	81,3	87,1	96,6	101,5
Totaal behandeling	143,0	151,0	163,3	169,0
TOTAAL ZG-zorg	166,5	168,9	180,5	184,7
Procentuele mutatie begeleiding		-24%	-4%	-9%
Procentuele mutatie behandeling		6%	8%	3%
Procentuele mutatie totaal		1%	7%	2%

Bron: NZa

In 2010 is er in totaal voor € 166,5 miljoen op de ZG-zorg prestaties gedeclareerd. De financiële omvang van de extramurale ZG-zorg is in 2013 met 11% toegenomen tot € 184,7 miljoen. Uit bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat er meer prestaties behandeling worden geleverd en minder begeleiding, met een toename van de totale kosten. In figuur 3 is dit inzichtelijk gemaakt.

²² Tijdens het opstellen van de rapportage zijn voor 2013 nog geen definitieve nacalculaties opgesteld.

²³ De herschikking betreft de overeengekomen vaste tarieven en bijbehorende prestaties welke zijn aangepast op basis van de capaciteiten en gewijzigde volumeafspraken. In principe is dit een gewijzigde prestatieafpraak, welke ingediend kan worden bij de NZa voor 1 november van het jaar (herschikking 2013 ingediend voor 1 november 2013).

Figuur 3: Ontwikkeling financiële begeleiding en behandeling

Bron: NZa

Naast de financiële toename is eveneens een verschuiving zichtbaar in het aantal gedeclareerde uren. Vanaf 2010 is het totaal aantal uren nagenoeg constant gebleven op ongeveer 1,45 miljoen uren (mutatie 2010 – 2013 is 45.000 uur). Echter het aantal uren voor begeleiding is afgenomen en de uren behandeling nemen toe. De NZa heeft de oorzaken van deze verschuiving niet onderzocht.

Tabel 3: Realisatie* (2010, 2011 en 2012) en productieafspraken (2013) in uren extramurale ZG-zorg

Prestaties Begeleiding (x 1.000)	2010	2011	2012	2013
Begeleiding ZG visueel (H301)	107,3	86,3	92,0	93,5
Begeleiding ZG auditief (H303)	103,9	49,7	43,0	39,6
Begeleiding speciaal 2 (visueel) (H302)	26,7	27,9	23,6	16,1
Begeleiding speciaal 2 (auditief) (H304)	53,0	39,6	28,2	23,8
Totaal begeleiding	290,9	203,5	186,8	173,0
Behandeling ZG visueel (H332)	461,2	477,8	477,9	491,3
Behandeling ZG auditief (H333)	686,7	722,7	792,2	819,8
Totaal behandeling	1.147,9	1.200,5	1.270,1	1.311,1
Procentuele mutatie uren begeleiding		-30%	-8%	-7%
Procentuele mutatie uren behandeling		5%	6%	3%
Procentuele mutatie uren totaal		-3%	4%	2%

Bron: NZa

* Realisatie is het aantal uur dat is bekostigd binnen de productieafspraken. Overproductie is niet opgenomen in de realisatie.

In 2012 bedroegen het aantal geleverde uren in de AWBZ voor extramurale ZG-zorg 1,457 miljoen, bestaande uit 186.884 uur voor begeleiding en 1.270.029 uur voor behandeling. In dit advies is met de gegevens uit 2012 gerekend; dit zijn definitief vastgesteld op basis van nacalculatie. Door middel van indexatie op prijs en aantal zijn deze gegevens naar het niveau van de herschikking 2013 gerekend. Bij deze berekening is geen rekening gehouden met mogelijke afwijkingen tussen de herschikking 2013 en realisatie 2013 (nacalculatie). VWS zal deze cijfers doorberekenen naar 2014 en 2015.

2.5 Expertisefunctie

Achtergrond

Specifieke aandacht vraagt de expertisefunctie ZG. Naast de extramurale prestaties behandeling ZG, dient tevens de omvang van de expertisefunctie bepaald te worden. De expertisefunctie zal per 2015 in aanmerking komen voor alternatieve bekostiging. Het verzoek van de minister inzicht te verschaffen in de expertisefunctie is drieledig, namelijk:

- Bepaal de huidige omvang van het lumpsum bedrag dat voor de expertisefunctie in de rekenstaten van de ZG-zorgaanbieders is opgenomen.
- Bepaal welke kosten onderdeel zijn van de tariefopbouw visuele behandelzorg en van het tarief auditieve behandelzorg, maar in aard tot de expertisefunctie behoren. Bekijk hierbij of de argumenten die in 2009 door de NZa zijn gehanteerd om de expertisekosten in de tariefopbouw op te nemen nog steeds valide zijn.
- Bepaal de omvang van de productie voor de extramurale functie behandeling die de gespecialiseerde ZG-zorgaanbieders inzetten voor consultatie en advies bij andere zorgaanbieders.²⁴

In dit advies is de expertisefunctie breed gedefinieerd en omvat alle drie de voorgenoemde componenten (lumpsum, opslag op tarief en productieafspraken).

2.5.1 Lumpsum in de rekenstaten

Op basis van een historische bepaling is de lumpsum bij een aantal zorgaanbieders in de rekenstaat gehandhaafd. De NZa heeft geen inzicht in de besteding van de lumpsum. In het controleprotocol nacalculatie wordt geen onderbouwing van de besteding van de lumpsum gevraagd. De NZa kan daarmee geen onderbouwing van de inzet van de lumpsum leveren.

De totale lumpsum in de rekenstaten voor de expertisefunctie, bedraagt in 2013 € 10.547.269. Dit bedrag is verdeeld over vier concerns. Sinds 2011 bestaat de stichting 'Expertise ZG' die het beheer van de lumpsum coördineert. Deze stichting wordt bestuurd vanuit de (grote) zorgaanbieders. Doelstelling van deze stichting is het bevorderen van de expertisefunctie van gespecialiseerde zorgaanbieders voor mensen met een visuele en/of auditieve beperking.

2.5.2 Opslag op het tarief

Een deel van de expertisefunctie is opgenomen in de tariefopbouw van de huidige extramurale ZG-tarieven (zowel in het tarief voor behandeling als in het tarief voor begeleiding). Vanaf 2009 is door de NZa voor scholing, spreiding en administratie een deel van de lumpsum omgerekend naar een opslag op de extramurale ZG tarieven.

In de opslag 'extra kosten ZG' is het volgende opgenomen:

- 1. opleidingskosten nieuw personeel;
- 2. administratiekosten hoge frequentie indicaties en inschrijvingen;
- 3. loonkosten leidinggevend personeel extra locaties;
- 4. communicatiekosten direct gerelateerd aan beperking cliënten.

²⁴ Zie noot 6.

Ad 1. Voor de ZG-sector bestaan geen officiële opleidingen. Dit betekent dat zorgaanbieders hun personeel zelf moeten opleiden en dat daaraan derhalve extra kosten zijn verbonden.

Ad 2. Binnen de visuele zorgaanbieders is sprake van relatief korte behandeltrajecten van een beperkt aantal maanden waardoor sprake is van een hoge frequentieverdeling van komen en gaan van cliënten (omloopsnelheid), wat leidt tot hogere administratiekosten.

Ad 3. Met de aansturing van extra locaties in verband met landelijke verspreiding van cliënten zijn eveneens extra kosten gemoeid.

Ad 4. Gezien de beperkingen van cliënten is sprake van extra kosten voor communicatie zoals drukkosten in bijvoorbeeld braille.

Er gelden afzonderlijke tarieven voor auditieve en visuele extramurale prestaties. De reden hiervoor is dat de 'extra kosten ZG' en kosten voor de landelijke expertisefunctie sterk verschillen tussen beide subsectoren. Voor de auditieve sector is de opslag ZG-kosten € 7,42 en voor de visuele sector € 19,61 (prijsspeil 2007, zowel geldend voor begeleiding als voor behandeling). Voor de invoering van de opslagen op de tarieven in 2009, is een totaal van € 9,2 miljoen ingezet.

2.5.3 Consultatie en advies bij andere zorgaanbieders

De zorgaanbieders in de ZG-sector kunnen onder de reguliere productieparameters behandeling en begeleiding consultatie en advies leveren aan andere zorgaanbieders. In de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014 (CA-300-584) worden de begrippen consultatie en advies gedefinieerd.

Consultatie ZG

Consultatie ZG is de samenwerking tussen ZG-zorgaanbieders en andere zorgaanbieders opdat gespecialiseerde kennis en expertise beschikbaar blijft voor mensen met een zintuiglijke beperking die cliënt zijn bij een AWBZ-zorgaanbieder niet zijnde een ZG-zorgaanbieder. De ZG-sector levert haar specifieke kennis en producten ten behoeve van een cliënt die voor zijn 'hoofdbeperking' bij een andere zorgaanbieder zorg ontvangt binnen dezelfde AWBZ-functie. Daarnaast is het mogelijk om productieafspraken te maken voor het begeleiden van of consultatie bieden aan een andere zorgaanbieder. Dit kan alleen op verzoek van de behandelende arts van de andere zorgaanbieder plaatsvinden (outreaching).²⁵

Specialistisch advies, instructie en voorlichting ZG

Het betreft hier gespecialiseerde informatie en voorlichting (instructie), die vooral het karakter heeft van een oriëntatie op revalidatie. Dit kan in persoonlijke gesprekken of in groepsverband. Voorlichting wordt gegeven aan beroepskrachten die met de doelgroep te maken hebben. De prestaties consultatie en specialistisch advies, instructie en voorlichting kunnen tezamen maximaal 10% tot 15% van het budget extramurale zorg bedragen. Het zorgkantoor kan op basis van historische gegevens een hoger percentage toestaan. De beantwoording van algemene vragen is een MEE-taak en valt niet onder deze definitie.²⁶

Uitvraag gegevens

Om te bepalen welk deel van de productieafspraken voor behandeling ingezet worden voor consultatie en advies bij andere zorgaanbieders, heeft de NZa de sector met een informatieverzoek gevraagd dit aan te leveren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de productieafspraken die gemaakt zijn onder de functies begeleiding en behandeling.

²⁵ Zie noot 15.

²⁶ Zie noot 15.

Daarnaast is onderscheid gemaakt tussen de productieafspraken 'consultatie en advies voor cliënten' (Business to Client, B2C) en 'consultatie en advies voor andere zorgaanbieders' (Business to Business, B2B). Het format dat hiervoor gebruikt is, is opgenomen in bijlage 5.

In de huidige prestatiebeschrijving voor behandeling ZG wordt dit weergegeven als 'Screening van cliënten bij andere AWBZ-zorgaanbieder en advisering van andere AWBZ-zorgaanbieder'.

2.5.4 Omvang expertisefunctie

De berekening van de omvang van de drie onderdelen – lumpsum, opslag op tarief en consultatie en advies – van de expertisefunctie staan weergegeven in tabel 4 en tabel 5.

Tabel 4: Omvang expertisefunctie 2013

Lumpsum

	Totaal (in euro)
Visueel	6.310.000
Auditief	4.237.000
Lumpsum 2013	10.547.000

Opslag op tarief

Behandeling	Uren	Tarief	Totaal
Behandeling ZG visueel (H332)	477.960	23,01	10.998.000
Behandeling ZG auditief (H333)	792.185	8,71	6.900.000
Totaal behandeling 2012			17.898.000
Indexatie aantallen 2012 naar 2013. 2,8% voor visueel en 3,5% voor auditief			549.000
Totaal behandeling 2013			18.447.000

Begeleiding	Uren	Tarief	Totaal
Begeleiding ZG visueel (H301)	91.917	22,86	2.101.000
Begeleiding speciaal 2 ZG visueel (H302)	23.687	22,86	542.000
Begeleiding ZG auditief (H303)	43.037	8,65	372.000
Begeleiding speciaal 2 ZG auditief (H304)	28.243	8,65	244.000
Totaal begeleiding 2012			3.259.000
Indexatie aantallen 2012 naar 2013 -5,1% voor visueel en -11,1% voor auditief			-203.000
Totaal begeleiding 2013			3.056.000

Consultatie en advies

Behandeling	Totaal
Behandeling ZG visueel (H332) B2C	4.445.000
Behandeling ZG visueel (H332) B2B	1.697.000
Behandeling ZG auditief (H333) B2C	800.000
Behandeling ZG auditief (H333) B2B	3.031.000
Totaal behandeling 2013²⁷	9.973.000

Begeleiding	Totaal
Begeleiding ZG visueel (H301) B2C	3.213.000
Begeleiding ZG visueel (H301) B2B	1.379.000
Begeleiding ZG auditief (H303) B2C	3.000
Begeleiding ZG auditief (H303) B2B	2.000
Totaal begeleiding 2013²⁸	4.597.000

Tabel 5: Berekening expertisefunctie en consultatie en advies

Behandeling	Totaal (in euro)
Lumpsum	10.547.000
Opslag op tarief behandeling	18.447.000
Opslag op tarief begeleiding	3.056.000
Consultatie en advies behandeling B2C	5.245.000
Consultatie en advies behandeling B2B	4.728.000
Consultatie en advies begeleiding B2C	3.216.000
Consultatie en advies begeleiding B2B	1.381.000
Totaal expertise	46.620.000

Bron: NZa

Lumpsum

Voor 2013 hebben 4 concerns een lumpsum voor expertise in hun budget voor gezamenlijk 10,5 miljoen euro (prijsspeil 2013).

Opslag op tarief

In het tarief voor behandeling en begeleiding zit voor de auditieve sector een opslag ZG-kosten van € 7,42 en voor de visuele sector een opslag ZG-kosten van € 19,61 (prijsspeil 2007). Omgerekend naar het prijspeil 2013 is dit voor behandeling € 8,71 en € 23,01 en voor begeleiding € 22,86 en € 8,65. Het verschil tussen behandeling en begeleiding wordt veroorzaakt doordat de indexering voor behandeling anders verloopt dan de indexering voor begeleiding. Voor behandeling wordt uitgegaan van een gecombineerde loon- en materiële index van 90/10 en voor begeleiding van 80/20. De aantallen waarmee is vermenigvuldigd, zijn de totale werkelijk geleverde aantallen 2012 voor behandeling ZG en begeleiding ZG. Om de expertisefunctie per 2013 te berekenen zijn de werkelijke aantallen herrekend naar productieafspraken 2013. Het procentuele verschil tussen afspraak 2013 en realisatie 2012 is toegepast voor de herrekening naar 2013.

²⁷ Naar niveau 2013 gebracht door indexaties van 1,35% voor prijs en van 2,8% en 3,5% voor de aantallen van respectievelijk visueel en auditief.

²⁸ Naar niveau 2013 gebracht door indexaties van 1,35% voor prijs en van -5,1% en -11,1% voor de aantallen van respectievelijk visueel en auditief.

Consultatie en advies

De werkelijke aantallen consultatie en advies (B2B en B2C) volgens opgave zorgaanbieders (bron: uitvraag NZa) zijn vermenigvuldigd met de gewogen gemiddelde afgesproken prijs 2012 voor behandeling ZG²⁹ en een apart gewogen gemiddelde afgesproken prijs voor begeleiding ZG³⁰. De uitkomsten zijn vervolgens geïndexeerd voor de aantallen en prijsstijgingen tot en met de nacalculatie 2013.

2.5.5 Conclusie en advies expertisefunctie

Uit de consultatie blijkt dat de expertisefunctie een breed begrip is en op verschillende manieren wordt gedefinieerd. De zorgaanbieders geven aan dat het de voorkeur heeft om de expertisefunctie integraal te onderzoeken om te komen tot een integrale keuze voor toekomstige bekostiging. Zorgaanbieders hebben tevens aangegeven dat het hun voorkeur heeft de consultatie en advies apart te behandelen: business to cliënt zou onder de Zvw moeten komen en de business to business onder alternatieve bekostiging. Alle partijen zijn het erover eens dat de expertise inzichtelijk gemaakt moet worden. Dit punt wordt in fase 2 meegenomen.

De NZa adviseert de onderdelen lumpsum en consultatie en advies (behandeling en begeleiding) aan andere Wlz- en Zvw-zorgaanbieders mee te nemen in alternatieve bekostiging in de vorm van een subsidie. Consultatie en advies met betrekking tot behandeling voor cliënten en de expertise in de tariefsopbouw voor behandeling kunnen worden overgeheveld naar de Zvw. Consultatie en advies met betrekking tot begeleiding voor cliënten kan worden overgeheveld naar de WMO. De NZa adviseert daarnaast dat alle componenten in een onderbouwend (kosten)onderzoek in fase 2 meegenomen worden, dan wel dat er een goede borging en afstemming is tussen de onderzoeken naar de verschillende onderdelen.

Hierna zal per onderdeel van de expertisefunctie het advies van de NZa worden weergegeven.

Lumpsum expertise

Het advies van de NZa is om de expertisecomponent niet meer op basis van historische bepalingen op te nemen in de budgetten, maar te bekostigen middels alternatieve bekostiging in de vorm van een subsidie.

De expertisecomponent is niet bij alle ZG-aanbieders als lumpsum in het budget opgenomen. Op dit punt heeft de NZa geen zicht of het terecht is dat uitsluitend de grote zorgaanbieders beschikken over extra middelen, terwijl de kleine (wellicht ook gespecialiseerde) zorgaanbieders ook kennis kunnen opbouwen en uitdragen. Alle ZG-zorgaanbieders (zowel binnen het domein van de Zvw als het sociale domein) moeten de mogelijkheid krijgen aanspraak te maken op de expertisemiddelen. De toewijzing van middelen moet geschieden door objectieve beoordeling door een onafhankelijke partij met inhoudelijke kennis van de zorg zoals bijvoorbeeld het CVZ.

²⁹ Gewogen gemiddelde prijs voor behandeling is het gemiddelde per instelling rekening houdend met de productieafspraken (H333 voor visueel en H332 voor auditief).

³⁰ Gewogen gemiddelde prijs voor begeleiding is het gemiddelde per instelling rekening houdend met de productieafspraken voor beide prestaties in de BG (H301 en H302 voor visueel en H303 en H304 voor auditief).

Expertisefunctie in tariefopbouw

De NZa adviseert om de expertisekosten ('extra ZG kosten'³¹) niet uit de tarieven te halen voor alternatieve bekostiging. Hier zal de NZa een advies over uitbrengen in fase 2 (oktober 2014), na onderbouwend onderzoek.

De vraag of de hoogte van het bedrag dat in de tarieven is opgenomen actueel is, zal middels onderbouwend (kosten)onderzoek beantwoord moeten worden. Dat was voor fase 1 (voorliggend advies) niet haalbaar. De tarieven worden daarmee voor 2015 niet herijkt.

In de huidige extramurale tarieven behandeling en begeleiding ZG zijn middelen voor opleidingen, lagere productiviteit, administratie en toegankelijkheid opgenomen. Om antwoord te kunnen geven op de vraag of de argumenten die in 2009 zijn gehanteerd om de expertisekosten in de tariefopbouw op te nemen, nog steeds valide zijn, kan de NZa zonder onderbouwend onderzoek geen uitspraak doen. Bij het actualiseren van de hoogte van de "extra ZG kosten" in de tariefopbouw in fase 2, wordt uitgegaan van de prestatie behandeling in de Zvw. De opslag op de tarieven voor begeleiding wordt overgeheveld naar het gemeentelijk domein en valt daarmee buiten de scope van het onderzoek in fase 2.

Consultatie en advies

De NZa adviseert de afspraken consultatie en advies met betrekking tot behandeling voor andere cliënten (B2C) over te hevelen naar de Zvw en de afspraken consultatie en advies met betrekking tot begeleiding voor andere cliënten (B2C) naar de WMO.

Het algemene beleid van de overheid³² ziet op meer toezicht en minder regulering. Uitgangspunt is daarom dat waar mogelijk de bekostiging vorm dient te krijgen in (declarabele) prestaties. Voor B2C is dit mogelijk, aangezien deze afspraken cliëntgebonden zijn. Voor de afspraken consultatie en advies voor andere zorgaanbieders (B2B) is dit per 2015 (nog) niet vorm te geven. De NZa adviseert daarom het onderdeel B2B (zowel begeleiding als behandeling) eveneens te bekostigen via alternatieve bekostiging in de vorm van een subsidie. Aangezien zowel bij begeleiding als bij behandeling de prestatie consultatie en advies voor andere zorgaanbieders niet cliëntgebonden is, dienen deze beide opgenomen te worden in de alternatieve bekostiging.

Voor 2015 zal de NZa de afspraken voor business tot cliënt (B2C) opnemen in de prestatiebeschrijvingen behandeling ZG in de Zvw. Dit wordt in paragraaf 4.3.1. nader toegelicht. In fase 2 kan verder beoordeeld worden welk deel van de alternatieve bekostiging expertise overgeheveld kan worden naar de Zvw of anderszins onderdeel blijft van alternatieve bekostiging.

Het bedrag dat voor de expertisefunctie in aanmerking komt voor alternatieve bekostiging voor 2015 bedraagt daarmee € 19.872.000, zie tabel 6.

³¹ Beleidsregel lumpsum zintuiglijk gehandicapten 2009 (CA-389).

³² <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/15/naar-beter-betalbare-zorg.html>

Tabel 6: Berekening expertisefunctie 2015 t.b.v. alternatieve bekostiging

Behandeling	Totaal (in euro)
Lumpsum	10.547.000
Consultatie en advies behandeling business to business	4.728.000
Consultatie en advies begeleiding business to client	3.216.000
Consultatie en advies begeleiding business to business	1.381.000
Overheveling expertise 2015 – alternatieve bekostiging	19.872.000

Bron: NZa

3. Afbakening

In dit hoofdstuk staat de afbakening van behandeling beschreven. Daarbij wordt ingegaan op het proces hoe tot deze afbakening is gekomen, de berekeningssystematiek die is toegepast en de uitkomsten van die berekening.

Achtergrond

In de adviesaanvraag van de minister³³ is de NZa gevraagd de financiële omvang van de extramurale behandeling te berekenen die binnen de ZG-sector geleverd wordt. De minister heeft de NZa nadrukkelijk verzocht om de over te hevelen middelen te schonen van zorg die niet in het domein van de Zvw thuis hoort. Specifiek wordt hiermee de extramurale functie begeleiding bedoeld. De functie begeleiding wordt per 2015 overgeheveld naar het domein van de Wmo.

Zorgaanbieders binnen de sector ZG zijn in het kader van het traject 'Verbindend Vernieuwen' al enkele jaren bezig de zorg die zij leveren transparant te maken. Daarvoor is binnen de sector gestart met het registreren van de geleverde zorg. Voorafgaand zijn er door de sector productboeken opgesteld die de basis zijn voor verschillende cliëntprofielen. In de aanvraag van de minister is de NZa expliciet gevraagd het (voor)werk dat de sector heeft verricht, mee te nemen in het advies.

3.1 Uitvraag gegevens

Voor het inzichtelijk maken van het deel van de huidige behandeling die de sector levert die daadwerkelijk naar de Zvw overgeheveld dient te worden, heeft de NZa een informatieverzoek bij de sector uitgezet. De NZa heeft de sector gevraagd hun productie op te geven in geleverde aantallen van de door henzelf opgestelde cliëntprofielen op basis van de productboeken. Daarnaast is gevraagd aan te geven onder welk domein (Wmo of Zvw) zij zelf die zorg scharen. Het CVZ heeft immers in haar verkenning een uitspraak gedaan over welke interventies in de Zvw thuishoren en welke niet passend zijn binnen de Zvw en daarmee automatisch onder het publieke domein van de gemeente gaan vallen.³⁴ De uitvraag naar de splitsing Zvw/Wmo is aan het CVZ voorgelegd. Bij de uitvraag is op verzoek van het CVZ de taal- en spraakproducten geleverd aan autistische en auditieve cliënten evenals de ZG-behandeling en begeleiding aan autistische cliënten apart aangemerkt. Aangezien de twee sectoren niet op hetzelfde niveau zitten in de ontwikkeling van het inzichtelijk maken van de geleverde zorg, wordt hieronder de splitsing gemaakt in visueel en auditief.

Visueel

De visuele sector onderscheidt acht cliëntprofielen. Binnen deze profielen worden verschillende componenten en daarbinnen verschillende producten geleverd. De sector heeft de inhoudelijke onderbouwing van de (componenten van de) profielen sectorbreed aangeleverd in een productenboek, waarbij de sector zelf aangeeft welke componenten zij onder welk domein (Zvw of Wmo) schaaft. De bijbehorende productie op totaalniveau voor behandeling en begeleiding is daarbij aangeleverd voor 2012 (aangesloten met de nacalculatie) en de eerste helft van 2013.

³³ Zie noot 6.

³⁴ Zie noot 5.

CVZ heeft bij deze aanlevering op productniveau (interventies binnen de componenten) bepaald of de aanleverde splitsing Zvw - Wmo overeen komt met zijn advies in de verkenning van juni 2013. Elk product is afgezet tegen de indeling zoals CVZ in zijn verkenning heeft opgenomen. Deze indeling staat weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Indeling zorg visueel beperkten

ICF ³⁵		CATEGORIEËN CVZ
Perspectief	Domein	Visueel beperkten
Mens als organisme	Functies en anatomische eigenschappen, Ziekte en aandoening Sensorische functies Functies en anatomische eigenschappen, Mentale functies	1. Zien 2. Psychisch leren omgaan met de beperking
Menselijk handelen	Leren en toepassen van kennis Communicatie Zelfverzorging Huishouden Mobiliteit	3. Compensatie beperkingen bij uitvoering activiteiten
Participatie	Tussenmenselijke interacties en relaties Belangrijke levensgebieden Maatschappelijk, Sociaal en burgerlijk leven Fysieke omgeving Sociale omgeving	4. Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren

Bron: CVZ³⁶

Op basis van de aanlevering van de sector aan de NZa, heeft het CVZ de volgende uitspraak gedaan over de acht profielen binnen de visuele sector:

- Profiel 0: Informatie, advies en voorlichting: dit profiel is onderdeel van de uitvraag consultatie en advies (zie paragraaf 2.5.3, uitvraag gegevens) en daarmee hier buiten beschouwing gelaten.
- Profiel 1: Onderzoek en Functionele diagnostiek: alle onderliggende producten passen binnen de Zvw.
- Profiel 2: Hulpmiddelenadvies en instructie: alle onderliggende producten passen binnen de Zvw.
- Profiel 3: Korte revalidatie: een aantal producten passen binnen de Zvw.
- Profiel 4a: Meerjarige revalidatie kinderen: een aantal producten passen binnen de Zvw.
- Profiel 4b: Meerjarige begeleiding behoud zelfstandigheid: alle onderliggende producten passen niet binnen de Zvw en zijn daarmee Wmo;
- Profiel 5: Intensieve revalidatie: een aantal producten passen binnen de Zvw.
- Profiel 6: dit profiel is onderdeel van de uitvraag consultatie en advies (zie paragraaf 2.5.3, uitvraag gegevens) en daarmee hier buiten beschouwing gelaten.

³⁵ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Classificatie die het functioneren van een persoon vanuit drie perspectieven beschrijft.

³⁶ "Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen?" Een verkenning, CVZ, juni 2013, p. 20.

Over de producten binnen de profielen 3, 4a en 5 heeft een verdieping plaatsgevonden tussen de sector en CVZ, waarbij helder is geworden welke onderliggende producten passen binnen de Zvw en welke niet, alle afgezet tegen de verdeling zoals weergegeven in tabel 7.

Om de omvang van het over te hevelen bedrag te bepalen die met de uitspraak van het CVZ samenhangt, heeft er een aanvullende uitvraag voor de productiecijfers plaatsgevonden. Voor de profielen 1, 2, 3, 4a, 4b en 5 zijn de productiecijfers op totaalniveau per profiel uitgevraagd voor het jaar 2012 (aansluitend met de nacalculatie) en het eerste half jaar van 2013. Voor de profielen 3, 4a en 5 is daarnaast gevraagd om de producten die als niet Zvw zijn aangemerkt eveneens de productiecijfers aan te leveren, maar dan op productniveau (eveneens over 2012 en eerste helft 2013). In bijlage 6 is een overzicht opgenomen van de producten uit het sector brede productenboek die zijn aangemerkt als Zvw en producten die zijn aangemerkt als niet zijnde Zvw.

Auditief

De auditieve sector heeft per cliëntprofiel (totaal 17, zie bijlage 7) een onderbouwing gegeven welke productie binnen een cliëntprofiel geleverd is. De uitkomst van deze eerste uitvraag was dat de sector aangaf dat op basis van het advies van het CVZ het niet één op één mogelijk is om er vanuit te gaan dat alle behandeling ZG die binnen de AWBZ als behandeling is aangemerkt, overgaat naar de Zvw en alle begeleiding ZG naar de Wmo. Een aantal zorgvormen die de sector levert als behandeling ZG past volgens het advies van het CVZ niet in de Zvw. Het betreft met name de zorg aan vroegdooven volwassenen en doofblinden. Daarom heeft de sector voor zichzelf naar een heldere afbakening van de zorg tussen Zvw en Wmo gekeken, met als uitgangspunt de indeling zoals het CVZ die in zijn verkenning³⁷ heeft opgenomen, zie tabel 8. Dit resulteerde in de onderstaande splitsingen:

- AWBZ-behandeling naar Zvw: 'Interventies die betrekking hebben op (handelingsgerichte) diagnostiek', 'Interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap' en 'Interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten'.
- AWBZ-behandeling niet zijnde Zvw (naar Wmo): Is onder de huidige AWBZ-beleidsregels behandeling ZG, maar past op basis van de CVZ categorieën niet onder de onderdelen die bij de eerste bullit staan genoemd. Deze zijn daarom onder het onderdeel 'Interventies gericht op ondersteuning bij maatschappelijk functioneren' geschaard en geven daarom apart de productie behandeling aan die volgens de sector naar de Wmo zou moeten.
- AWBZ-begeleiding naar Wmo: 'Interventies gericht op ondersteuning bij maatschappelijk functioneren'.

³⁷ Zie noot 5.

Tabel 8: Indeling zorg auditief beperkten

ICF		Gekozen Categorieën	
Perspectief	Domein	Auditief en/ of Communicatief beperkten	ESM
Mens als organisme	Functies en anatomische eigenschappen, Ziekte en aandoening, Sensorische functies Functies en anatomische eigenschappen, Mentale functies	1. Horen en stem en spraak: Correctie auditieve en communicatieve functiestoornis 2. Psychisch leren omgaan met de beperking. Interactie met gezin/omgeving	1. Stem en spraak: Correctie communicatieve functiestoornis 2. Psychisch leren omgaan met de beperking. Interactie met gezin/omgeving.
Menselijk handelen	Leren en toepassen van kennis Communicatie Zelfverzorging Huishouden Mobiliteit	3. Compensatie beperkingen bij uitvoering van activiteiten	3. Compenseren beperking
Participatie	- Tussenmenselijke interacties en relaties - Belangrijke levensgebieden (opleiding, beroep en werk, economisch leven) - Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven - Fysieke omgeving - Sociale omgeving	4. Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren	

Bron: CVZ³⁸

Uit de resultaten van de uitgevraagde splitsing behandeling/begeleiding Zvw/Wmo blijkt dat er volgens de sector geen begeleiding is die overgaat naar de Zvw, maar wel dat er AWBZ-behandeling overgaat naar de Wmo aangezien deze niet past onder behandeling in de Zvw. De uitvraagde gegevens zijn ter toetsing voorgelegd aan het CVZ. Hierbij gaat het CVZ ervanuit dat alles wat de sector zelf bestempeld als Wmo zorg correct is. Het CVZ heeft dus uitsluitend een uitspraak gedaan of de door de sector aangemerkte Zvw-zorg ook daadwerkelijk onder de Zvw moet komen te vallen.

Omdat de eerste uitvraag voor het CVZ niet voldoende informatie bevatte om een uitspraak te doen, is er een aanvullende uitvraag gedaan. Hierbij is aan alle zorgaanbieders met een marktaandeel groter dan 0,50% gevraagd een onderbouwing op productniveau aan te leveren met een omschrijving van de interventies die binnen de cliëntprofielen worden geleverd.

Het CVZ heeft op basis van de aanvullende uitvraag zich uitgesproken over een aantal vormen van zorg, waaronder themabijeenkomsten, die het CVZ schaaft onder lotgenotencontact en daarmee niet Zvw-zorg. Daarnaast zijn delen van cliëntprofiel 14 en 17 aangemerkt als zijnde Zvw zorg. Het betreft de communicatietrainingen voor cliënt en netwerk van volwassen vroegdoven en doofblinden.

³⁸ "Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen?" Een verkenning, CVZ, juni 2013, p. 13.

Opgemerkt dient te worden dat er bij het opleveren van dit advies er nog een discussie met het CVZ gaande is rond de opvoedtraining aan dove ouders en hun horende kinderen.

Van de zorg die onderdeel was van een cliëntprofiel en in de eerdere uitvraag niet in aantallen gespecificeerd was, heeft er een vervolg uitvraag plaats gevonden.

Bij deze uitvraag werd duidelijk dat het om minimale aantallen ging, bijvoorbeeld de themabijeenkomsten die slecht twee keer per jaar worden gegeven voor een beperkt aantal cliënten. Ook bleken een aantal vormen van zorg die het CVZ had aangemerkt als lotgenotencontact, dermate verweven te zijn met andere zorg dat het voor de zorgaanbieder niet mogelijk was het volume op te geven.

In een later stadium van het traject werd duidelijk dat er mogelijk meer onderdelen van cliëntprofielen zijn die nader onderzocht dienen te worden. Het gaat dan om zorg als sociale vaardigheidstraining en groepsbehandeling, waarvan het CVZ de inhoud niet voldoende duidelijk achtte om een definitief oordeel te geven. Bij de berekening van het over te hevelen bedrag is het bedrag voor deze gevallen niet gecorrigeerd.

3.2 Omvang behandeling naar Zvw

3.2.1 Berekeningssystematiek behandeling naar Zvw

Voor het bepalen van het over te hevelen bedrag van de zorg is het jaar 2012 als basis gehanteerd. Als startpunt voor de berekening is uitgegaan van de gerealiseerde en gedeclareerde uren 2012 volgens de nacalculatieformulieren. Zoals aangeven, heeft er een aanvullende uitvraag voor de productiecijfers plaatsgevonden van de uren besteed aan behandeling per profiel en begeleiding per product (visueel) of per component in het cliëntprofiel uitgesplitst naar behandeling en begeleiding (auditief).³⁹ Aan de hand van deze gegevens zijn de uren toegerekend aan uren begeleiding of behandeling.

In paragraaf 2.5.1 is de omvang van de expertisefunctie bepaald. De expertisefunctie zal per 2015 in aanmerking komen voor alternatieve bekostiging en wordt daarom niet meegenomen in onderstaande berekening. Door de expertisefunctie en de opgave van uren in mindering te brengen op de totale omvang van de nacalculatie 2012 wordt een overhevelingsbedrag verkregen dat als basis gehanteerd zou kunnen worden. Hierbij is echter nog geen rekening gehouden met de wijzigingen in de markt vanaf 2012. Dit betreft zowel de mutatie in het aantal uren als ook de verandering in de prijzen.

Om het uiteindelijke geïndexeerde overhevelingsbedrag te bepalen is op het berekende bedrag een tweetal indexaties meegenomen:

- Indexatie prijspeil: De indexering is ontleend aan tarief 2008 extramuraal behandeling ZG basis H324 (beleidsregel CA-289). Dit tarief is vergeleken met het tarief 2013 (beleidsregel CA-300-584). Het verschil is de indexatie.
- Indexatie aantallen: Voor de berekening is de stijging van het aantal uren 2013 van deerschikking ten opzichte van nacalculatie aantallen 2012 genomen.

In de volgende paragraaf zijn de genoemde stappen cijfermatig inzichtelijk gemaakt.

³⁹ De opgave van de zorgaanbieders is een vrijwillige opgave en is niet voorzien van een externe verklaring. Hierbij is een dekkingsgraad van 99% gerealiseerd van de zorgaanbieders die meegenomen zijn in het onderzoek.

3.2.2 Omvang behandeling naar Zvw

Visueel

Voor de overheveling van de behandeling naar de Zvw voor visueel gehandicapten is onderstaande berekening gemaakt, die uitkomt op een bedrag van € 66.325.000. De berekening is in onderstaande tabel per stap inzichtelijk gemaakt.

Tabel 9: Berekening overheveling behandeling visueel

Stap 1: Nacalculatie

Opname nacalculatie	Totaal
Uren nacalculatie behandeling ZG visueel (H332)	477.960
Financieel kader nacalculatie behandeling ZG visueel (H332)*	€ 66.731.000

Stap 2: Opgave productie uren⁴⁰

Deelstappen opgave productie uren	Totaal
Opgave productie uren besteed aan producten welke niet onder behandeling Zvw vallen	4.453
Financieel kader kosten besteed aan producten welke niet onder behandeling Zvw vallen**	€ 607.000
Opgave productie uren besteed aan de expertisefunctie consultatie en advies	41.996
Expertisefunctie consultatie en advies - business to client	€ 4.266.000
Expertisefunctie consultatie en advies - business to business ***	€ 1.629.000

Stap 3: Overheveling 2012

Overheveling	Totaal
*Financieel kader nacalculatie behandeling ZG visueel (H332)	€ 66.731.000
**Financieel kader kosten besteed aan producten welke niet onder behandeling Zvw vallen	-/- € 607.000
*** Expertisefunctie consultatie en advies - business to business	-/- € 1.629.000
Overheveling behandeling ZG visueel****	€ 64.495.000

Stap 4: Indexaties

Overheveling	Totaal
****Overheveling behandeling ZG visueel	€ 64.495.000
Indexatie prijspeil 2012 naar prijspeil 2013 -> stijging van 1,35%	€ 871.000
Indexatie aantallen 2012 naarerschikking 2013 op prestaties behandeling -> stijging van 2,8%	€ 1.830.000
Overheveling behandeling ZG visueel	€ 67.196.000

Bron: NZa

⁴⁰ Voor de berekening van het financieel kader van de productie uren is het gewogen gemiddelde uurtarief voor behandeling per zorgaanbieder berekend (rekening houdend met de productieafspraken) en deze vermenigvuldigd met de opgave per zorgaanbieder. De opgave van de zorgaanbieders is een vrijwillige opgave en is niet voorzien van een externe verklaring.

Auditief

Voor de overheveling van de behandeling naar de Zvw voor auditief gehandicapten is onderstaande berekening gemaakt, die uitkomt op een bedrag van € 94.569.000. De berekening is in onderstaande tabel per stap inzichtelijk gemaakt.

Tabel 10: Berekening overheveling behandeling auditief

Stap 1: Nacalculatie

Opname nacalculatie	Totaal
Uren nacalculatie behandeling ZG auditief (H333)	792.185
Financieel kader nacalculatie behandeling ZG auditief (H333)*	€ 96.603.000

Stap 2: Opgave productie uren⁴¹

Deelstappen opgave productie uren	Totaal
Opgave productie uren besteed aan producten welke niet onder behandeling Zvw vallen	29.283
Financieel kader kosten besteed aan producten welke niet onder behandeling Zvw vallen**	€ 3.559.000
Opgave productie uren besteed aan de expertisefunctie consultatie en advies	30.042
Expertisefunctie consultatie en advies - business to client	€ 762.000
Expertisefunctie consultatie en advies - business to business ***	€ 2.890.000

Stap 3: Overheveling 2012

Overheveling	Totaal
*Financieel kader nacalculatie behandeling ZG auditief (H333)	€ 96.603.000
**Financieel kader kosten besteed aan producten welke niet onder behandeling Zvw vallen	-/- € 3.559.000
*** Expertisefunctie consultatie en advies - business to business	-/- € 2.890.000
Overheveling behandeling ZG auditief****	€ 90.154.000

Stap 4: Indexaties

Overheveling	Totaal
****Overheveling behandeling ZG auditief	€ 90.154.000
Indexatie prijspeil 2012 naar prijspeil 2013 -> stijging van 1,35%	1.217.000
Indexatie aantallen 2012 naar herschikking 2013 op prestaties behandeling -> stijging van 3,5%	3.198.000
Overheveling behandeling ZG auditief⁴²	€ 94.569.000

Bron: NZa

De doorrekening voor 2014 en 2015 zal na uitbrenging van voorliggend advies aan VWS door VWS zelf worden gedaan.

De zorgaanbieders hebben opgegeven dat zij in 2012 in totaal 34.000 uur taal- en spraakproducten hebben geleverd aan autistische cliënten in

⁴¹ Voor de berekening van het financieel kader van de productie uren is het gewogen gemiddelde uurtarief voor behandeling per zorgaanbieder berekend (rekening houdend met de productieafspraken) en deze vermenigvuldigd met de opgave per zorgaanbieder. De opgave van de zorgaanbieders is een vrijwillige opgave en is niet voorzien van een externe (accountants)verklaring.

⁴² Inclusief € 4.339.000 aan uren taal- en spraakproducten (ZG-behandeling) geleverd aan autistische cliënten, op basis van dezelfde systematiek zoals hierboven voor de overheveling is gehanteerd.

de leeftijd van 1 tot en met 23 jaar. Op basis van dezelfde systematiek zoals hierboven voor de overheveling is gehanteerd, is hieraan een bedrag van € 4.339.000 toe te delen.

3.2.3 Reiskosten zorgverlener

De prestatie reiskosten zorgverlener (code H321)⁴³ is gekoppeld aan alle extramurale prestaties behandeling (totaal 10), niet alleen aan de extramurale prestaties behandeling ZG. Hieronder worden de reiskosten verstaan van een zorgverlener die behandeling levert aan een cliënt. Voor de berekening van het bedrag bij deze prestatie, zijn alle zorgverleners gecumuleerd voor de code reiskosten. Hierbij is afgezien van de mogelijkheid dat zorgaanbieders naast reiskosten voor de extramurale behandeling ZG ook reiskosten voor andere extramurale behandelprestaties opgevoerd hebben. De NZa gaat ervanuit dat dit verschil minimaal is. Het is een gespecialiseerde markt waarvan de verwachting is dat er naast extramurale behandeling ZG geen andere extramurale behandelprestaties geleverd worden (en daaraan gekoppelde reiskosten).

Tabel 11: Berekening reiskosten zorgverlener

Overheveling	Totaal
Overheveling reiskosten (code H321)	€ 2.922.000
Indexatie prijspeil 2012 naar prijspeil 2013 -> stijging van 1,35%	€ 40.000
Indexatie aantallen 2012 naar beschikking 2013 -> stijging van 6,8%	€ 201.000
Overheveling reiskosten zorgverlener	€ 3.163.000

Bron: NZa

3.2.4 Totaaloverzicht voor indexaties

Hieronder is het totaaloverzicht opgenomen voor indexaties op basis van de verdeling van uren zoals door de marktpartijen is aangegeven:

Tabel 12a: Totaaloverzicht voor indexaties

Verdeling (x € 1.000)	ZVW	WMO	Consultatie en advies Zvw (B2B) voor indexatie	Totaal	Consultatie en advies Wmo (B2C) voor indexatie
Visueel	66.731	-607	-1.629	64.495	-4.266
Auditief	96.603	-3.559	-2.890	90.154	-762
Reiskosten	2.922	0	0	2.922	0
Totaal	166.256	-4.166	-4.519	157.571	-5.028

Bron: NZa

⁴³ Zie noot 15.

Tabel 12b: Totaaloverzicht voor en na indexaties

Verdeling	Totaal voor indexatie	Totaal na indexatie
Visueel	64.495.000	67.196.000
Auditief	90.154.000	94.569.000
Reiskosten	2.922.000	3.163.000
Totaal	<u>157.571.000</u>	<u>164.928.000</u>

4. Bekostiging overgangsfase

Dit hoofdstuk beschrijft de bekostiging van de overgangsfase in 2015. Hierbij komt de toeleiding in de Zvw, aanpassing in Besluit Zorgverzekeringwet, prestatiebeschrijvingen behandeling ZG, zorginkoop, regulering en kostenbeheersing aan bod.

4.1 Toeleiding in de ZVW

Achtergrond

De Zvw is een verplichte ziektekostenverzekering voor ingezetenen van Nederland. De zorgverzekering dekt de noodzakelijke, op genezing gerichte zorg. In de wet zijn de te verzekeren prestaties functioneel omschreven en is de aard vermeld van de te verzekeren prestaties waarop de verzekerde recht heeft, zoals verpleging en geneeskundige zorg. De inhoud en omvang van deze prestaties is in lagere regelgeving - Besluit zorgverzekering (Bzv) - geregeld. De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. Het sturingsprincipe binnen de Zvw is toenemende (gereguleerde) marktwerking zowel onderling tussen zorgverzekeraars als tussen zorgaanbieders. De zorgverzekeraar is ervoor verantwoordelijk dat zorg wordt geleverd. De zorgverzekeraar maakt daarover afspraken met de verzekerde in de verzekeringspolis. Iedere burger moet zich verplicht verzekeren voor het basispakket. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen voor de basisverzekering te accepteren (acceptatieplicht). De keuze voor een zorgverzekeraar is vrij. Daarnaast staat het burgers vrij om een aanvullende verzekering af te sluiten. Zorgaanbieders kunnen in de Zvw in principe met alle zorgverzekeraars een contract aangaan. Zorgverzekeraars hoeven echter niet met alle zorgaanbieders een contract aan te gaan. In het contract worden afspraken met de zorgaanbieder gemaakt over de te leveren zorg en de daaraan gekoppelde tarieven.

Indicatiestelling Zvw

In de Zvw is er geen centraal onafhankelijk indicatieorgaan die indicaties vaststelt. De zorgverzekeraar bepaald de toegang tot de zorg in zijn polis. Richtlijnen, standaarden en protocollen kunnen duidelijkheid bieden over de inhoud van de zorg. Deze dienen helder en toetsbaar te zijn voor de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft verder ook de taak en prikkel (bij risicodragendheid) om te toetsen of hij alleen goede, doelmatige, verzekerde zorg vergoedt.

4.2 Aanpassing Besluit Zorgverzekeringwet

De verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, heeft volgens de zorgverzekering recht op prestaties die bestaan uit de zorg zelf (natura) of vergoeding van de kosten (restitutie). Bij algemene maatregel van bestuur, in het Bzv, worden deze te verzekeren prestaties nader geregeld.

Het CVZ heeft op 25 juni 2013 in haar verkenning⁴⁴ aangegeven dat onderdelen van de extramurale ZG van de AWBZ-aanspraken passend zijn binnen de Zvw. Het CVZ heeft in deze verkenning aangegeven dat deze zorg, voor zover geneeskundig van aard, naast de zorgonderdelen

⁴⁴ Zie noot 5.

die al in het basispakket zitten, ook in het basispakket past. Het Bzv zal daarom worden aangepast door het ministerie van VWS.

De concept-aanspraak is openbaar. Deze versie van de concept-aanspraak is van 19 februari 2014 en is te raadplegen op de website van VWS.⁴⁵ In artikel 2.4 Bzv wordt na "als bedoeld in artikel 2.5c" ingevoegd: zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5d. Wat deze zorg inhoudt, is nader omschreven in het nieuwe artikel 2.5d.

Artikel 2.5d

Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

In de toelichting bij het Bzv wordt verwezen naar de NOG-richtlijnen (Nederlands Oogheelkundig Gezelschap) voor diagnostiek van een visuele beperking en de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek van een auditieve beperking. Van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis is sprake als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Verder geldt de voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis voorop staat. Andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) moet ondergeschikt zijn aan de taalontwikkelingsstoornis. De objectieve vaststelling of sprake is van een communicatieve beperking geschiedt volgens de FENAC-richtlijnen. Bij zorg in het geval van een communicatieve beperking gaat het om kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van 23 jaar.

4.3 ZG extramurale behandeling in de Zvw

Aan de NZa wordt gevraagd hoe de prestaties behandeling ZG omschreven kunnen worden conform de definities en omschrijvingen in de verkenning van het CVZ.⁴⁶ Om deze vraag te beantwoorden zal ingegaan worden op de huidige prestatiebeschrijving en in hoeverre deze in lijn ligt met de verkenning van CVZ.

4.3.1 Prestatiebeschrijvingen behandeling ZG

In bijlage 4 staat de prestatiebeschrijving voor de prestaties behandeling ZG auditief en visueel vermeld. Deze is conform de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014 (CA-300-584).⁴⁷ De prestatiebeschrijvingen van de twee prestaties auditief en visueel zijn nagenoeg identiek.

De onderdelen die in de verkenning van het CVZ⁴⁸ als extramurale ZG-behandeling geduid zijn, zullen in de huidige prestatiebeschrijving worden opgenomen:

- Interventies die betrekking hebben op (handelingsgerichte) diagnostiek.

⁴⁵ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/03/04/kamerbrief-over-samenhang-hervormingen-langdurige-zorg.html>.

⁴⁶ Zie noot 5.

⁴⁷ www.nza.nl.

⁴⁸ Zie noot 5.

- Interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap.
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Om te bepalen of de huidige prestatiebeschrijving daarnaast in stand gehouden moet worden in de Zvw, is gekeken naar die onderdelen die door het CVZ niet onder de Zvw zijn geschaard:

- Onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren.
- De complexe, langdurige en intensieve zorg aan doofblinden en aan prelinguaal doven.

In de huidige prestatiebeschrijving behandeling ZG staan geen onderdelen die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren.

In de huidige prestatiebeschrijving behandeling ZG is wel sprake van continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg (CSLM) zorg. Het doel van CSLM-zorg is meestal niet herstel, maar het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis. De problematiek is zo complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair zorgteam noodzakelijk zijn. Er is op gestructureerde wijze afstemming nodig over wat de verschillende zorgdisciplines doen. De geldigheidsduur van een indicatie voor CSLM-zorg is vijf jaar.

De cumulatieve criteria voor CSLM-behandeling in het kader van de AWBZ zijn:

- Het moet gericht zijn op het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis of het handhaven van aanwezige mogelijkheden.
- Er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn waardoor of blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht, of verslechtering wordt tegengegaan, of palliatie wordt geboden.
- Er dient van behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting sprake te zijn gecoördineerd door een hoofdbehandelaar.
- De te geven behandeling dient programmatisch en doelmatig te zijn volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode.
- Voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk op het niveau van een AWBZ-behandelaar.
- Naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen.

CSLM-zorg in de AWBZ omvat andere zorg dan CSLM-zorg in de Zvw. De omschrijving van CSLM is onvoldoende duidelijk. Diverse zorgvormen kunnen continu, systematisch, langdurige en multidisciplinair aangeboden worden. In de prestatiebeschrijving van ZG-behandeling in de Zvw wordt het begrip CSLM-zorg verwijderd. In de concept aanspraak voor ZG-behandeling in het Bzv is opgenomen dat ZG-zorg multidisciplinaire zorg omvat. In de prestatiebeschrijving van ZG-behandeling zal het begrip CSLM-zorg worden verwijderd omdat de inhoud hiervan onvoldoende duidelijk is en zal multidisciplinaire zorg worden opgenomen.

Tenslotte is in de prestatiebeschrijving sprake van het registreren van de expertisefunctie in uren behandeling. In de prestatiebeschrijving staat dit vermeld als "Screening van cliënten bij andere AWBZ-zorgaanbieder en advisering van andere AWBZ-zorgaanbieder". Deze expertisefunctie wordt deels verwijderd uit de prestatiebeschrijving. De afspraken voor

business tot business (B2B) worden bekostigd via alternatieve bekostiging in de vorm van een subsidie.

De afspraken voor business tot cliënt (B2C) worden wel opgenomen in de prestatiebeschrijving in de Zvw. In de prestatiebeschrijving zal worden opgenomen dat afspraken kunnen worden gemaakt voor screening en advisering van cliënten die behandelzorg ontvangen op grond van de Wlz of Zvw.

4.3.2 Vervoer en reiskosten in de Zvw

Op dit moment is het CVZ in de afrondende fase van een advies over zittend ziekenvervoer. De uitkomsten van dat advies zijn nog niet bekend en daarom niet meegenomen in dit advies over de overheveling behandeling ZG.

Vervoer van cliënten in de Zvw

In artikel 10 van de Zvw is de aanspraak op vervoer geregeld. Deze aanspraak is nader uitgewerkt in artikelen 2.13 tot en met 2.15 en 2.16e van het Bzv. Het moet gaan om vervoer dat medisch noodzakelijk is. In artikel 2.13 Bzv wordt het vervoer per ambulance geregeld. Artikel 2.14 Bzv regelt het vervoer per auto of openbaar vervoer naar instellingen of personen bij wie men zorg zal gaan ontvangen. Voor de aanspraak op vervoer voor ZG-cliënten in de Zvw is artikel 2.14 Bzv relevant.

ZG-cliënten met een visuele handicap vallen onder de aanspraak van artikel 2.14 lid 1 sub d Bzv. In artikel 2.14 lid 1 sub d is opgenomen dat iemand aanspraak op vervoer heeft:

"1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de tijdelijke wet ambulancezorg, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

(..)

d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen."

Dit betekent dat ZG-cliënten met een beperkt gezichtsvermogen/visuele handicap aanspraak maken op vervoer in de Zvw. ZG-cliënten met een auditieve handicap maken geen aanspraak op vervoer volgens artikel 2.14 Bzv. Omdat niet wordt voldaan aan de eisen van de Zvw en het Bzv kunnen deze cliënten een beroep doen op de zogenaamde

'hardheidsclausule' die is opgenomen in artikel 2.14 lid 3 van het Bzv:

"In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met d, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard."

Als iemand voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd is aangewezen op vervoer dan kan de zorgverzekeraar dus besluiten de reiskosten te vergoeden. Om te beoordelen of een verzekerde op grond van de hardheidsclausule aanspraak kan maken op ziekenvervoer, gebruikt de zorgverzekeraar de volgende formule:

"(aantal maanden) x (aantal keren p/week) x (aantal weken p/maand) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (= wegingsfactor)"⁴⁹

De variabele onderdelen zijn afhankelijk van de persoonlijke situatie van een verzekerde. Is de uitkomst gelijk aan of groter dan 250, dan kan een verzekerde op grond van de hardheidsclausule aanspraak maken op ziekenvervoer. De verzekerde moet hiervoor wel vooraf toestemming vragen aan zijn zorgverzekeraar. Afhankelijk van de soort polis kan een verzekerde zelf een vervoerder kiezen of moet hij gebruik maken van vervoerders met wie de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten. In artikel 2.14 lid 4 Bzv is geregeld dat de verzekeraar af kan wijken van de beperking van 200 kilometer.

Onduidelijk is hoe de zorgverzekeraars voor ZG-cliënten met een auditieve handicap of een spraak-/taalprobleem (of -stoornis) de hardheidsclausule gaan toepassen en of deze cliënten uiteindelijk wel of niet aanspraak maken op vervoer. Voor iedere ZG-cliënt met een auditieve handicap of een spraak-/taalprobleem (of -stoornis) kan de hardheidsclausule anders uitpakken. In de huidige AWBZ-regeling is geen aanspraak op vervoer. Dit betekent dat de vergoeding voor vervoerskosten voor ZG-cliënten met een auditieve handicap of spraak-/taalprobleem (of -stoornis) in de Zvw door middel van de hardheidsclausule mogelijk groter is dan in de AWBZ.

Tijdens de consultatie werd door partijen speciale aandacht voor het vervoer van ZG-cliënten gevraagd. In de huidige AWBZ geldt dat cliënten die ZG-behandeling krijgen, geen aanspraak hebben op vervoer. Binnen de Zvw geldt voor de sector visueel dat er aanspraak is op zittend ziekenvervoer en voor de auditieve sector geldt de mogelijkheid van de hardheidsclausule. Geconcludeerd kan worden dat er binnen de Zvw voor de sector meer mogelijkheden zijn voor de bekostiging van vervoer dan binnen de AWBZ.

Uit de consultatie is gebleken dat binnen de sector auditief de doelgroep kinderen (twee tot vijf jaar) met een auditieve handicap speciale aandacht vraagt. Voor deze doelgroep geldt in de huidige bekostiging bij één zorgaanbieder in de sector een uitzonderingsregeling in verband met bijzondere omstandigheden voor het afspreken van vervoer. De andere zorgaanbieders in de sector betalen de vervoerskosten uit het behandelingstarief.

Voor het jaar 2015 wordt een overgangsregeling opgesteld die zal landen in de subsidieregeling voor extramurale behandeling niet zijnde ZG-behandeling en het daarbij behorende vervoer, waarin deze resterende delen tijdelijk worden ondergebracht⁵⁰. Het betreft een bedrag van € 1,4 miljoen. De NZa adviseert om het vervoer voor deze doelgroep in het onderbouwend (kosten)onderzoek voor fase 2 mee te nemen. In deze fase zal worden onderzocht of er in de Zvw een vervoersregeling moet komen voor deze specifieke doelgroep.

Tot slot, voor het ziekenvervoer in de Zvw geldt een eigen bijdrage, zie artikel 2.16e Bzv. Daarnaast komen de kosten van vervoer ten laste van het verplichte eigen risico van de verzekerde.

Reiskosten van zorgverleners in de Zvw

In de consultatie hebben de zorgaanbieders aangegeven dat reiskosten voor de zorgverlener geborgd moet worden, omdat het noodzakelijk is dat (onderdelen van) de behandeling in de leefomgeving van de cliënt

⁴⁹ Website CVZ: <http://www.cvz.nl/pakket/zvw-kompas/vervoer>

⁵⁰ Zie noot 20.

plaatsvindt. Ook de belangenorganisaties geven aan dat thuisbehandeling een meerwaarde heeft. Zij hebben een voorkeur voor een opslag op het tarief in verband met het eigen risico van de cliënt.

De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat binnen de Zvw voor geen enkele zorg dergelijke reiskosten worden vergoed. Daarom zou overwogen kunnen worden de zelfstandige prestatie niet over te hevelen en de kosten te verdisconteren in het tarief voor de behandeling.

De NZa zal in de tweede fase bij het onderbouwend (kosten)onderzoek nagaan of er voor de reiskosten van behandelaars van ZG-cliënten een aparte prestatie moet worden vastgesteld of dat er een opslag op het tarief moet komen. Voor 2015 stelt de NZa een overgangsregeling voor door aan te sluiten bij een opslag op het tarief zoals ook voor de fysiotherapeuten kan worden afgesproken. Voor fysiotherapeuten is het mogelijk om, wanneer zij een patiënt thuis bezoeken, een toeslag voor uitbehandeling te declareren. Van uitbehandeling is alleen sprake als de behandeling buiten de praktijk plaatsvindt. De toeslag voor een uitbehandeling kan per adres slechts eenmaal in rekening worden gebracht. Voor fysiotherapeuten gelden vrije tarieven. De NZa stelt deze tarieven niet vast. De NZa bepaalt wel welke prestaties in rekening mogen worden gebracht via een prestatiebeschrijvingslijst. Alleen deze prestaties kunnen worden gedeclareerd. Omdat voor de ZG-sector geen vrije tarieven gelden zal de NZa voor ZG-behandelaars in 2015 een aparte prestatie 'Reiskosten zorgverleners' met tarief vaststellen. Voor het tarief kan worden aangesloten bij het tarief zoals die nu geldt in de AWBZ, namelijk € 27,- per contact.

4.4 Zorginkoop, regulering en kostenbeheersing

4.4.1 Zorginkoop

In de Zvw is het de zorgverzekeraar die in de modelovereenkomst (polis) bepaalt welke zorgverleners de benodigde indicatie mogen afgeven, wie mag doorverwijzen en welke zorgverleners de zorg mogen verlenen. Ook kan de zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden bepalingen opnemen die de verzekerde in acht moet nemen om zijn aanspraak op zorg geldend te kunnen maken. Dit doen de zorgverzekeraars door de rol als zorginkoper te vervullen. In de markt voor behandeling ZG moeten zorgverzekeraars uiteindelijk met zorgaanbieders onderhandelen over de prijs, kwaliteit en volume van de zorg. Of zorgverzekeraars deze rol in de overgangsfase voor de behandeling ZG kunnen vervullen wordt beantwoord door de randvoorwaarden hiervoor te vergelijken met de nieuwe situatie in het zorgverzekeringsstelsel.

Risicodragendheid

In beginsel ondervinden verzekeraars in de Zvw een financiële prikkel om zorg doelmatig in te kopen doordat zij (een deel van) het risico van de kosten dragen voor de zorg die zij inkopen voor hun verzekerden. Door het risicovereveningssysteem worden zij vooraf en achteraf gecompenseerd voor een aantal risico's van hun verzekerdenpopulatie. De minister heeft aangegeven dat per 2015 de ex-post verevening afgebouwd wordt waardoor verzekeraars ex-ante volledig risicodragend zullen zijn. De vraag is of dit ook van toepassing zal zijn op de behandeling ZG. Door de zorgverzekeraars direct volledig ex ante risicodragend te laten zijn, zullen zij een belangrijke financiële prikkel ondervinden tot doelmatige zorginkoop.

Inkoopinformatie

Of verzekeraars vervolgens de zorginkoop van het zorgkantoor op adequate wijze over kunnen nemen is afhankelijk van de voor hen beschikbare informatie om te kunnen onderhandelen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten kunnen beschikken over voldoende inkoopinformatie. Noodzakelijke inkoopinformatie zijn bijvoorbeeld de declaratiegegevens van voorgaande jaren. Op dit moment beschikken zorgkantoren wel, maar zorgverzekeraars niet over deze inkoopinformatie. Deze informatie is mogelijk wel overdraagbaar vanuit zorgkantoren naar de zorgverzekeraars. Benodigde informatie die nu niet voorhanden is bij zorgkantoren is inzicht in de geleverde zorg in relatie tot de declaratiegegevens. Op dit moment is er praktijkvariatie in het zorgaanbod wat inhoudelijk lastig te verklaren is, zo zijn er verschillende behandelingen waarvan de bijbehorende tarieven sterk uiteenlopen.

Level Playing Field

Naast het ontbreken van inzicht in geleverde zorg in relatie tot gedeclareerde zorg, leveren de specifieke kenmerken van de ZG-sector problemen op voor de inkoop door zorgverzekeraars. Zoals in hoofdstuk 2 al werd omschreven kenmerkt de ZG-sector zich door een beperkt aantal aanbieders waarvan een groot deel van de markt door een klein deel van de aanbieders in handen is. Dit levert een beperkte onderhandelingspositie op voor verzekeraars bij de zorginkoop, ook doordat verzekeraars mogelijk nog onvoldoende (kwaliteits)informatie per 2015 zullen hebben over de verschillende zorgaanbieders om hun verzekerden te sturen en om selectieve contractering toe te passen. Om een level playing field voor aanbieders te creëren is een goede onderhandelingspositie voor de verzekeraar essentieel.

Representatie

De NZa signaleert onder andere op basis van de consultatie dat in dit stadium (overgangsfase) in de markt een voorkeur bestaat voor het hanteren van een representatiemodel voor inkoop van behandeling ZG. Redenen die hiervoor gezien worden zijn het ontbreken van inkoopinformatie en het streven naar een level playing field. De daadwerkelijke toepassing en toetsing van het representatiemodel behoort tot de verantwoordelijkheid van het veld.

Natura/restitutie polis

Binnen de Zvw bestaan verschillende soorten polissen waaruit de consument kan kiezen. Bij de natura polis wordt uitsluitend gecontracteerde zorg geleverd en heeft de zorgverzekeraar zicht op het volume zorg dat is ingekocht. Bij een volledige of gecombineerde restitutiepolis kan de consument zelf de (niet) gecontracteerde zorgaanbieder kiezen. De consument zal in dat geval veelal zelf de declaratie betalen om daarna de kosten te declareren bij de zorgverzekeraar. Bij de laatste variant heeft de zorgverzekeraar minder grip op het sturen op volume en zorgaanbieder. Momenteel is er een wetwijziging van artikel 13 van de Zvw aanhangig bij de Tweede Kamer.⁵¹ In artikel 13 van de Zvw wordt geregeld dat zorgverzekeraars de verplichting hebben om voldoende zorg in te kopen voor hun verzekerden (zorgplicht) en de zorg die is verleend door niet-gecontracteerde aanbieders te vergoeden. Zorgverzekeraars mogen op basis van het artikel een lagere vergoeding dan 100 % geven als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. In de memorie van toelichting op de Zvw is echter aangegeven, dat de vergoeding niet zo laag mag zijn, dat deze voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal op zou leveren om naar een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

⁵¹ Kamerstukken II 2011/12 33 362, nr. 2.

Op dit moment geldt 80% van het marktconforme tarief als een breed gedragen praktijknorm voor hoe laag de vergoeding mag zijn wil deze geen hinderpaal zijn. In een enkel geval wordt ook 60% gehanteerd. Met de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw wordt dit 'hinderpaalcriterium' losgelaten. Dit betekent dat zorgverzekeraars zelf de hoogte van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunnen bepalen. Zorgverzekeraars kunnen dan bepalen om 100%, 70%, 50% of een ander percentage te vergoeden maar zij kunnen ook besluiten om geen vergoeding te verstrekken wanneer een verzekerde zorg afneemt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

4.4.2 Tarief en prestatieregulering

Om de mate van regulering te bepalen van de ZG-sector na overheveling van behandeling naar de Zvw, is deze markt getoetst aan het "Theoretische kader liberalisering vrije beroepen in de zorg".⁵² Het kader schetst de randvoorwaarden waaraan een markt moet voldoen om ervoor te zorgen dat de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg en daarmee de consumentenbelangen geborgd zijn. Daarnaast toetst het kader of de juiste prikkels voor partijen aanwezig zijn om in deze publieke belangen te investeren. Op basis van deze toets is volledige deregulering direct na overheveling in 2015 volgens de NZa nog niet gewenst. Redenen hiervoor zijn o.a. de nieuwe aanspraak die voor ZG-zorg in de Zvw wordt neergelegd en een beperkte transparantie van de zorgprestaties/zorgverlening. Naast genoemde redenen die voortkomen uit de overheveling, zijn kenmerken van deze sector zoals een beperkt aantal aanbieders een reden om vooralsnog van deregulering af te zien. Dit is in lijn met de beschreven overgangsfase waarin bestaande prestaties (al dan niet gewijzigd naar aanleiding van aanpassing in de aanspraak) met maximumtarieven zullen worden gehanteerd.

De overheveling van de behandeling ZG naar de Zvw zal een overheveling vergen van de voor de ZG-behandeling relevante onderdelen van de huidige AWBZ-beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2014 (CA-300-584).⁵³ De relevante onderdelen hiervan zullen worden opgenomen in de Zvw-beleidsregels van de NZa. Voor zover nodig worden de declaratievoorschriften aangepast aan de systematiek in de Zvw zodat verzekeraars over voldoende informatie beschikken.

4.4.3 Kostenbeheersing

Na de overheveling kunnen een aantal wijzigingen van invloed zijn op de kostenontwikkeling. Gedacht kan worden aan de nieuwe aanspraak en het vervallen van het productieplafond van de contracteerruimte. Dit vergt dat de zorgverzekeraars hun rol oppakken als het gaat om doelmatige inkoop van zorg. Hoe de kosten zich zullen ontwikkelen na de overheveling is niet in te schatten maar een stijging is niet uitgesloten. Op basis van de prestaties en maximumtarieven kan niet gegarandeerd worden dat de kosten op het huidige niveau blijven na overheveling. Om kostenstijging uit te sluiten zou inzet van een beheersingsinstrument overwogen kunnen worden. De minister heeft om die reden in de adviesaanvraag⁵⁴ verzocht advies uit te brengen hoe bij deze overheveling de beheersbaarheid van macro-uitgaven in de overgangsfase kan worden geborgd.

⁵² Visiedocument NZa, 2006. Theoretisch kader vrije beroepen in de zorg. Dit kader is tevens toepasbaar op andere sectoren dan de eerstelijns.

⁵³ Zie hiervoor ook paragraaf 4.3.1.

⁵⁴ Zie noot 6.

Er zijn verschillende instrumenten mogelijk om kostenbeheersing binnen de Zvw te realiseren, namelijk:

- hoofdlijnenakkoord/convenant;
- omzetplafond/instellingsbudgettering;
- MBI (Macrobeheersingsinstrument);
- tariefkorting.

Deze methoden kunnen tevens in combinatie worden ingezet. Verder zijn er ook methoden denkbaar waarbij budgettaire beheersing via de zorgverzekeraars wordt gerealiseerd, zoals een uitgavenplafond per zorgverzekeraar. Hierbij is risicodragende uitvoering een essentiële voorwaarde om te zorgen dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid nemen in de kostenbeheersing.

In de Zvw wordt voor het beheersen van de macro-uitgaven gebruik gemaakt van het MBI. Het ligt voor de hand om het MBI voor de ZG ook te hanteren vanwege consistentie met andere sectoren.

Hoofdlijnenakkoord/Convenant

In een hoofdlijnenakkoord/convenant kunnen VWS en veldpartijen onderling afspraken maken over welke zorg wordt geleverd en welke financiële middelen hiervoor beschikbaar zijn. Een hoofdlijnenakkoord/convenant geeft geen garanties om de afspraken af te dwingen en ook geen harde garanties met betrekking tot kostenbeheersing.

Ex ante omzetplafond per zorgaanbieder

Bij een (ex ante) omzetplafond wordt bepaald wat de maximale hoogte van het macrobudget voor een bepaalde vorm van zorg is. Hierbij kan ook bepaald worden welk percentage van het macrobudget beschikbaar is voor de mutatieluimte, waarover zorgverzekeraars met zorgaanbieders kunnen onderhandelen. Dit zorgt ervoor dat rekening gehouden wordt met de dynamiek van de markt, zoals nieuwe toetreders en productieveerschuivingen tussen aanbieders. Voor dit instrument is het nodig dat partijen onderling verdeelafspraken maken (bijvoorbeeld met een hoofdlijnenakkoord/convenant). Op basis van de afspraken, het macro beschikbaar budget en de historische omzet van aanbieders, kan voorafgaand aan een jaar per individuele zorgaanbieder bepaald worden tot welk bedrag een zorgaanbieder mag declareren bij een zorgverzekeraar. Na afloop van het jaar wordt per aanbieder vastgesteld of er sprake is van een over- dan wel een onderschrijding. De kosten zijn hiermee goed beheersbaar; een nadeel van deze methode zijn de administratieve lasten die het met zich meebrengt. De huidige wijze waarop de uitgaven in de AWBZ worden beheerst door de contracteeruimte is een duidelijk voorbeeld van een ex ante omzetplafond per aanbieder.

Macrobeheersingsinstrument (MBI)

In de Zvw wordt voor het beheersen van de macro-uitgaven gebruik gemaakt van het macrobeheersingsinstrument (MBI). Het MBI is een methode van kostenbeheersing waarbij op het totale sector niveau vastgesteld wordt welk bedrag voor een bepaalde vorm van zorg gedeclareerd mag worden. Dit is een wettelijk macro budgettair plafond geldend voor alle zorgaanbieders. Indien op macroniveau meer wordt gedeclareerd dan dit plafond aangeeft, worden alle aanbieders achteraf – bij wijze van ultimum remedium – naar rato van hun landelijke marktaandeel voor de overschrijding gekort. Wanneer een overschrijding wordt geconstateerd is het aan de minister om aan te geven of het MBI wordt ingezet.

Tariefkorting

Een mogelijkheid om de kosten te beheersen is het opleggen van een tariefkorting. Dit kan echter pas in het jaar nadat de kosten zijn overschreden. Naast het tarief is echter ook de omvang van de gedeclareerde zorg bepalend voor kostenbeheersing. Aanpassing van het tarief is dan ook geen garantie dat een jaar later de kosten wel binnen het kader blijven. Het doorvoeren van een tariefkorting ligt bij aanpassing van de prestatiestructuur mogelijk ook lastig.

Geen instrument

Indien zorgverzekeraars per 2015 volledig risicodragend zijn, is inzet van aanvullende instrumenten voor kostenbeheersing niet noodzakelijk. Zorgverzekeraars dienen hierbij er zelf voor te zorgen dat ze middels productieafspraken binnen de budgetkaders blijven. Het hanteren van een kostenbeheersingsinstrument kan leiden tot een beperking van de marktdynamiek. Dit kan een reden zijn om géén instrument voor kostenbeheersing in te zetten. Óf er een instrument voor kostenbeheersing ingezet wordt is afhankelijk van de vraag hoe groot het risico op een kostenoverschrijding is en de afweging die moet worden gemaakt tussen het belang van de dynamiek van de markt en de beheersing van kosten.

Consultatie

Uit consultatie is gebleken dat de zorgaanbieders de noodzaak zien voor de inzet van een kostenbeheersingsinstrument, onder andere vanwege de onzekerheid in de vraagontwikkeling. Verzekeraars zien de wijze van de inrichting van het overgangsmodel 2015 als bepalend voor het risico op kostenoverschrijdingen en de noodzaak voor de inzet van een kostenbeheersingsinstrument. De meningen zijn verdeeld over welk kostenbeheersingsinstrument ingezet zou moeten worden.

5. Aandachtspunten systeemwijziging

De staatsecretaris heeft de NZa verzocht om bij omvangrijke wijzigingen in de bekostiging – voorafgaand aan de invoering van de systeemwijziging – een toets uit te voeren op aandachtspunten en risico's. In dit hoofdstuk staan de aandachtspunten en risico's beschreven die zijn geïdentificeerd bij de overheveling behandeling ZG.

5.1 ZG in de Zvw vanaf 2015

De exacte regelgeving wordt in een later stadium uitgewerkt. Hierdoor is het op dit moment alleen mogelijk om de aandachtspunten en risico's van het systeem op hoofdlijnen te analyseren. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de helderheid en controleerbaarheid en de mogelijke risico's van de voorgestelde bekostigingssystematiek. Er is niet gestreefd naar volledigheid, maar naar het in kaart brengen van de belangrijkste aandachtspunten.

Bij de analyse wordt het brede fraudebegrip gehanteerd, dat wil zeggen dat naast de fraude ook naar fouten/vergissingen en mogelijkheden van misbruik en oneigenlijk gebruik wordt gekeken. Bij de aanpak is gekozen voor een procesbenadering (van toegang tot zorg t/m verantwoording). Per processtap zijn de belangrijkste risico's hieronder benoemd.

5.1.1 De toegang tot ZG

Binnen de Zvw mag bepaalde zorg, zoals zorg die medisch specialisten plegen te bieden, slechts ten laste van de basisverzekering gebracht worden na een verwijzing van een (huis-)arts. Dit biedt de mogelijkheid dat beoordeeld wordt of de verzekerde redelijkerwijs aangewezen is op de zorg waar een verwijzing voor vereist is. De vraag is op welke wijze de behandeling ZG onder de Zvw voor een verzekerde toegankelijk zal zijn. Hierbij zijn twee mogelijkheden: (1) via verwijzing van een (huis-)arts of (2) via directe toegang (tenzij ingeperkt door polisvoorwaarden van een zorgverzekeraar). Ten aanzien van dit punt dient duidelijkheid verschaft te worden door de zorgverzekeraar voordat de overheveling plaatsvindt.

Risico

In de AWBZ was er geen onafhankelijke indicatiesteller aangewezen voor het indiceren van de behandeling ZG. Hiermee bestond een prikkel dat meer behandeling ZG geleverd werd dan noodzakelijk was. Indien niet helder is afgebakend op welke wijze de behandeling ZG toegankelijk is, kan er binnen de Zvw een risico ontstaan op stijging van de uitgaven. Zorgverzekeraars kunnen deze stijging tegengaan, door onder andere een scherp inkoopbeleid.

5.1.2 Transparante aanspraak ZG

Vanaf 2015 zal sprake zijn van een nieuwe aanspraak voor behandeling ZG. De inhoud van de aanspraak is nog niet vastgesteld door VWS maar zal een goede afbakening van de over te hevelen zorg en bestaande zorg binnen de Zvw, maar ook de andere domeinen moeten bevatten. Daarnaast zal de aanspraak helder en eenduidig omschreven moeten zijn. Dit vereist dat in het Bzv een goede afbakening opgenomen wordt van de behandeling ZG. Een heldere aanspraak vermindert het risico op het inbrengen van niet-Zvw zorg ten laste van de Zvw.

Verder stelt een heldere aanspraak de zorgverzekeraar in staat om de rechtmatigheid van de zorg te borgen. Een verdere toelichting op de nieuwe aanspraak staat in paragraaf 4.2.

Risico

Bij het uitvragen van de gegevens over de omvang van de behandeling in de AWBZ is geconstateerd dat er ook begeleiding geleverd is onder de noemer van behandeling. Onder de huidige AWBZ-beleidsregels betreft deze begeleiding behandeling ZG, maar past op basis van de CVZ categorieën⁵⁵ niet onder de Zvw als behandeling. Deze onderdelen zullen daarmee niet worden overgeheveld naar de Zvw, maar naar de Wmo. Zolang de begeleiding en behandeling onder meerdere aanspraken/voorzieningen valt, is bij de declaratie en inkoop voor alle partijen een prikkel aanwezig om te kiezen voor de meest gunstigste optie.

Gebrek aan een heldere aanspraak levert een risico op bij kinderen met Ernstige Taal Spraak (ESM) moeilijkheden, aangezien deze kinderen lastig te indiceren zijn. De afbakening van kinderen met ESM in het Bzv is belangrijk omdat deze groep de grootste groei kent. Er bestaat een kans op overschrijding van de uitgaven indien geen beheersinstrument wordt ingezet.

5.1.3 Bepalen zorgbehoefte

Het is in de Zvw veelal gebruikelijk dat de zorgverlener bepaalt welke zorg er geleverd zal worden, al dan niet ondersteund middels zorgpaden en protocollen. Bij een tekort aan richtlijnen zou mogelijk het Kwaliteitsinstituut ondersteuning hier aan kunnen bieden.

Risico

Er kan een risico op oneigenlijk dan wel ongepast gebruik ontstaan als de zorgaanbieder niet goed in staat is om de zorgbehoefte in kaart te brengen of wanneer de aanbieder een prikkel heeft om meer zorg te leveren dan nodig is. Dit brengt het risico van een kostenstijging mee op het moment dat zorgverzekeraars niet goed in staat zijn om de kosten en het volume te beheersen.

5.1.4 Afbakening ZG-prestatie

Het is van belang is dat de Zvw-prestatie behandeling ZG goed afgebakend wordt, zodat enerzijds het voor de zorgaanbieders duidelijk is wanneer zij deze prestaties in rekening kunnen brengen, en anderzijds de zorgverzekeraars kunnen controleren of de prestaties terecht in rekening zijn gebracht. Het is nog onbekend hoe de prestaties voor behandeling ZG exact gedefinieerd zullen worden. Wel is het mogelijk om aan te geven welke risico's schuilen op het moment dat de prestaties niet eenduidig afgebakend zijn ten opzichte van overige prestaties binnen de Zvw (audiologische centra, logopedie, chirurgische hulp en hulpmiddelen) en buiten de Zvw.

Risico

Zolang de prestaties en declaratiebepalingen niet vastliggen, is over de grootte van het risico op niet correct declaratiegedrag niet veel te zeggen. De algemene systeemkenmerken (bepaling zorgbehoefte door aanbieder, onvoldoende medisch herkenbare prestaties, afbakening prestatie) maken controle vooraf lastig; de verzekeraar kan wel een aantal eenvoudige controles uitvoeren (achteraf).

⁵⁵ Zie noot 5.

Daarbij is te denken aan: vergelijken met maximumtarief, vergelijken indicatie en declaratie, aanbieders vergelijken op basis van declaraties en het uitvoeren van benchmarks.

Tijdens de consultatie van het conceptadvies is navraag gedaan of het mogelijk is dat de ZG-zorg die al ten laste van het basispakket Zvw wordt gebracht (bijvoorbeeld audiologische centra en logopedie) per 2015 de geleverde zorg ten laste van de prestaties behandeling ZG gaan brengen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven beiden aan dat de invulling van de aanspraak en de definiëring van de prestaties belangrijke voorwaarden zijn om deze problematiek te voorkomen. Zonder duidelijke afbakening in de producten en/of een kwaliteitskader is het mogelijk dat een onwenselijke overlap tussen de zorgvormen zou kunnen ontstaan.

5.1.5 Tarieven

De opbouw van de tarieven in de Zvw is niet gelijk aan het tarief dat gehanteerd zal worden bij de overheveling in 2015. In de tarieven van de Zvw zit niet altijd een opslag voor opleiding of scholing van het personeel. De tarieven die worden overgeheveld bevatten deze kosten wel. Dit dient een punt van aandacht te zijn bij het verdiepend (kosten)onderzoek dat in fase twee gaat plaatsvinden.

5.1.6 Declaratiestandaard

Binnen de AWBZ was het voor de prestatie behandeling ZG niet verplicht te declareren op cliëntniveau. Uit consultatie is gebleken dat als gevolg daarvan het momenteel niet mogelijk is om alle prestaties op cliëntniveau te declareren wat wel een vereiste is in de declaratiestandaard in de Zvw.

Risico

Niet alle geleverde zorg kan per 2015 gedeclareerd worden. Dit betreft grotendeels onderdelen van de expertisefunctie, welke niet overgeheveld zal worden naar de Zvw. Voor de overige onderdelen zal de administratie bij zorgaanbieders aangepast moeten worden.

5.1.7 Marktmacht

Zoals in paragraaf 2.1 uiteengezet is, is de markt voor de zintuiglijk gehandicapten een niet evenredig verdeelde markt. Er zijn een beperkt aantal aanbieders die behandeling ZG leveren. Verder is er binnen de aanbieders een onevenredige verdeling in het marktaandeel.

Risico

Het risico bij een verdeling van de markt zoals deze zich bij de ZG voordoet is dat er nauwelijks sprake zal (kunnen) zijn van marktwerking en ook de keuzevrijheid van de cliënt kan hiermee in het gedrang komen. Vanwege de onevenredige verdeling zal er naar verwachting nauwelijks sprake zijn van onderlinge concurrentie die zorgaanbieders stimuleert om hun dienstverlening regionaal onderscheidend en kwalitatief goed in te vullen of om de prijzen te verlagen. Het risico bestaat ook dat zorgverzekeraars hiertegen onvoldoende tegenwicht kunnen bieden (via selectieve zorginkoop en polisvoorwaarden), ook gelet op het feit dat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft.

5.1.8 Eenheid van Taal

De ZG-sector is al enige jaren bezig een eenheid van taal te ontwikkelen. Het is opgefallen dat met name bij de sector die de auditieve zorg levert er nog geen volledige eenheid van taal bestaat waardoor er door zorgaanbieders verschillend invulling gegeven wordt aan de begrippen 'behandeling' en 'begeleiding', met name voor wat betreft de benaming van de producten in de sector.

Risico

Het risico bij het ontbreken van eenheid in taal is dat het voor de zorgverzekeraar lastig is om te bepalen wat hij heeft ingekocht, maar ook de controle op de geleverde zorg wordt bemoeilijkt. Hoewel de sector cliëntprofielen heeft opgesteld, bestaat er bij de zorgaanbieders zelf geen eenduidige lijn welke zorg zij onder de cliëntprofielen leveren. Dit is een aandachtspunt waar de verzekeraar rekening mee moet houden bij de inkoop van zorg.

5.1.9 Kwaliteitskader

In de prestatiebeschrijving, zowel auditief als visueel, staat opgenomen dat begeleiding en behandeling ZG aangeboden wordt door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zintuiglijk gehandicapten. Dit is als één van de sectorspecifieke beschrijvingen in de prestatiebeschrijvingen opgenomen in paragraaf 2.3.3. Uit consultatie is gebleken dat er geen keurmerk, kwaliteitskader of anderszins vereist is voor het bieden van erkende deskundigheid.

Risico

Doordat er geen keurmerk, kwaliteitskader of anderszins voorhanden is voor het bieden van erkende deskundigheid, is de geboden kwaliteit niet transparant. Hiermee is niet duidelijk aan welke kwaliteitsaspecten ZG-zorgaanbieders dienen te voldoen en of hieraan wordt voldaan.

5.1.10 Tijdspad

Het tijdsbestek waarin voorliggend advies opgeleverd dient te worden, is zeer krap. De adviesaanvraag dateert van 21 november 2013 en oplevering dient uiterlijk op 16 april 2014 plaats te vinden. Vervolgens dient de voorhangprocedure, besluitvorming en aanwijzing plaats te vinden voordat de NZa bevoegd is prestaties en tarieven vast te stellen. Deze stappen dienen allen voor 1 juli 2014 plaats te vinden.

Risico

Door het krappe tijdspad dat wordt gevolgd voor de overheveling behandeling ZG naar de Zvw, bestaat het risico dat de deadline van 1 juli 2014 voor het vaststellen van prestaties en tarieven door de NZa niet wordt gehaald. Er is niet voorzien in een terugvaloptie.

5.1.11 Consultatie

Tijdens de consultatie van het conceptadvies is partijen gevraagd wat de algemene mening is over de voorgestelde aandachtspunten en welke risico's mogelijk nog ontbreken. Verzekeraars gaven aan in hoofdstuk 5 opgenomen aandachtspunten en risico's te herkennen. Op het vlak van toegang en transparantie (zowel zorgvraag als behandelaanbod) dient volgens de verzekeraars nog de nodige stappen gezet te worden om tot een goed werkend systeem te komen waarin verzekeraars kunnen sturen op passende en doelmatige zorg. Ook het risico van het tijdspad wordt door de zorgverzekeraars onderschreven.

De zorgaanbieders hebben geen specifieke aandachtspunten en risico's genoemd in hun reactie op het conceptadvies. Wel gaven zij aan dat voor wat betreft de overheveling per 1 januari 2015 (fase 1) er nog veel punten zijn die uitgewerkt moeten worden.

De belangenorganisaties vinden het belangrijk dat de toegang geregeld zal gaan worden, er een duidelijke afbakening is tussen begeleiding en behandeling, de kwaliteit en keuzevrijheid voor cliënten niet beperkt mag worden en zijn van mening dat betrokkenheid en raadpleging over kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg door cliëntenorganisaties nodig is om risico's te beperken.

Bijlage 1. Verslag consultatiebijeenkomst

Datum: 10 Maart 2014
Tijd: 13.00 – 15.00 uur
Locatie: NZa te Utrecht

Aanwezig

S. Balk (Adelante), E. Liefers (Noorderbrug), R. Wink (Noorderbrug), N. Houdijk (Kentalis), R. Bloem (Kentalis), D. van Poppel (Auris), A. Beekman (Milo), J. Wiltingh (Bartimeus), T. Vernooij (Visio), W. Kijlstra (Visio), N. Staal (Robert Coppesstichting), H. Cosijnse (VGN), J. van Kuik (ZN), I. de Laat (CZ), R. Bellekom (VNG), F. van de Meer (CVZ), J. Latta (CVZ), M. Hannink (Fodok), M. Klein (Oogvereniging), M. Strik (Fenac), M. van Baggum (NZa), M. Nijhoff (NZa), M. van Boxmeer (NZa), M. van der Ven (NZa), M. Cardzic (NZa), J-W Bijker (NZa), E. Michels (NZa) en E. Roelofs (NZa).

1. Inleiding

De vergadering wordt geopend door de NZa met een inleiding over de inhoud en uitwerking van de opdracht van VWS. De NZa geeft aan dat ze VWS adviseert maar dat de uiteindelijke beslissing bij VWS ligt.

2. Cijfermatige opstelling, juistheid en volledigheid

Visio vindt de berekeningen van de NZa lastig te volgen en vraagt zich af wat er met de financiële middelen gebeurt. De NZa licht toe dat voor de berekeningen de door de aanbieders aangeleverde gegevens zijn gebruikt, deze zijn wel getoetst aan de bij de NZa bekende gegevens van de nacalculatie.

Er is veel vraag naar gegevens op instellingsniveau. De NZa is niet bevoegd om deze bedrijfsgevoelige gegevens openbaar te maken en geeft aan dat de branches zich hiervoor moeten inzetten.

Kentalis uit zijn bezorgdheid of het juiste macrokader gebruikt wordt. Dit omdat niet alle prestaties uit het macrokader zijn opgenomen in het advies en dat Kentalis over andere aantallen beschikt. De NZa licht toe dat de begeleidingsprestaties niet naar de Zvw gaan en daarom geen onderdeel zijn van het advies. Het zal duidelijker in het advies worden opgenomen dat VWS dit zelf berekent. De reden dat er wel andere begeleidingsprestaties in het advies genoemd zijn is omdat deze in huidige AWBZ-aanspraak onder de prestatie behandeling worden gedeclareerd.

CZ en ZN verzoeken de NZa inzicht te verschaffen in de bedragen per zorgkantoor om als basis te dienen voor de zorginkoop en bepalen van de premie. Niet alleen voor de herschikking 2013 waar de NZa vanuit is gegaan maar ook de onder en overproductie cijfers. De NZa heeft dit inzicht op zorgkantoorniveau niet en verwijst terug naar de zorgaanbieder.

Kentalis en CZ wijzen op het risico van de gemiddelde prijzen waarbij een grote range zit. De NZa heeft bij haar berekeningen gemiddelde prijzen per zorgaanbieder gehanteerd. In fase 2 zal een kostprijs onderzoek starten waarbij de tarieven onderzocht zullen worden.

De NZa verzoekt de partijen indien zij nog opmerkingen over de berekeningen, cijfers en/of aantallen hebben deze schriftelijk kenbaar te maken de NZa zal kijken of er een correctie moet volgen.

3. Expertisefunctie

FODOK vraagt een toelichting op de verschillen in opslag tussen auditief en visueel. CZ geeft aan dat dit voortgekomen is uit een budget neutrale operatie. Er heeft geen inhoudelijke beoordeling van de verschillen plaatsgevonden.

Kentalis gaat uit van de NZa beleidsregel waarin een toeslag van € 7,15 i.p.v. € 5,11 staat. De NZa zal dit onderzoeken en zo nodig aanpassen. Kentalis stuurt hierover nog aanvullende informatie⁵⁶.

Partijen vinden het opnemen van MEE in de prestatie omschrijving onduidelijk en pleiten om deze te schrappen.

ZN en CZ zijn van mening dat de omschrijving van de expertisefunctie niet duidelijk en onderbelicht is. Verzocht wordt de expertisefunctie mee te nemen in het onderzoek in fase 2. CZ benadrukt dat het voor verzekeraars belangrijk is dat het een zuiver tarief is. ZN heeft ook behoefte te weten over welke delen van de expertisefunctie in het tarief de mogelijkheid bestaat te onderhandelen en of nieuwe aanbieders ook gebruik kunnen maken van de expertisefunctie.

Ook vanuit de aanbieders wordt aandacht voor de expertisefunctie gevraagd. Aanbieders zijn van mening dat in de praktijk er een onlosmakelijke verbondenheid bestaat tussen de verschillende componenten van de expertisefunctie. En dat daarom de verschillende componenten van de expertisefunctie niet in verschillende domeinen terecht mogen komen.

De NZa licht toe dat in eerste instantie gekozen is om de opslag "expertise" deel te laten uitmaken van het tarief behandeling in de ZvW. Dit wordt meegenomen in het kostenonderzoek in fase 2. De NZa geeft aan dat zij het integraal overhevelen van de gehele expertisefunctie (alle componenten) als alternatief zouden kunnen aangeven als partijen de daarvoor benodigde informatie leveren⁵⁷.

4. Behandeling en begeleiding

FODOK haalt de discussie over profiel 14 (auditief) aan. Kentalis geeft aan dat er een nieuwe afbakening met het CVZ is gemaakt waardoor een deel van dit profiel wel onder de Zvw valt. Wanneer de NZa over de gecorrigeerde gegevens beschikt zal ze de berekening hierop aanpassen.

CZ vraagt wat de overweging is geweest om de term CSML (multidisciplinaire zorg) niet op te nemen in de behandelingsprestatie in de ZvW. CVZ stelt dat niet alle multidisciplinaire zorg vanuit de AWBZ naar de Zvw overgeheveld gaat worden, en dat multidisciplinaire zorg onder de AWBZ anders is dan wat straks hieronder verstaan wordt onder de Zvw.

De stijging van behandeling hebben volgens Kentalis en CZ meerdere oorzaken. Kentalis stuurt een uitleg.

⁵⁶ Kentalis heeft informatie opgestuurd welke in goede orde ontvangen is.

⁵⁷ De benodigde informatie heeft de NZa niet ontvangen. De gehele expertisefunctie onderbrengen in alternatieve bekostiging is hierdoor niet mogelijk en deze optie is daarom geen onderdeel van het advies.

5. Aanspraak behandeling ZG

ZN mist een aantal aspecten in het advies. ZN is van mening dat prestaties, declaratiebepalingen, specialisme in de Zvw, toelating en verwijzing vooraf geregeld moeten worden en niet achteraf in de polis.

CZ en FENAC beamen dat het belangrijk is dat de aanspraak en prestaties op tijd bekend zijn zodat er geen verschillen ontstaan tussen verzekeraars waardoor cliënten tussen wal en schip belanden. In het overgangsjaar mag er geen discussie zijn over binnen welk domein de zorg valt. Er worden moeilijkheden voorzien wanneer de zorg alleen maar benaderd wordt vanuit het 2^e compartiment en naar het 3^e compartiment gaat.

NZa kan pas prestatiebeschrijvingen maken als de aanspraak definitief is. Vervolgens zal de NZa kijken of de prestatiebeschrijvingen en declaratievoorschriften aangepast moeten worden. De NZa gaat niet over kwaliteitseisen wie de zorg mag leveren. CVZ stelt voor om in het stakeholdersoverleg de aanspraak te bespreken en daar kapstokken voor de prestatiebeschrijvingen neer te leggen.

FENAC heeft een vraag naar aanleiding van een constatering bij de GGZ waarbij sommige verzekeraars geen ervaring hebben met de inkoop van de specifieke zorg. FENAC vraagt of dat probleem zich ook gaat voordoen bij de ZG. ZN geeft aan dat bij het representatiemodel je gebruik maakt van de kennis die er nu is (niet alle verzekeraars hebben ervaring met de inkoop van ZG-zorg, representatie voorkomt dat problemen ontstaan). FENAC geeft aan dat dit een belangrijk argument is om op te nemen in de notitie. VNG vraagt hoe de representatie precies vorm zal krijgen. ZN geeft aan dat dit per aanbieder zal zijn.

CZ wil het effect van de restitutiepolis in deze fase voorkomen en pleiten voor kostenbeheersing in het overgangsjaar. In het eindplaatje is de restitutiepolis een optie maar in de overgangsfase niet wenselijk. Het toelaten van nieuwe aanbieders vindt CZ in het overgangsjaar is ook geen gewenste ontwikkeling. De NZa bekijkt of daarover iets opgenomen kan worden in het advies.

FENAC zet vraagtekens bij de haalbaarheid van één jaar voor transitie. NZa geeft aan dat er inhoudelijk een stevige basis ligt en er veel onderzoek door de sector zelf is gedaan. FENAC stelt dat één jaar erg ambitieus is gezien de onduidelijkheid die nog heerst. NZa geeft aan dat dit het streven is en dat het prematuur is om nu te zeggen dat het onhaalbaar is. ZN verwacht dat 1-1-2016 haalbaar is maar dit betekent wel dat zo snel mogelijk begonnen moet worden.

6. Overige aangeleverde punten

Positionering doofblinden

De Oogvereniging vraagt aandacht voor de positionering van de doofblinden die buiten de boot dreigen te vallen. NZa vraagt waar het probleem precies ligt, omdat de toegang voor deze groep geregeld is (of via visueel of via auditief). Kentalis vult aan dat zij cliëntprofielen hebben opgesteld waarin de doofblinde cliënten zijn opgenomen. Wel moet er in fase 2 aandacht voor zijn.

FODOK stelt voor om een zin toe te voegen waarin deze groep genoemd wordt zodat duidelijk wordt dat zij hier ook onder vallen.

Cliëntperspectief

De NZa neemt dit punt mee in het eindadvies.

Kwaliteit

De NZa vraagt waarom is aangegeven dat kwaliteit beoordeeld moet worden, maar dat het kwaliteitsinstituut niet de geijkte instantie is. FODOK is van mening dat het kwaliteitsinstituut te ver van de praktijk staat en niet beschikt over specialistische kennis. CVZ reageert dat het kwaliteitsinstituut bevordert dat zorgverleners zoveel mogelijk hun eigen kwaliteit verbeteren en dat het veld hiervoor zelf het initiatief neemt. Ook belangenorganisaties en zorgverzekeraars kunnen dit stimuleren. ZN merkt op dat het kwaliteitskader er voor 2015 nog niet is, en dat dit een belangrijk punt is in de afweging voor welk model gekozen wordt. VNG ziet de gemeenten hier ook graag in betrokken.

Declaratie

Kentalis stuurt een schriftelijke reactie aan de NZa over de declaraties. Hierbij nemen zij op dat de voorlichting en advies nu niet gedeclareerd worden op AW319 omdat de namen en BSN-nummers van die cliënten niet beschikbaar zijn. ZN geeft aan dat het plan is om aan individuele verzekeraar te declareren dus dat de administratie geregeld moet zijn.

Eigen risico

FODOK en Oogvereniging vragen of er een controlemoment komt van de impact van het eigen risico dat cliënten moeten gaan betalen in de Zvw. NZa geeft aan dat het eigen risico een wettelijke regeling is waar de NZa niet over gaat.

Vervoer en reiskosten

CZ licht toe dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen reiskosten behandelaar en vervoerskosten cliënt. Reiskosten behandelaar is in de AWBZ een prestatie, maar binnen de Zvw is het lastig om de reiskosten van de behandelaar in rekening te brengen bij de cliënt in verband met het eigen risico. CZ stelt daarom voor om reiskosten behandelaar op te nemen in het tarief. Daarnaast is het momenteel in de auditieve sector toegestaan productieafspraken te maken voor vervoer van kinderen onder de 12 jaar. Wanneer deze vorm van vervoer niet wordt meegenomen in de ZvW bestaat het risico dat deze kinderen de zorg niet meer ontvangen. FODOK geeft aan dat dit ook voor volwassenen zou kunnen gelden. De NZa kijkt naar het punt voor de kinderen omdat dit al een bestaande afspraak is. Visio en Kentalis benadrukken het belang en zullen hier nog op terugkomen in een schriftelijke reactie.

Kapitaallasten

Visio haalt de discussie over de kapitaallasten aan. De NZa zal, indien nodig, hiernaar kijken in fase 2. Visio zal documentatie aan de NZa aanleveren.

Marktmacht

FODOK vindt marktwerking niet in het belang van de ZG cliënten. De NZa licht toe dat de marktwerking voor alle sectoren in de Zvw van toepassing is.

7. Tot slot

NZa gaat de met de input van de consultatie aan de slag zodat het advies uiterlijk 16 april bij VWS ligt. De NZa zal in het stakeholders overleg op 25 maart een terugkoppeling geven.

CZ verzoekt de NZa om het aan te geven wanneer 1 juli niet gehaald wordt. ZN geeft aan dat zorgkantoren 1 april beginnen met de voorbereidingen en er geen fallback scenario is als het niet doorgaat.

NZa erkent de tijdsdruk. Adelante stelt voor een terugvaloptie te ontwikkelen. CZ geeft aan dat het terugvalscenario afhankelijk is of de Wlz doorgaat. De NZa geeft aan dat zij vooruit werken op de aanwijzing. Bartimeus uit de zorg dat er geen weg terug is. CZ geeft aan dat de overige behandelfuncties in een subsidieregeling terecht zouden komen, dit zou eventueel een mogelijkheid kunnen zijn voor deze zorg wanneer het niet gehaald wordt en de Wlz vanaf 2015 een feit is.

Bijlage 2. Consultatievragen

Consultatievraag 1:

In de beleidsregels van de NZa is bij de ZG-prestaties behandeling en begeleiding opgenomen dat deze prestaties worden aangeboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zintuiglijk gehandicapten.

Kunt u aangeven of er een lijst of keurmerk bestaat waaruit volgt wie zorgaanbieders zijn met erkende deskundigheid?

Wat zijn de criteria om te voldoen aan 'erkende deskundigheid'?

Consultatievraag 2:

In de nadere regel 'Declaratievoorschriften AWBZ-zorg' CA 300-019, staat opgenomen dat de behandeling ZG (auditief en visueel) is uitgesloten van declaratie op cliëntniveau. In de Zvw is declaratie op cliëntniveau een vereiste.

Is het voor alle huidige aanbieders van behandeling ZG haalbaar om alle geleverde zorg per 2015 op cliëntniveau te declareren?

Consultatievraag 3:

Om middelen beschikbaar te kunnen stellen via een beschikbaarheidsbijdrage of een subsidie voor bekostiging van expertise zullen alle activiteiten die binnen de expertisecomponent worden geleverd inzichtelijk gemaakt moeten worden.

Is het voor alle huidige aanbieders van behandeling en begeleiding ZG mogelijk om alle activiteiten inzichtelijk te maken die worden geleverd voor de expertisecomponent, inclusief kostenonderbouwing?

Consultatievraag 4:

Het CVZ heeft een concept-consultatiedocument uitgebracht over vervoer in de Zvw.⁵⁸ In dit document is opgenomen dat er geen knelpunten bestaan voor de overheveling van extramurale behandeling aan ZG ten aanzien van vervoer in de Zvw. In het document is opgenomen dat cliënten die blind zijn of slecht zien aanspraak maken op vervoer in de Zvw. De NZa vraagt zich af of nader onderzoek wordt gedaan naar auditieve ZG-clieënten die gebruik willen maken van vervoer. Deze cliënten moeten namelijk, zoals hierboven beschreven, een beroep doen op de hardheidsclausule. Onduidelijk is nog of deze cliënten op basis van deze hardheidsclausule aanspraak maken op vervoer in de Zvw. Dit betekent dat er voor deze cliënten mogelijk knelpunten ontstaan ten aanzien van de aanspraak op vervoer in de Zvw in tegenstelling tot de AWBZ.

Zal er nader onderzoek plaatsvinden door VWS en het CVZ of voor auditieve ZG-clieënten mogelijk knelpunten ontstaan voor vervoer? Is een overgangsmaatregel noodzakelijk?

⁵⁸ Concept-Consultatiedocument CVZ 'Vervoer in de zorgverzekering', 17 december 2013.

Consultatievraag 5:

Voor de reiskosten zorgverlener ten behoeve van extramurale behandeling van een ZG-cliënt zou ook een aparte prestatie voor reiskosten vastgesteld kunnen worden.

Wat is uw mening ten aanzien van de noodzaak van het vaststellen van een aparte prestatie voor de reiskosten van hulpverleners voor behandeling van ZG-cliënten?

Consultatievraag 6:

6.1: Wat is uw mening ten aanzien van inkoop behandeling ZG volgens representatie gedurende de overgangsfase?

6.2: Wat is uw algemene mening over de noodzaak voor de inzet van een kostenbeheersingsinstrument gedurende de overgangsfase? Naar welk instrument gaat uw voorkeur uit, en waarom?

Consultatievraag 7:

Is het mogelijk dat de ZG-zorg die al ten laste van het basispakket Zvw wordt gebracht (bijvoorbeeld audiologische centra en logopedie) per 2015 de geleverde zorg ten laste van de prestaties behandeling ZG gaan brengen?

Consultatievraag 8:

Wat is uw algemene mening over de voorgestelde aandachtspunten in hoofdstuk 5? Met welke delen bent u het eens, en waarom? Met welke delen niet, en waarom niet? Welke risico's ontbreken volgens u nog?

Bijlage 3. Aanvraag advies



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
mr. drs. T.W. Langejan
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
Hugo van Kasteel
Mob 06-15035304
hj.v.kasteel@minvws.nl

Kenmerk
171955-113510-CZ

Bijlage
1

Datum **21 NOV. 2013**
Betreft Aanvraag advies overheveling extramurale behandeling
zintuiglijk gehandicapten van de AWBZ naar de Zvw

Geachte heer Langejan,

In het Regeerakkoord is een omvangrijke stelselwijziging in de langdurige zorg opgenomen. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in zijn brief aan de Tweede Kamer van 25 april 2013¹ uitwerking gegeven aan de maatregelen in het Regeerakkoord. Die stelselwijziging heeft ook gevolgen voor de extramurale AWBZ-zorg aan zintuiglijk gehandicapten op titel van de AWBZ-functies begeleiding (art. 6 Bza), behandeling (art. 8 Bza) en doventolkzorg (art. 12 Bza). In de brief van 25 april is nadere besluitvorming over de positionering van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten aangekondigd op basis van advisering van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ heeft als onderdeel van het sinds 2011 lopende positioneringstraject 'Verbindend Vernieuwen'² op 25 juni 2013 advies³ uitgebracht over welke onderdelen van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten op basis van de huidige regelgeving onder de Zvw zouden passen.

In een verkenning komt het CVZ tot de conclusie dat een aantal onderdelen van de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten naar zijn aard onder de Zvw past. Op basis van het rapport is besloten de extramurale behandeling voor volwassenen en kinderen met een zintuiglijke beperking onder te brengen in de Zvw conform het advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Voor de aanspraken begeleiding voor zintuiglijk gehandicapten en de doventolken geldt dat zij worden overgeheveld naar het gemeentelijk domein (Wmo). Deze besluitvorming is op 6 november 2013 gecommuniceerd met de Tweede Kamer in de Kamerbrief⁴ over de aangenomen motie van de leden Van Dijk en Van 't Wout⁵ met betrekking tot de specifieke groepen.

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

¹ Kamerstuk 30 597 nr. 296 (vergaderjaar 2012-2013)

² In het traject Verbindend Vernieuwen wordt samen met het ministerie van VWS, de zorgaanbieders verenigd in VIVIS en SIAC, de cliëntenorganisaties en overige partijen gezamenlijk toegewerkt naar een passende, toekomstbestendige en beheersbare positionering en bekostiging van de zorg aan mensen met een zintuiglijke en communicatieve beperking.

³ CVZ-rapport 'Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen?' 25 juni 2013

⁴ Kamerstuk 30597 (vergaderjaar 2013-2014).

⁵ Kamerstuk 30 597, nr. 303 (vergaderjaar 2012-2013)



Met deze brief verzoek ik u een advies uit te brengen inzake de toekomstige bekostiging van de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten in de Zvw. Dit advies heeft geen betrekking op de extramurale behandeling voor verzekerden met een andere grondslag dan zintuiglijke handicap en de aanspraak doventolkzorg. In het advies vraag ik ook een advies over de hoogte van de expertisefunctie.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
171955-113510-CZ

1) Afbakening van de over te hevelen zorg

Een duidelijke afbakening van extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten is een essentiële voorwaarde voor een zorgvuldige overheveling. Helder moet zijn wát er overgaat naar de Zvw, om te voorkomen dat er cliënten tussen wal en schip terecht komen, maar ook om te voorkomen dat er voor bepaalde vormen van zorg een dubbele aanspraak ontstaat.

Bij de besluitvorming over de positionering van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten binnen de hervorming van de langdurige zorg is aansluiting gezocht met het traject Verbindend Vernieuwen, waaraan de zintuiglijk gehandicaptensector, zbo's en VWS sinds 2011 uitvoering geven. Doelstelling van dit traject is te komen tot een toekomstbestendige positionering van de zorg en ondersteuning aan mensen met een zintuiglijke beperking. Onderdeel van dat traject was een verkenning door het CVZ met de vraag of de extramurale zorg voor zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw past. Naar aanleiding van de uitgevoerde verkenning door het CVZ, is het besluit genomen de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (zowel voor kinderen als voor volwassenen) over te hevelen naar de Zvw. Volgens het advies van het CVZ vallen hieronder:

- interventies die betrekking hebben op (handelingsgerichte) diagnostiek;
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naar de Zvw worden niet overgeheveld die onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren. Zoals eerder in deze brief aangegeven, zal dit onderdeel worden overgeheveld naar het gemeentelijk domein (Wmo).

Expertisefunctie zintuiglijk gehandicaptensector

Specifieke aandacht vraagt de expertisefunctie zintuiglijk gehandicaptensector. Kennis en expertise voor de zintuiglijk gehandicaptensector is van oudsher binnen de sector vormgegeven en bekostigd. Onderdeel van 'Verbindend Vernieuwen' is het ontwikkelen van een nieuwe visie op de expertisefunctie geweest. Belangrijk punt hierbij was dat de opgedane kennis verder wordt verspreid dan binnen de eigen instellingen (maar ook meer samenhang, meer cliëntenbetrokkenheid en het daarop toespelen van de organisatie van de expertisefunctie). Een belangrijke stap daarin was het opzetten van een aparte stichting, met programmaraden voor de deelsectoren visuele beperkingen en auditieve en/of communicatieve beperkingen, met daarin nadrukkelijk cliëntenbetrokkenheid. Wat resteert, is een uitwerking van de bekostiging van de expertisefunctie. U heeft al eerder aangegeven dat de bekostiging van de expertisecomponent niet passend is in de huidige prestatiegerichte bekostiging van de extramurale bekostiging. Met deze



brief verzoek ik u ook te adviseren welk bedrag voor de expertisefunctie in aanmerking kan komen voor alternatieve bekostiging.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

2) Afbakening van de te verzekeren prestaties Zvw

Helder moet zijn welke extramurale behandelingen van zintuiglijk gehandicapten precies in de te verzekeren prestaties Zvw zullen worden opgenomen. Voor de vormgeving van de bekostiging van deze zorg is uitsluitend nodig over voor welke zorgvragen, voor welke vormen van zorg, deze zorg onder e te verzekeren prestaties Zvw gaat vallen. Ik ga parallel aan het traject van totstandkoming van een passende bekostiging werken aan aanpassing van regelgeving op grond van de Zvw.

Kenmerk
171955-113510-CZ

In de Zvw is het de zorgverzekeraar die in de modelovereenkomst (polis) bepaalt door welke zorgverleners de benodigde indicatie mag worden afgegeven, wie mag doorverwijzen en door welke zorgverleners de zorg mag worden verleend. Het is de rol van het CVZ om ten behoeve van zorgverzekeraars, in afstemming met de NZa, ZN, en het CIZ de inzichtelijkheid van de indicatiestelling, verwijzing en zorglevering te borgen en de risico's en mogelijke oplossingen in beeld te brengen. Ik vraag u hiermee rekening te houden in uw advies.

3) Prestaties en tarieven

De overheveling van de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten naar de Zvw staat gepland voor 1 januari 2015. Dit geeft een te krap tijdpad om een volledig uitgewerkte bekostiging in te voeren op het moment van overheveling. Ik vraag de NZa daarom de nieuwe bekostiging gefaseerd in te voeren.

Fase 1: overgangsfase

In de eerste fase, per 1 januari 2015, is mijn voorstel de bestaande AWBZ prestaties (één voor visuele behandelzorg en één voor auditieve en/of communicatieve behandelzorg) over te hevelen naar de Zvw. Ik vraag de NZa aan te geven hoe bij deze overheveling de beheersbaarheid van macro-uitgaven in deze eerste fase kan worden geborgd. Om te voorkomen dat zorg gericht op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren ook wordt overgeheveld naar de Zvw vraag ik voorafgaand aan deze overgangsfase de NZa hoe de prestaties omschreven kunnen worden conform de definities en omschrijvingen in het advies van het CVZ. Daarbij vraag ik de NZa ook te kijken naar de mogelijkheden van een beheersinstrument voor de uitgaven aan deze zorg. Dit eerste deel van het advies ontvang ik graag uiterlijk 1 maart 2014.

Expertisefunctie

Uit het traject 'Verbindend Vernieuwen' is naar voren gekomen dat vanuit de (1) lumpsum in de rekenstaten, vanuit de (2) tariefopbouw en vanuit (3) productieafspraken bekostiging van de expertisefunctie in de sector plaatsvindt.

1. Op dit moment zit een deel van de expertisefunctie verwerkt als expertisecomponent (lumpsum) in de rekenstaten van een aantal zintuiglijk gehandicapteninstellingen. Ik vraag de NZa te adviseren over de huidige omvang van het lumpsum bedrag dat voor de expertisefunctie in de rekenstaten van de gespecialiseerde zg-instellingen is opgenomen.
2. Een tweede deel van de expertisefunctie is opgenomen in de tariefopbouw van de huidige extramurale AWBZ-behandeltarieven. Ik vraag de NZa in haar



onderzoek mee te nemen of en zo ja, welke kosten nu onderdeel zijn van de tariefopbouw visuele behandelzorg en van het tarief auditieve behandelzorg, maar die eigenlijk behoren tot de expertisefunctie en mij te adviseren over de hoogte van de totale expertisefunctie zintuiglijk gehandicapten. Ik vraag daarbij te kijken of de argumenten die in 2009 door de NZa zijn gehanteerd om de met de productie samenhangende expertisekosten in de tariefopbouw op te nemen nog steeds valide zijn.

3. Tenslotte is in de huidige behandelprestaties voor de zintuiglijk gehandicaptensector de mogelijkheid opgenomen dat aanbieders hun specifieke deskundigheid inzetten om cliënten bij andere AWBZ-zorgaanbieders te screenen en om andere AWBZ-zorgaanbieders te adviseren. Zorgaanbieders in de zintuiglijk gehandicaptenzorg zetten hier een deel van de productieafspraken voor in. Ik vraag de NZa tevens mee te nemen de omvang van de productie voor de extramurale functie behandeling die de gespecialiseerde zg-instellingen inzetten voor consultatie en advies bij andere zorgaanbieders. Ik vraag dit onderdeel mee te nemen in de eerste fase van het advies dat ik graag uiterlijk 1 maart 2014 ontvang.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
171955-113510-CZ

Fase 2: keuze voor prestaties

Voor de bekostiging in de tweede fase, waarvan de ontwikkeling overigens parallel met fase 1 kan starten, vraag ik de NZa te onderzoeken of en in hoeverre de binnen het traject 'Verbindend Vernieuwen' door beide deelsectoren ontwikkelde producten en cliëntprofielen⁶ als uitgangspunt voor de nieuwe bekostiging gebruikt kunnen worden, dan wel medisch hanteerbaar zijn. Ik verzoek u bij dat onderzoek naar medische hanteerbaarheid aandacht te besteden aan onderscheidendheid, kostenhomogeniteit en stabiliteit. Ik verzoek de NZa mij daarbij te adviseren of - en op welke wijze - voor de bekostiging van de door de sector ontwikkelde producten en cliëntprofielen (deels) kan worden aangesloten bij de huidige bekostigingssystematiek zoals die in de Zvw geldt. Specifieke aandacht wordt daarbij gevraagd voor de wijze waarop de bekostiging van de zorg in audiologische centra, paramedische zorg en GGZ nu plaatsvindt in de Zvw. Ik vraag de NZa mij te adviseren over de toekomstige bekostiging en daarbij in ieder geval aandacht te besteden aan onderstaande punten. Dit tweede deel van het advies ontvang ik graag uiterlijk 1 oktober 2014.

- A. Voor wat betreft de inhoud van de te verzekeren prestatie Zvw kan de NZa voorlopig uitgaan van hetgeen het CVZ heeft geadviseerd in het advies: 'Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen?', zijnde:
 - het diagnostisch onderzoek,
 - zorg gericht op het psychisch leren omgaan met de beperking en
 - zorg gericht op het opheffen of compenseren van de beperking.
- B. Om te voorkomen dat transitieproces op transitieproces wordt gestapeld, verzoek ik de NZa terughoudend te zijn met het voorstellen van een transitieproces na 2015. Indien de NZa het toch nodig acht een transitieproces te ontwikkelen, omdat abrupte veranderingen in opbrengsten als gevolg van de wijziging van het bekostigingstelsel (systeemrisico's) voorkomen moeten worden, verzoek ik de NZa hier zo

⁶ De door de zorgaanbieders verenigd in VIVIS en SIAC ontwikkelde producten en cliëntprofielen zijn op 11 juni 2013 per brief aangeboden aan het bestuurlijk overleg van VWS met de sector.



terughoudend mogelijk mee te zijn.

- C. Tevens verzoek ik u mij te adviseren over de tarieven en de tariefsoort die zouden moeten gelden voor de medisch hanteerbare prestaties. .
- D. Ik vraag u de cliëntprofielen/producten, zoals deze al door de sector zijn ontwikkeld, als uitgangspunt mee te nemen in uw advies. Voor de deelsector visueel zijn zes cliëntprofielen ontwikkeld, voor de deelsector auditief en/of communicatief zijn zeventien producten ontwikkeld.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
171955-113510-CZ

4) Randvoorwaarden bekostiging

De bekostiging in de AWBZ verloopt anders dan binnen de Zvw. Bij uw advisering vraag ik u rekening te houden met in elk geval de volgende randvoorwaarden:

- De overheveling geschiedt maximaal budgetneutraal.
- De overheveling vindt plaats met ingang van 1 januari 2015.
- Er gelden adequate prikkels voor het transparant maken van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg.
- Er is sprake van voldoende transparantie voor sturing en toezicht, zowel wat betreft de zorgwaarde, de geleverde zorg en de kwaliteit van zorg (zowel cliëntbeleving als behandelresultaten).
- De nieuwe bekostiging biedt verzekeraars voldoende instrumenten om de macrokosten te beheersen en biedt VWS de mogelijkheid om ex post de overschrijding op het kader terug te halen bij de aanbieders.

5) Fraudetoets

De aanpak van fraude in de zorg is een topprioriteit. In lijn met de motie Krol⁷, waarin de Kamer mij heeft verzocht om de aanpak van fraude niet alleen te intensiveren en te verbeteren, maar ook nadrukkelijk oog te hebben voor preventie van fraude en het wegnemen van prikkels tot frauduleus handelen, heb ik recent besloten dat omvangrijke wijzigingen in bekostigingssystemen voorafgaand aan de invoering onderworpen worden aan een fraudetoets. Ik verzoek de NZa daarom een fraudetoets⁸ uit te voeren die ten minste ingaat op de volgende aspecten:

1. Zijn de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend?
2. Welke fraudemogelijkheden biedt de voorliggende ontwerpregelgeving?
3. Hoe groot schat u de kans in dat de fraudemogelijkheden uit vraag 2. zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact?
4. Staat de nieuwe ontwerpregelgeving op zichzelf of is deze onderdeel van een samenhangend systeem van verschillende regimes? Zo, ja, risico's hiervan meenemen (belang van deze vraag: een 'grijs gebied' in de afba-

⁷ Kamerstuk 28 828, nr. 39 (vergaderjaar 2012-2013)

⁸ Op dit moment is de definitieve formulering van de fraudetoets onderwerp van gesprek. Voor deze adviesaanvraag is de versie van 5 november 2013 gebruikt. Verzoek aan NZa is bij het advies uit te gaan van de meest actuele versie.



kening kan leiden tot een risico op afwenteling van zorg en kosten)
5. Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van de ontwerpregelgeving controle- en handhavingsmogelijkheden? Zijn er lacunes? Zo ja, Welke?
6. Is het toezicht in de wet geborgd? Ziet u hier nog lacunes?
7. Zijn er (bestuursrechtelijke) straffen of maatregelen mogelijk in geval van geconstateerde fraude? Zijn er lacunes? Zo ja, welke?
8. Biedt de wet ruimte om waar dat nuttig en noodzakelijk is gegevens uit te wisselen tussen toezichthouders en opsporingsdiensten?

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
171955-113510-CZ

Overigens zal naar aanleiding van uw eerdere fraudetoets inzake de generalistische basis-GGZ een gesprek plaatsvinden tussen uw en mijn medewerkers om de aanpak te evalueren. Ik vraag u de uitkomsten van dat overleg mee te nemen in deze uitvoeringstoets.

6) Betrekken van veldpartijen bij totstandkoming nieuwe bekostiging

De zintuiglijk gehandicaptensector (incl. cliëntenorganisaties) is in 2011 een traject gestart om meer inzicht te krijgen in welke zorg deze patiënten nu precies krijgen, mede in het licht van mogelijke overheveling van deze zorg naar de Zvw. Op bestuurlijk niveau hebben de cliëntorganisaties voor zintuiglijk gehandicapten en zintuiglijk gehandicaptenzorgaanbieders (verenigd in VIVIS⁹ en SIAC¹⁰) bevestigd dat er draagvlak is voor de transformatie van extramurale AWBZ-behandeling naar de Zvw. De sector vraagt daarbij rekening te houden met de specificiteit van deze zorg. Ik verzoek de NZa de sector zelf goed aangesloten te houden bij keuzes die de NZa hierbij maakt, om daarmee het bestaande draagvlak voor deze wijziging te behouden.

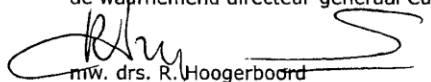
7) Tot slot

Naast dit advies zal door VWS (in samenwerking met betrokken partijen) een spoorboekje worden opgesteld. Dit spoorboekje zal een planning bevatten voor de overheveling van de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten naar de Zvw. De eerste versie van het spoorboekje is begin volgend jaar gereed.

Ik zou het op prijs stellen als u mij op periodieke basis informeert over de voortgang van de verschillende (deel)adviezen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
de waarnemend directeur-generaal Curatieve Zorg,


mrw. drs. R. Hoogerboord

⁹ VIVIS staat voor Vereniging van Instellingen voor mensen met een Visuele beperking
¹⁰ SIAC staat voor Samenwerkende Instellingen Auditieve Communicatieve Sector

Bijlage 4. Huidige prestatiebeschrijving ZG behandeling en begeleiding

BG	Begeleiding
BG-ZG Visueel Basis + module cliënt kenmerk ZG visueel Begeleiding ZG Visueel (H301)	<u>Doel:</u> Het bieden van activiteiten gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en die strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing. Ondersteunen bij beperkingen op het vlak van zelfregie over het dagelijks leven, waaronder begeleiding bij tekortschietende vaardigheden in zelfregelend vermogen. <u>Grondslag:</u> een ernstige visuele beperking. <u>Inhoud:</u> 1) begeleiden in verband met ernstig tekortschietende vaardigheden in het zelfregelend vermogen (dagelijkse bezigheden regelen, besluiten nemen, plannen en uitvoeren van taken, beheerszaken regelen, communicatie, oriëntatie naar tijd, plaats en persoon, sociale relaties, organisatie van de huishouding); 2) begeleiden bij sociaal-emotionele problematiek die samenhangt met de stoornis; 3) begeleiden bij mogelijke integratie in de samenleving en de sociale participaties (bijvoorbeeld hulp bij de opbouw van een sociaal netwerk) met als doel zelfredzaamheid; 4) begeleiden van of consultatie aan een andere zorgaanbieder. Dit kan alleen op verzoek van de behandelende arts van de andere zorgaanbieder plaatsvinden (outreaching). Voor de handelingen die deel uit kunnen maken van Begeleiding wordt verwezen naar de CIZ-Indicatiewijzer. <u>Opmerking:</u> De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zintuiglijk gehandicapten. Doelgroep: ZG
BG-ZG Auditief Basis + module cliënt kenmerk ZG auditief Begeleiding ZG Auditief (H303)	<u>Doel:</u> Het bieden van activiteiten gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en die strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing. Ondersteunen bij beperkingen op het vlak van zelfregie over het dagelijks leven, waaronder begeleiding bij tekortschietende vaardigheden in zelfregelend vermogen. <u>Grondslag:</u> een ernstige auditieve en/of communicatieve beperking. <u>Inhoud:</u> 1) begeleiden in verband met ernstig tekortschietende vaardigheden in het zelfregulerend vermogen (dagelijkse

	bezigheden regelen, besluiten nemen, plannen en uitvoeren van taken, beheerszaken regelen, communicatie, oriëntatie naar tijd, plaats en persoon, sociale relaties, organisatie van de huishouding); 2) begeleiden bij sociaal-emotionele problematiek die samenhangt met de stoornis; 3) begeleiden bij mogelijke integratie in de samenleving en de sociale participaties (bijvoorbeeld hulp bij de opbouw van een sociaal netwerk) met als doel zelfredzaamheid; 4) begeleiden van of consultatie aan een andere zorgaanbieder. Dit kan alleen op verzoek van de behandelende arts van de andere zorgaanbieder plaatsvinden (outreaching). Voor de handelingen die deel uit kunnen maken van Begeleiding wordt verwezen naar de CIZ-Indicatiewijzer. <u>Opmerkingen:</u> De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zintuiglijk gehandicapten. Doelgroep: ZG
BG speciaal 2 Visueel Basis + module cliënt-kenmerk ZG visueel Begeleiding speciaal 2 visueel (H302)	<u>Doel:</u> Begeleiden bij het toepassen en inslijpen van aangeleerde vaardigheden en gedrag in het dagelijks leven door herhaling en methodische interventie. Oefenen, gericht op het leren omgaan met de gevolgen van een ernstige visuele beperking met als doel zelfredzaamheid. <u>Grondslag:</u> een ernstige visuele beperking. <u>Inhoud</u> De activiteiten bestaan uit: 1) Het oefenen met vaardigheden of handelingen. 2) Het oefenen met het aanbrengen van (dag)structuur of het voeren van regie. Voor de handelingen die deel uit kunnen maken van Begeleiding wordt verwezen naar de CIZ-Indicatiewijzer. <u>Vorm:</u> De begeleiding kan de vorm hebben van individuele één-op-één begeleiding maar kan ook in kleine groepen worden geboden (in het laatste geval berust de bekostiging op het aantal uren dat de hulpverlener werkzaam is voor de cliënten in een groep). De begeleiding kan bij de cliënt thuis of op de locatie van een zorgaanbieder worden geboden (de zorgaanbieder preciseert hoe de verhouding van beide activiteiten is). <u>Opmerkingen:</u> hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zintuiglijk gehandicapten. Begeleiden van of consultatie aan de cliënten met een zintuiglijke handicap bij een andere zorgaanbieder of consultatie aan de betrokken zorgaanbieder kan alleen op verzoek van de

	behandelend arts van de zorgaanbieder plaatsvinden. Doelgroep: ZG
BG speciaal 2 Auditief Basis + module cliënt-kenmerk ZG auditief Begeleiding speciaal 2 auditief (H304)	<u>Doel:</u> Begeleiden bij het toepassen en inslijpen van aangeleerde vaardigheden en gedrag in het dagelijks leven door herhaling en methodische interventie. Oefenen gericht op het leren omgaan met de gevolgen van een ernstige auditieve en/of communicatieve beperking met als doel zelfredzaamheid. <u>Grondslag:</u> een ernstige auditieve en/of communicatieve beperking <u>Inhoud</u> De activiteiten bestaan uit: 1) Het oefenen met vaardigheden of handelingen. 2) Het oefenen met het aanbrengen van (dag)structuur of het voeren van regie. 3) communicatietraining aan auditief gehandicapten of leden van het cliëntsysteem. Voor de handelingen die deel uit kunnen maken van Begeleiding wordt verwezen naar de CIZ-Indicatiewijzer. <u>Vorm:</u> De begeleiding kan de vorm hebben van individuele één-op-één begeleiding maar kan ook in kleine groepen worden geboden (in het laatste geval berust de bekostiging op het aantal uren dat de hulpverlener werkzaam is voor de cliënten in een groep). De begeleiding kan bij de cliënt thuis of op de locatie van een zorgaanbieder worden geboden (de zorgaanbieder preciseert hoe de verhouding van beide activiteiten is). <u>Opmerkingen:</u> De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zintuiglijk gehandicapten. Begeleiden van of consultatie aan de cliënten met een zintuiglijke handicap bij een andere zorgaanbieder of consultatie aan de betrokken zorgaanbieder kan alleen op verzoek van de behandelend arts van de zorgaanbieder plaatsvinden. Doelgroep: ZG

BH	Behandeling
BH ZG visueel Behandeling ZG visueel (H332)	<u>Doel:</u> Behandeling, niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (ZVW), ten behoeve van mensen met een ernstige visuele handicap. <u>Grondslag:</u> een ernstige visuele beperking. <u>Inhoud:</u> 1. functionele diagnostiek door een hoofdbehandelaar, bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft. 2. specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg). De behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van en onder regie van een gedragswetenschapper met deskundigheid van de grondslagen van de specifieke doelgroepen. 3. kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag, als dit een programmatische aanpak vereist waarvoor specifieke deskundigheid nodig is. De nieuw aan te leren vaardigheden of het gedrag richten zich op het terugdringen van stoornissen en beperkingen. De kortdurende behandeling kan zich ook richten op mantelzorg in de directe omgeving van de cliënt, als dit ten goede komt aan de cliënt. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan de mantelzorger/gebruikelijkezorger hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de cliënt. 4. Screening van cliënten bij andere AWBZ-zorgaanbieder en advisering van andere AWBZ-zorgaanbieder. <u>Vorm</u> Ad 1: consulten gericht op multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment', om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft. Het betreft hier een genormeerd en met het zorgkantoor afgesproken diagnosetraject. Ad 2: consulten gericht op medische interventies vanuit een CSLM-benadering. Ad 3: Er moet een concreet en haalbaar behandelgoal zijn waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht en de te geven behandeling dient een door de beroepsgroep geaccepteerde methode te zijn. De behandeling kan de vorm hebben van individuele één-op-één begeleiding maar kan ook in kleine groepen worden geboden (in het laatste geval berust de bekostiging op het aantal uren dat de hulpverlener werkzaam is voor de cliënten in een groep). De begeleiding kan bij de cliënt thuis of op de locatie van een zorgaanbieder worden geboden (de zorgaanbieder preciseert hoe de verhouding van beide activiteiten is). Ad 4: specifiek onderzoek en diagnostiek bij thuiswonende cliënten of bij cliënten die wonen bij een andere zorgaanbieder. Te weten: - oogheelkundig/paramedisch onderzoek ten behoeve

	van handelingsdiagnostiek; - optometrisch, low vision of visuologisch onderzoek/diagnostiek; - psychologisch en/of pedagogisch onderzoek/diagnostiek - onderzoek/diagnostiek met behulp van en gericht op geavanceerde apparatuur/en hulpmiddelen; - technisch advies onderzoek. <u>Voorwaarden:</u> Voor ad 1 t/m 4 geldt: - De declarerende zorgaanbieder heeft met het zorgkantoor productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van het aantal consulten en het aantal cliënten; - De declarerende zorgaanbieder heeft met het zorgkantoor productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de betrokken therapeuten. De verantwoordelijkheid van de behandeling ligt bij de hoofdbehandelaar. <u>Opmerkingen:</u> De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zintuiglijk gehandicapten. Bij de functie behandeling behoren ook dossieronderzoek, overleg en opstellen van rapportages en plannen met het doel te komen tot een behandelplan tot de direct cliëntgebonden tijd. Deze regel geldt niet indien de functie behandeling wordt ingezet ter uitvoering van de opgestelde plannen. Doelgroep: ZG
BH- ZG Auditief Behandeling ZG auditief (H333)	<u>Doel:</u> Behandeling – niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (ZVW) ten behoeve van mensen met een ernstige visuele handicap. <u>Grondslag:</u> een ernstige auditieve en/of communicatieve beperking. <u>Inhoud:</u> 1. functionele diagnostiek door een hoofdbehandelaar, bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft. 2. specifieke CSLM-zorg. De behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van en onder regie van een gedragswetenschapper met deskundigheid van de grondslagen van de specifieke doelgroepen. 3. kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag, als dit een programmatische aanpak vereist waarvoor specifieke deskundigheid nodig is. De nieuw aan te leren vaardigheden of het gedrag richten zich op het terugdringen van stoornissen en beperkingen. De kortdurende behandeling kan zich ook richten op mantelzorg in de directe omgeving van de cliënt, als dit ten goede komt aan de cliënt.

	De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan de mantelzorger/gebruikelijkezorger hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de cliënt. 4. Screening van cliënten bij andere AWBZ-zorgaanbieder en advisering van andere AWBZ-zorgaanbieder. <u>Vorm</u> Ad 1: consulten gericht op multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment', om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft, Het betreft hier een genormeerd en met het zorgkantoor afgesproken diagnosetraject; Ad 2: consulten gericht op medische interventies vanuit een CSLM-benadering; Ad 3: Er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht en de te geven behandeling dient een door de beroepsgroep geaccepteerde methode te zijn. De behandeling kan de vorm hebben van individuele één-op-één begeleiding maar kan ook in kleine groepen worden geboden (in het laatste geval berust de bekostiging op het aantal uren dat de hulpverlener werkzaam is voor de cliënten in een groep). De begeleiding kan bij de cliënt thuis of op de locatie van een zorgaanbieder worden geboden (de zorgaanbieder preciseert hoe de verhouding van beide activiteiten is); Ad 4: specifiek onderzoek en diagnostiek bij thuiswonende cliënten of bij cliënten die wonen in een andere zorgaanbieder. Te weten: - audiologisch/paramedisch onderzoek ten behoeve van handelingsdiagnostiek; - audiologisch onderzoek/diagnostiek; - psychologisch en/of pedagogisch onderzoek/diagnostiek en/of logopedisch onderzoek; - onderzoek/diagnostiek met behulp van en gericht op geavanceerde apparatuur/en hulpmiddelen; - technisch advies onderzoek. <u>Voorwaarden:</u> Voor ad 1 t/m 4 geldt: - De declarerende zorgaanbieder heeft met het zorgkantoor productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van het aantal consulten en het aantal cliënten; - De declarerende zorgaanbieder heeft met het zorgkantoor productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de betrokken therapeuten. De verantwoordelijkheid van de behandeling ligt bij de hoofdbehandelaar. <u>Opmerkingen:</u> De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van zintuiglijk gehandicapten. Bij de functie behandeling behoren ook dossieronderzoek, overleg en opstellen van rapportages en plannen met het doel te komen
--	--

	tot een behandelplan tot de direct cliëntgebonden tijd. Deze regel geldt niet indien de functie behandeling wordt ingezet ter uitvoering van de opgestelde plannen. Doelgroep: ZG
--	---

Bijlage 5. Format uitvraag consultatie en advies

Visueel

In de uitvoeringstoets zal de Nza advies uitbrengen over de consultatie en AIV die ZG-aanbieders aanbieden aan externe cliënten en andere aanbieders. Bij de onderstaande gegevens uitvraag dient u daarom enkel de productieafspraken consultatie en AIV die u levert aan deze partijen in te vullen.
In het tekstvak kunt u verdere opmerkingen en/of aanvullingen kwijt.

Productieafpraak	Beleidsregel Nza		Profiel visueel		Aantal uren
Huidige productieafpraak begeleiding (BG)	Consultatie	Gericht op individuele cliënt	Profiel 6	Onderzoek en Diagnostiek	
		gericht op zorgaanbieder	Profiel 6	Training en instructie	
	Specialistisch advies, instructie en voorlichting	Gericht op individuele cliënt	Profiel 0	Advies, opleiding en instructie	
		gericht op zorgaanbieder	Profiel 0	Op individuele cliënt/hulpvraag gericht, doelgroep, informatie, advies en voorlichting	
Huidige productieafpraak behandeling (BH)	Consultatie	Gericht op individuele cliënt	Profiel 6	Betreft specifieke functie, niet op individuele cliënt/hulpvraag gericht, doelgroep, informatie, advies en voorlichting	
		gericht op zorgaanbieder	Profiel 6	Onderzoek en Diagnostiek	
	Specialistisch advies, instructie en voorlichting	Gericht op individuele cliënt	Profiel 0	Training en instructie	
		gericht op zorgaanbieder	Profiel 0	Advies, opleiding en instructie	

Heeft u nog opmerkingen, dan kunt u deze hier vermelden

Auditief

In de uitvoeringstoets zal de Nza advies uitbrengen over de consultatie en AIV die ZG-aanbieders aanbieden aan externe cliënten en andere aanbieders. Bij de onderstaande gegevens uitvraag dient u daarom enkel de productieafspraken consultatie en AIV die u levert aan deze partijen in te vullen.
Bij de kolom 'nadere toelichting aanbieder' verzoeken wij u een korte beschrijving te geven van de inhoud van de zorg die hier volgens u onder valt. Hierbij kunt u denken aan screening, behandeladviezen, toeleiding indicatiestelling en voorlichting.
In het tekstvak kunt u verdere opmerkingen en/of aanvullingen kwijt.

Productieafpraak	Beleidsregel Nza		Nadere toelichting aanbieder	Aantal uren
Huidige productieafpraak begeleiding (BG)	Consultatie	Gericht op individuele cliënt		
		gericht op zorgaanbieder		
	Specialistisch advies, instructie en voorlichting	Gericht op individuele cliënt		
		gericht op zorgaanbieder		
Huidige productieafpraak behandeling (BH)	Consultatie	Gericht op individuele cliënt		
		gericht op zorgaanbieder		
	Specialistisch advies, instructie en voorlichting	Gericht op individuele cliënt		
		gericht op zorgaanbieder		

Heeft u nog opmerkingen, dan kunt u deze hier vermelden

Bijlage 6. Producten visuele sector

Producten Zvw	
O1	Ziekte/aandoening
A	Oogheelkundig onderzoek
B	Medische diagnostiek (AVG-arts)
O2	Functies: sensorische functie
A	Visueel functie onderzoek
B	Low Vision onderzoek
C	Onderzoek lichtbeleving
D	Elektrofysiologisch onderzoek
E	Visuele screening
F	Audiologische screening
O3	Functies: mentale functie
A	Psychologisch onderzoek
B	Neuropsychologisch onderzoek
C	Persoonlijkheidsonderzoek
D	Intelligentieonderzoek
E	Psychosociaal onderzoek
O4	Overige onderzoeken A&P
A	Onderzoek van motoriek, houding en beweging
B	Onderzoek gebruik zintuigen
C	Onderzoek ontwikkelingsstimulering
D	Onderzoek hanteren energie
E	Onderzoek communicatie
F	Onderzoek visuele hulpmiddelen
G	Onderzoek ICT hulpmiddelen
H	Onderzoek auditieve en tactiele communicatiehulpmiddelen
I	Onderzoek oriëntatie en mobiliteit
J	Onderzoek zelfverzorging
K	Onderzoek huishouden
L	Onderzoek tussenmenselijke interacties en relaties
B1	Behandeling mentale functies
A	Psychologische behandeling
B	Psychosociale begeleiding
T1	Activiteiten en participatie: domein leren en toepassen van kennis
A	Training gebruik zintuigen
B	Training basisvaardigheden
C	Training sensorische integratie
D	Training braille
E	Ontwikkelingsstimulering
T2	Activiteiten en participatie: domein algemene taken en eisen
A	Training hanteren energie(belasting)
B	NT2 (Nederlands als tweede taal)

T3	Activiteiten en participatie: domein communicatie
A	Training visuele hulpmiddelen
B	Training ICT-hulpmiddelen
C	Training typvaardigheden
D	Training computervaardigheden
E	Training auditieve en tactiele communicatiehulpmiddelen
F	Training totale communicatie
T4	Activiteiten en participatie: domein mobiliteit
A	Training van motoriek, houding en beweging
B	Training oriëntatie en mobiliteit
C	Training Openbaar Vervoer
D	Training Verkeersdeelname
E	Training Verkeersdeelname voor auto of langzaam gemotoriseerd vervoer
T5	Activiteiten en participatie: domein zelfverzorging
A	Training zelfverzorging
T6	Activiteiten en participatie: domein huishouden
A	Training huishouden

Producten Zvw	
O1	Ziekte/aandoening
A	Oogheelkundig onderzoek
B	Medische diagnostiek (AVG-arts)
O2	Functies: sensorische functie
A	Visueel functie onderzoek
B	Low Vision onderzoek
C	Onderzoek lichtbeleving
D	Elektrofysiologisch onderzoek
E	Visuele screening
F	Audiologische screening
O3	Functies: mentale functie
A	Psychologisch onderzoek
B	Neuropsychologisch onderzoek
C	Persoonlijkheidsonderzoek
D	Intelligentieonderzoek
E	Psychosociaal onderzoek
O4	Overige onderzoeken A&P
A	Onderzoek van motoriek, houding en beweging
B	Onderzoek gebruik zintuigen
C	Onderzoek ontwikkelingsstimulering
D	Onderzoek hanteren energie
E	Onderzoek communicatie
F	Onderzoek visuele hulpmiddelen
G	Onderzoek ICT hulpmiddelen
H	Onderzoek auditieve en tactiele communicatiehulpmiddelen
I	Onderzoek oriëntatie en mobiliteit
J	Onderzoek zelfverzorging
K	Onderzoek huishouden
L	Onderzoek tussenmenselijke interacties en relaties
B1	Behandeling mentale functies
A	Psychologische behandeling
B	Psychosociale begeleiding
T1	Activiteiten en participatie: domein leren en toepassen van kennis
A	Training gebruik zintuigen
B	Training basisvaardigheden
C	Training sensorische integratie
D	Training braille
E	Ontwikkelingsstimulering
T2	Activiteiten en participatie: domein algemene taken en eisen
A	Training hanteren energie(belasting)
B	NT2 (Nederlands als tweede taal)
T3	Activiteiten en participatie: domein communicatie
A	Training visuele hulpmiddelen
B	Training ICT-hulpmiddelen
C	Training typvaardigheden

D	Training computervaardigheden
E	Training auditieve en tactiele communicatiehulpmiddelen
F	Training totale communicatie
T4	Activiteiten en participatie: domein mobiliteit
A	Training van motoriek, houding en beweging
B	Training oriëntatie en mobiliteit
C	Training Openbaar Vervoer
D	Training Verkeersdeelname
E	Training Verkeersdeelname voor auto of langzaam gemotoriseerd vervoer
T5	Activiteiten en participatie: domein zelfverzorging
A	Training zelfverzorging
T6	Activiteiten en participatie: domein huishouden
A	Training huishouden

Bijlage 7. Format uitvraag auditief

Format aanlevering productie gekoppeld aan cliëntprofielen- en productenboek SIAC			
Instelling:			
Datum:			
	BH -> Zvw	BH -> Wmo	BG -> Wmo
Clïëntprofiel 1 Clïënt met een gehoorbeperking in de leeftijd van 0 tot 1 jaar			
Handelingsgerichte diagnostiek			
Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/ auditieve verwerking.			
Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/ comm beperking.			
	BH -> Zvw	BH -> Wmo	BG -> Wmo
Clïëntprofiel 2 Dove cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar			
Handelingsgerichte diagnostiek			
Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/ auditieve verwerking.			
Behandeling gericht op verbetering van de spraak-(gebaren) taalontwikkeling.			
Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/ comm beperking.			
Behandeling gericht op de sociale-emotionele ontwikkeling.			
Behandeling gericht op de zelfredzaamheid.			
	BH -> Zvw	BH -> Wmo	BG -> Wmo
Clïëntprofiel 3 Slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar			
Handelingsgerichte diagnostiek			
Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/ auditieve verwerking.			
Behandeling gericht op verbetering van de spraak-(gebaren) taalontwikkeling.			
Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/ comm beperking.			
Behandeling gericht op de sociale-emotionele ontwikkeling.			
Behandeling gericht op de zelfredzaamheid.			
	BH -> Zvw	BH -> Wmo	BG -> Wmo
Clïëntprofiel 4 Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 0,5 tot 5 jaar			
Handelingsgerichte diagnostiek			
Behandeling gericht op verbetering van de spraak en taalontwikkeling			
Behandeling gericht op het aanleren en bewust worden van vaardigheden in communicatie en/of auditieve verw			
Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de auditief/communicatieve beperking			
Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling			
Behandeling gericht op zelfredzaamheid			
	BH -> Zvw	BH -> Wmo	BG -> Wmo
Clïëntprofiel 5 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 0 tot 5 jaar			
Handelingsgerichte diagnostiek			
Behandeling gericht op verbetering van de spraak- en taalontwikkeling			
Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/of auditieve en visuele verwerking			
Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de aud/visuele/comm beperking			
Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling			
Behandeling gericht op zelfredzaamheid			
	BH -> Zvw	BH -> Wmo	BG -> Wmo
Clïëntprofiel 6 Clïënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar			
Handelingsgerichte diagnostiek.			
Behandeling gericht op verbetering van de spraak- en taalontwikkeling.			
Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie.			
Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de communicatieve beperking.			
Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling.			
Behandeling gericht op zelfredzaamheid.			
	BH -> Zvw	BH -> Wmo	BG -> Wmo
Clïëntprofiel 7 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 5 tot 12 jaar			
Handelingsgerichte diagnostiek			
Behandeling gericht op verbetering van de spraak en taalontwikkeling			
Behandeling gericht op het aanleren van vaardigheden in communicatie en/of auditieve verwerking			
Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de auditief/communicatieve beperking			
Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling			
Behandeling gericht op zelfredzaamheid			
	BH -> Zvw	BH -> Wmo	BG -> Wmo
Clïëntprofiel 8 Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 5 tot 12 jaar			
Handelingsgerichte diagnostiek			
Behandeling gericht op verbetering van de spraak en taalontwikkeling			
Behandeling gericht op het aanleren en bewust worden van vaardigheden in communicatie en/of auditieve verw			
Behandeling gericht op het omgaan met de gevolgen van de auditief/communicatieve beperking			
Behandeling gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling			
Behandeling gericht op zelfredzaamheid			

totaal