

Prestatiestructuur en kostprijzen ZG-zorg

Enschede, 8 juni 2015
PJ/15/0804/nbzg

drs. Peter Bakker
ir. Lambert Drouven
dr. Patrick Jansen

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding.....	7
1.1 Doelstelling	7
1.2 Aanspraak ZG-zorg onder de Zvw	7
2. Aanpak	10
2.1 Vraagstelling.....	10
2.2 Uitwerking	11
2.2.1 Vooronderzoek	11
2.2.2 Onderzoek nieuwe prestatiestructuur ZG-zorg	11
2.2.3 Onderzoek kostprijzen ZG-zorg.....	13
3. Nieuwe prestatiestructuur ZG-zorg	17
3.1 Analyse bestaande producten en profielen	17
3.2 Bekostigingssystemen algemeen	17
3.3 Eindmodel prestatiestructuur ZG-zorg	20
3.4 Invulling eindmodel sector visueel	22
3.5 Invulling eindmodel sector auditief / communicatief	27
3.6 Ontwikkeltraject.....	30
4. Kostprijzen ZG-zorg	32
4.1 Controle kostprijsgegevens.....	32
4.2 Methodiek kostprijsberekening	35
4.3 Resultaten kostprijsberekening.....	43
Bijlage 1. Afbakening extramurale ZG behandeling onder de Zvw	47
Bijlage 2. Omschrijving relevante begrippen	53
Bijlage 3. Prestatiebeschrijvingen in 2015	54
Bijlage 4. Format Kostenuitvraag extramurale ZG	56
Bijlage 5. Overzicht waarden bouwstenen kostprijzen ZG-zorg	64

Samenvatting

Als gevolg van de decentralisaties en hervorming van de langdurige zorg wordt de extramurale ZG-behandeling vanaf 2015 gefinancierd vanuit de Zvw, genaamd ZG-zorg. Vanwege het feit dat het invoeren van een volledig uitgewerkte nieuwe bekostigings-systeem per 2015 onhaalbaar en onwenselijk was, wordt een nieuw bekostigingsmodel voor ZG-zorg gefaseerd ingevoerd. De NZa heeft bureau HHM opdracht gegeven om een onderzoek te verrichten naar een nieuwe bekostiging van ZG-zorg die ingaat per 2016. De hoofddoelstellingen voor het te verrichten onderzoek zijn tweeledig: een uitwerking van een nieuwe prestatiestructuur en een kostprijsberekening voor de ZG-zorg.

Om te komen tot een nieuwe prestatiestructuur voor de ZG-zorg hebben we:

- een vooronderzoek verricht waarin we de onderzoeksopzet hebben uitgewerkt en vastgesteld, inclusief een overzicht van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten die valt onder de Zvw gefinancierde ZG-zorg;
- een uitgebreide analyse verricht van tijdregistraties voor zowel de visuele - als auditieve sector, waarbij de bestaande producten, profielen en activiteiten zijn getoetst op homogeniteit en medische herkenbaarheid,
- een eindmodel ontwikkeld voor de prestatiestructuur, inclusief een ontwikkelagenda.

Om inzicht te krijgen in de kostprijzen van de ZG-zorg hebben we:

- een methodiek en uitgangspunten vastgesteld;
- een format voor de gegevensverzameling ontwikkeld;
- de gegevens gecontroleerd aan de hand van diverse criteria;
- kostprijzen berekend.

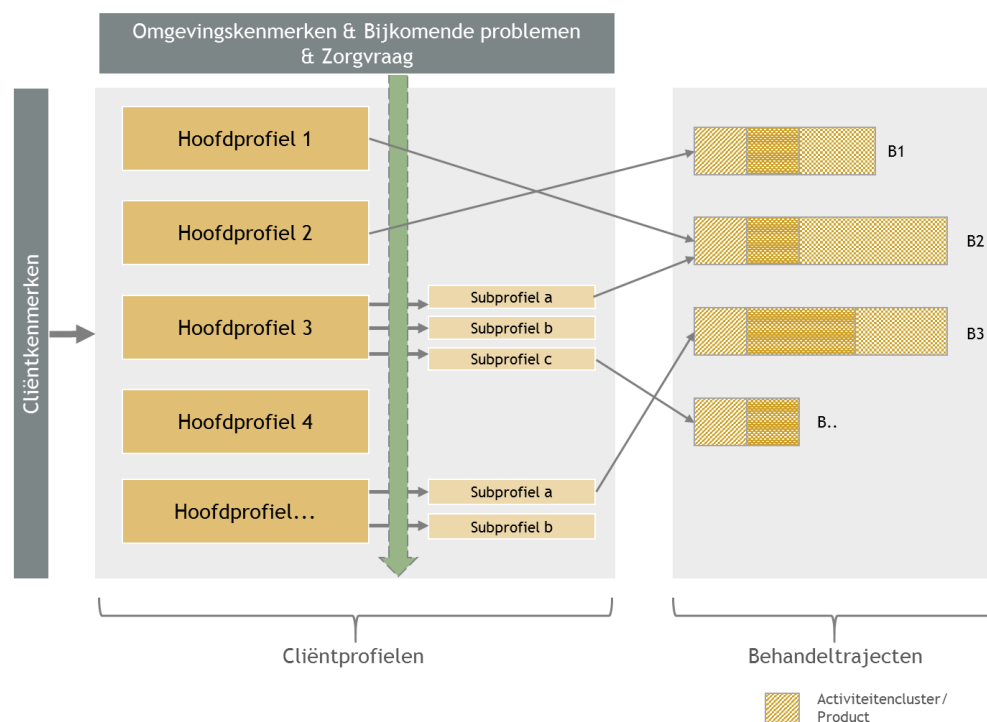
Bij deze aanpak hebben we de sector zorgvuldig betrokken. Zowel ZG-zorgaanbieders als een klankbordgroep met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, relevante branchepartijen en cliëntenorganisaties hebben geparticipeerd. De inbreng vanuit de klankbordgroep is verwerkt in het definitieve plan van aanpak. Van de zorgaanbieders in de visuele sector hebben we gegevens ontvangen over afgesloten trajecten in 2013. Van de zorgaanbieders in de auditieve sector hebben we gegevens over de productie van 2013 ontvangen. Per sector hebben we een gedetailleerde analyse verricht met betrekking tot de tijdbesteding, uitgesplitst naar de profielen, producten en activiteiten die momenteel worden gehanteerd in de ZG-sector.

Uitwerking nieuwe prestatiestructuur

Uit de analyse van tijdregistraties blijkt dat binnen de visuele sector de herkenbaarheid van de huidige acht profielen beperkt is: de profielen geven een beschrijving van een bepaalde fase waarbij blijkt dat verschillende profielen soms vergelijkbare producten bevatten. De 54 onderscheiden producten in de visuele sector zijn wel medisch herkenbaar. Binnen de auditieve sector worden 19 cliëntprofielen gehanteerd, die zijn ingedeeld op basis van een combinatie van mate van auditieve beperking en leeftijd. De cliëntprofielen zijn uitgebreid beschreven en mede daardoor medisch herkenbaar. Daarnaast hanteert men binnen de auditieve sector activiteiten. Op basis van de geanalyseerde data en gesprekken met mensen uit het veld concluderen we dat de herkenbaarheid van deze activiteiten beperkt is. Het is niet duidelijk waaruit de activiteiten precies bestaan en bij welke cliënten die worden verricht.

Met betrekking tot de homogeniteit blijkt op basis van uitgebreide analyses dat de tijdbesteding op het niveau van producten, profielen en activiteiten niet homogeen is. Uit alle analyses blijkt dat er momenteel een grote diversiteit bestaat in de omvang van de tijdbesteding per profiel, product of activiteit. Daarnaast maakt de data-analyse van de auditieve sector duidelijk dat de aard en omvang van ZG-zorg wordt beïnvloed door kenmerken van de cliënt en het cliëntsysteem. De zorgaanbieders hebben aangegeven zich te herkennen in deze resultaten. Het past bij het traject dat ze reeds zijn gestart waarin cliëntprofielen worden onderscheiden op basis van de zorgvraag van de cliënt (Verbindend Vernieuwen). Deze ontwikkeling moet onder andere leiden tot een verbeterde herkenbaarheid van de ZG-zorg, die naar verwachting ook zal leiden tot meer homogeniteit in de zorgverlening.

Gezien deze ontwikkelingen en de resultaten van de data-analyse (waaruit voor de auditieve cliënten naar voren is gekomen dat de tijdbesteding afhankelijk is van het cliëntprofiel en de aanwezigheid van bijkomende problemen) verwachten wij dat het mogelijk is om een koppeling te leggen tussen kenmerken van de cliënt (mate van zintuiglijke handicap, leeftijd, bijkomende problematiek, kenmerken van het cliënt-systeem) en een behandeltraject. Met andere woorden, het ontwikkelen van zorg-programma's/richtlijnen, die de basis van een prestatiestructuur vormen. In figuur 1 hebben we het eindmodel geschetst.



Figuur 1: Eindmodel bekostigingsmodel ZG-zorg

In het eindmodel wordt de ZG-zorg bekostigd aan de hand van behandeltrajecten (de nieuwe prestaties). Het behandeltraject dat voor een bepaalde cliënt wordt doorlopen is afhankelijk van (de zwaarte en relevantie van) de kenmerken van de cliënt, de kenmerken van de omgeving, bijkomende problemen en de zorgvraag. Aan de hand van die kenmerken worden cliënten ingedeeld in een aantal cliëntprofielen. Bij elk cliëntprofiel hoort een best passend behandelprofiel. Het is mogelijk dat voor verschillende cliëntprofielen één

en hetzelfde behandeltraject volstaat (waarbij per behandeltraject de betreffende cliëntprofielen inzichtelijk zijn). Er zullen dus minder behandeltrajecten (prestaties) zijn dan cliëntprofielen. Zowel de zorgaanbieders als zorgverzekeraars onderschrijven het eindmodel. Dit model:

- biedt transparantie op basis van een koppeling tussen cliëntkenmerken, systeemkenmerken en behandeltrajecten;
- levert zorgprogramma's/richtlijnen op met normen per behandeltraject waardoor homogeniteit en doelmatigheid ontstaat;
- biedt de mogelijkheid om outcome-prestaties te koppelen aan cliëntprofielen en behandeltrajecten;
- biedt de zorgverzekeraar bij de inkoop inzicht in aard en omvang van ZG-zorg;
- biedt de cliënten transparantie omtrent wat de zorgaanbieder levert.

Gezien de huidige stand van zaken is het niet mogelijk om per 2016 een nieuwe bekostigingsstructuur in te voeren. Daarom stellen wij voor dat de zorgaanbieders samen met de zorgverzekeraars onder regie van een derde partij een ontwikkeltraject doorlopen dat uitmondt in de invoering van het beoogde bekostigingsmodel dat per 2018 kan worden ingevoerd. Tot het moment van invoering van het eindmodel adviseren we om te werken met een bekostiging op basis van de huidige prestaties, aangevuld met nadere declaratievoorschriften.

Kostprijsberekening

Van alle 13 zorgaanbieders die ZG-zorg leveren hebben we ingevulde formats teruggekregen, die nauwkeurig zijn gecontroleerd. Op die manier hebben we de validiteit en juistheid van de gegevens beoordeeld. Bij twijfels over de validiteit/ juistheid van de gegevens, hebben we onze constatering voorgelegd aan de betreffende zorgaanbieder met het verzoek om na te gaan of de eerder aangeleverde gegevens op dat punt juist zijn. Indien dit niet het geval was, hebben de zorgaanbieders nieuwe gegevens aangeleverd. Bij alle zorgaanbieders hebben meerdere 'controle rondes' plaatsgevonden. Op deze wijze hebben de zorgaanbieders gegevens aangeleverd die een zo goed mogelijke afspiegeling zijn van de werkelijkheid.

Op grond van de controles die wij hebben uitgevoerd op de aangeleverde gegevens van alle concerns, de correcties die de concerns naar aanleiding van die controles hebben aangebracht en/of de verklaringen die ter onderbouwing van de aangeleverde gegevens zijn gegeven, kunnen we concluderen dat de definitieve gegevensaanlevering door de instellingen valide is.

Nadat alle ontvangen kostprijsgegevens waren gecontroleerd, en waar nodig door de zorgaanbieders aangepast, zijn per concern kostprijzen berekend. De gehanteerde methodiek van kostprijsberekening bestaat uit twee stappen, die gecombineerd een integrale kostprijs per declarabel uur ZG-zorg opleveren:

- Stap 1: Bepalen van de salariskosten per declarabel uur van de direct uitvoerende medewerkers. Hier maken we gebruik van gegevens over de inzet van de direct uitvoerende medewerkers.
- Stap 2: Bepalen van de opslagpercentages voor sociale lasten, leidinggevend, overhead, kapitaallasten en dergelijke. Hier maken we gebruik van gegevens over de kosten die gemoeid zijn met het leveren van ZG-zorg.

Uit de kostprijsberekeningen blijkt dat (de opbouw van) de kostprijzen op een aantal punten verschilt tussen de zorgaanbieders. Deze verschillen hebben we voorgelegd aan en besproken met de leden van de klankbordgroep.

Op basis van het kostprijsonderzoek adviseren we de NZa om de volgende uitgangspunten mee te nemen bij de tariefbepaling van de prestaties voor 2016:

- Hanteer de volgende prestaties:
 - zorg in verband met een visuele beperking;
 - zorg in verband met een auditieve beperking;
 - zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis;
 - uittoeslag zorgverlener.
- Bereken een tarief op basis van de DCT en ICT-D gezamenlijk (declarabele eenheid). Wanneer met deze declarabele eenheid wordt gewerkt, zijn de verschillen in productiviteit tussen de instellingen kleiner dan bij een tarief op basis van alleen de DCT (wat leidt tot kleinere verschillen in kostprijzen tussen de instellingen). De effecten van een eventuele herallocatie van kosten tussen instellingen naar aanleiding van aangepaste tarieven zullen daardoor beperkt blijven.
- We stellen voor om voor de prestaties van 2016 geen onderscheid te maken in de tarieven voor auditieve zorg en communicatieve zorg (TOS). De redenen hiervoor zijn de relatief kleine verschillen tussen de kostprijzen voor deze twee vormen van zorg en het feit dat deze kostprijzen zijn gebaseerd op gegevens van slechts drie zorgaanbieders.
- Bereken het tarief voor de uittoeslag op basis van een kilometervergoeding inclusief een vergoeding voor de reistijd. Hierdoor dekt het tarief beter de werkelijke kosten van het reizen naar de cliënt en doet de declaratie recht aan concerns/professionals die veel reizen. Omdat we voor de kostprijsberekening van de reistijd gegevens van slechts vijf zorgaanbieders ter beschikking hadden, adviseren we aanvullend onderzoek om tot een representatieve uittoeslag te komen.

1. Inleiding

Per 2015 is de extramurale behandeling aan zintuiglijk gehandicapten (ZG-zorg) overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De extramurale begeleiding is overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit betekent dat vanaf 2015 de ZG-behandeling vanuit de Zvw wordt gefinancierd, genaamd ZG-zorg. Vanwege het feit dat het invoeren van een volledig uitgewerkt nieuw bekostigingssystematiek per 2015 onhaalbaar en onwenselijk was, wordt een nieuw bekostigingsmodel voor ZG-zorg gefaseerd ingevoerd.

1.1 Doelstelling

Over de bekostiging van ZG-zorg in het jaar 2015 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in april 2014 het advies 'Overheveling behandeling ZG: Bekostiging van extramurale behandeling ZG in de Zorgverzekeringswet' uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De NZa heeft bureau HHM opdracht gegeven om een onderzoek te verrichten naar de bekostiging van ZG-zorg die moet ingaan per 2016. De hoofddoelstellingen voor het te verrichten onderzoek zijn tweeledig: een uitwerking van een nieuwe prestatiestructuur en een kostprijsberekening voor de ZG-zorg.

Voor de uitwerking van de prestatiestructuur onderzoeken we in hoeverre de door de sector ontwikkelde cliëntprofielen en productboeken als uitgangspunt kunnen dienen of dat er nieuwe prestaties moeten worden ontwikkeld. Met het kostprijsonderzoek maken we de kosten inzichtelijk van de aanbieders die de ZG-zorg leveren.

In voorliggende rapportage geven we allereerst een advies voor de nieuwe prestatiestructuur. Voor het ontwikkelen van de nieuwe prestatiestructuur voor de ZG-zorg hebben we data verzameld, analyses uitgevoerd (toetsen van homogeniteit en medische herkenbaarheid) en, op basis van deze analyses, een nieuwe prestatiestructuur uitgewerkt. Vervolgens beschrijven we de resultaten van het kostprijsonderzoek aan de hand van het format dat we hebben gehanteerd om de gegevens te verzamelen, de controles die we hebben uitgevoerd en de kostprijsberekeningen die we hebben verricht.

1.2 Aanspraak ZG-zorg onder de Zvw¹

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.

Met de overheveling van de extramurale ZG-zorg van de AWBZ naar de Zvw is het basispakket uitgebreid. De zorg die al in het basispakket zat betreft de veelal monodisciplinaire zorg in verband met een zintuiglijke aandoening. Deze (geneeskundige) zorg is gericht op (gedeeltelijk) herstel of voorkomen van verergering van de aandoening.

¹ De tekst in deze paragraaf is gebaseerd op het Besluit zorgverzekering (Staatsblad, 15 oktober 2014).

Daarbij gaat het om zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden (zoals audiologische hulp en chirurgische ingrepen aan oog en gehoororgaan en het implanteren van cochleaire implantaten), logopedie, ergotherapie en hulpmiddelen. Hieronder valt ook het adviseren over en instructie bij het hulpmiddel.

Leidt de aandoening tot een zintuiglijke beperking dan kan multidisciplinaire zorg (zoals beschreven in artikel 2.5a van het Besluit zorgverzekering) aan de orde zijn. De ernst van de zintuiglijke beperking die hiervoor als voorwaarde geldt, is vertaald in indicatiecriteria van de betrokken beroepsgroep(en).

Multidisciplinaire zorg houdt in dat er verschillende disciplines bij de behandeling betrokken zijn die in hetzelfde behandelingstraject interventies inzetten, gelijktijdig en/of sequentieel. Het diagnostisch onderzoek houdt in het vaststellen van de (ernst van de) beperking en de zorgvragen die daaruit voortvloeien voor de verzekerde. Op basis hiervan wordt een (individueel) behandelplan opgesteld, waarvan mogelijke interventies worden besproken in een adviesgesprek met de cliënt en/of diens ouders/verzorgers of andere betrokkenen, waarna vervolgens de behandeling kan worden vastgesteld.

Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met deze beperking.

Zorg in verband met een visuele beperking

Of sprake is van een visuele beperking wordt vastgesteld met toepassing van evidence based richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). In de NOG-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een visuele beperking is aangegeven dat sprake is van een visuele beperking bij:

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

De diagnostiek van visuele beperkingen vindt plaats door metingen met een hulpmiddel (bril).

De zorg aan mensen met een visuele beperking bestaat voor een groot deel uit kortdurende extramurale trajecten en is multidisciplinair van aard. Het zorgaanbod moet inspelen op de complexiteit van de hulpvraag. Dat maakt de zorg divers, afhankelijk van de leeftijd en leefomstandigheden van de persoon met een visuele beperking, van persoonlijkheidskenmerken en van de individuele problematiek.

Zorg in verband met een auditieve beperking

Het zorgtraject in geval van een auditieve beperking start met de audiologische hulp die al onderdeel uitmaakt van het Zvw-pakket.

Audiologische hulp bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek van de gehoorfunctie;
- advisering van de verzekerde over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting aan de verzekerden met betrekking tot het gebruik van de apparatuur.

Of sprake is van een auditieve beperking wordt vastgesteld met toepassing van evidence based richtlijnen van de FENAC. In de desbetreffende FENAC-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een auditieve beperking is aangegeven dat er sprake is van een auditieve beperking indien:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1.000, 2.000 en 4.000 Hz te middelen, of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1.000 en 2.000 Hz.

De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld door audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat.

De zorg aan mensen met een auditieve beperking wordt geleverd door keel-neus-en-oorartsen (KNO-artsen), audiologische centra en de zintuiglijk gehandicaptensector. De zorg door KNO-artsen en audiologische centra valt reeds onder de Zvw. De zorg geleverd door de zintuiglijk gehandicaptenzorg is multidisciplinair van aard. De zorgverleners hebben specifieke kennis en deskundigheid op het gebied van gehoor-, communicatie- en taalstoornissen. De zorgverleners moeten in het algemeen ook beschikken over alternatieve communicatievormen zoals Nederlandse Gebarentaal of Nederlands met Gebaren.

Bij kinderen met een gehoorbeperking kunnen activiteiten worden aangeboden om de communicatie te stimuleren. Interventies zijn gericht op communicatie, zoals leren van Nederlandse Gebarentaal: gebruikmaken van gebaren, omgaan met de impact van de beperking en zelfredzaamheid. Als het kind iets ouder is komen ook interventies gericht op (toekomstig) zelfstandig wonen en werken aan de orde. Ook hulp bij mogelijke psychische klachten als gevolg van de auditieve beperking handicap hoort tot het zorgaanbod.

Zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis

Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis is te herleiden tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis. De taalontwikkelingsstoornis wordt gekarakteriseerd door ernstige problemen in taalverwerving van de moedertaal.

De objectieve vaststelling of sprake is van communicatieve beperking, zoals hiervoor aangegeven, geschiedt met multidisciplinaire diagnostiek conform de evidence based FENAC-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

Bij de zorg in geval van deze beperking gaat het om kinderen en jongvolwassenen tot de leeftijd van drieëntwintig jaar. Deze groep heeft problemen met het communiceren en onderdelen van de zorg voor mensen met een auditieve beperking zijn ook voor deze groep effectief. Deze groep met ernstige spraak/taalmoeilijkheden en hun ouders wordt een behandeling aangeboden die de taalontwikkeling en sociaal-emotionele ontwikkeling stimuleert. Verder zijn bij deze groep overeenkomsten met hetgeen hiervoor is beschreven over de zorgbehoefte van en zorg aan mensen met een auditieve beperking.

2. Aanpak

2.1 Vraagstelling

De NZa heeft verzocht om een advies uit te brengen over de bekostiging van de extramurale ZG-zorg vanaf 2016. Hierbij dient onderzocht te worden of en in hoeverre de binnen het traject 'Verbindend Vernieuwen'² door beide deelsectoren ontwikkelde producten en cliëntprofielen als uitgangspunt voor de nieuwe bekostiging (prestaties en tarieven) gebruikt kunnen worden, dan wel medisch herkenbaar zijn. Daarbij dient bepaald te worden of - en op welke wijze - kan worden aangesloten bij de huidige bekostigingssystematiek zoals die in de Zvw geldt.

Om te bepalen of de reeds ontwikkelde cliëntprofielen en producten als uitgangspunt voor de nieuwe bekostiging gebruikt kunnen worden, moet de kostenhomogeniteit (tijdhomogeniteit) en de medische herkenbaarheid worden getoetst. De mate van tijdhomogeniteit wordt vastgesteld met de coëfficiënt van de variantie (de zogenaamde CV-waarde). Onder (medische) herkenbaarheid wordt verstaan dat de prestaties vanuit een geneeskundig perspectief identificeerbaar zijn. Een prestatie is herkenbaar als er geen grote afwijkingen van het gemiddelde zijn wat betreft de zorglevering op de verschillende onderliggende activiteiten. Daarnaast wordt de herkenbaarheid ook bepaald door de volgtijdelijkheid van de geleverde zorg. Hierbij is van belang dat de activiteiten bij alle cliënten gemiddeld genomen in dezelfde volgorde in de tijd plaatsvinden.

De NZa stelt randvoorwaarden voor de nieuw te ontwikkelen prestatiestructuur:

- Heldere prestatieomschrijving voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
- Er is een duidelijk onderscheid tussen de verschillende prestaties.
- De prestaties bevatten alleen Zvw-zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering (Bzv) geldend per 1 januari 2015.
- De prestaties kennen een duidelijke afbakening ten opzichte van prestaties die gelden binnen de eerstelijns - en tweedelijns somatische zorg.
- Alle ZG-zorg dient in prestaties te zijn omschreven, zodat er voldoende waarborgen zijn voor de toegankelijkheid van zorg.
- Er is sprake van transparantie over de geleverde zorg en de kwaliteit hiervan (zowel cliëntbeleving als behandelresultaten), maar ook voldoende mogelijkheden om hierop te sturen en toezicht te houden.
- Voor aanbieders is duidelijk op welke wijze de prestatie in rekening kan worden gebracht, dan wel op welke wijze de bekostiging in de prestatie is opgenomen.
- De prestatie kan op naam van de patiënt in rekening worden gebracht (oftewel dient patiëntvolgend te zijn).
- De prestatiestructuur bevat prikkels voor doelmatige en gepaste levering van zorg.
- De nieuwe bekostiging biedt zorgverzekeraars voldoende instrumenten om de macrokosten te beheersen en biedt het ministerie van VWS de mogelijkheid om ex post de overschrijding van het kader terug te vorderen bij de aanbieders.

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.

2.2 Uitwerking

Om te komen tot een nieuwe bekostigingsstructuur voor de ZG-zorg hebben we de volgende activiteiten verricht:

- Vooronderzoek: uitwerken onderzoeksopzet en vaststellen overzicht met te onderscheiden activiteiten (behorend tot de extramurale Zvw gefinancierde ZG-zorg).
- Deelonderzoek 1: Onderzoek naar een nieuwe prestatiestructuur voor de ZG-zorg per 2016:
 - Stap 1: Verzamelen van data en uitvoeren van analyses (toetsen van homogeniteit en medische herkenbaarheid).
 - Stap 2: Ontwikkelen van een prestatiestructuur (inclusief ontwikkelagenda).
- Deelonderzoek 2: Kostprijsonderzoek van de nieuwe prestatiestructuur ZG-zorg, waarbij de kostprijsgegevens bij de prestaties uit deelonderzoek 1 worden opgeleverd.

Bij deze aanpak hebben we de sector zorgvuldig betrokken. Zowel ZG-zorgaanbieders als een klankbordgroep met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en enkele zorgverzekeraars), relevante branchepartijen (Samenwerkenden Instellingen in de Auditieve en Communicatieve sector (SIAC), Vereniging van Instellingen voor mensen met een Visuele beperking (VIVIS), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en cliëntenorganisaties (Nederlandse Federatie van Ouders van Dove Kinderen (Fodok) en Oogvereniging) hebben geparticipeerd. De Nederlandse Federatie van Audiologische Centra (Fenac) en de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) zijn als agenda-lid in de klankbordgroep vertegenwoordigd.

2.2.1 Vooronderzoek

Tijdens het vooronderzoek hebben we de onderzoeksopzet op enkele onderdelen geconcretiseerd en vervolgens besproken met de NZa en leden van de klankbordgroep. Op basis van de verkenning van Zorginstituut Nederland, advies fase 1 en in overleg met de klankbordgroep hebben we vastgesteld welke ZG-zorg onder de Zvw valt (zie bijlage 1). Vervolgens hebben we in overleg met de klankbordgroep de formats vastgesteld voor de gegevensverzameling over de productie in 2013 bij alle zorgaanbieders in de ZG-sector. Daarbij zijn we aangesloten op cliëntprofielen en productboeken die in beide deelsectoren zijn ontwikkeld.

2.2.2 Onderzoek nieuwe prestatiestructuur ZG-zorg

Dataverzameling

Voor de verzameling van gegevens binnen de auditieve sector hebben we voor de SIAC-leden gebruikgemaakt van het format dat deze zorgaanbieders in het kader van Verbindend Vernieuwen hebben ontwikkeld. In de dataset van Verbindend Vernieuwen wordt - door alle medewerkers die zorg leveren - onder andere de geleverde uren zorg geregistreerd. De tijd wordt geregistreerd op product en activiteit en is via een cliëntcode te koppelen aan individuele cliënten. Met de niet-SIAC leden hebben we in overleg met de betreffende zorgaanbieders gekeken op welke wijze deze relevante informatie kon aanleveren. Dat heeft geleid tot diverse kwalitatieve en kwantitatieve gegevens die we kunnen relateren aan de cliëntprofielen die SIAC heeft geformuleerd. Van de VIVIS-leden (die de gehele visuele sector vertegenwoordigen) hebben we productiegegevens ontvangen op het niveau van medewerkers, producten, profielen en cliënten.

Van de ruwe data hebben we de kwaliteit beoordeeld door uitbijters (extreme hoge en lage waarden) voor te leggen aan de respondenten. Op basis van de antwoorden zijn geen aanpassingen verricht op de data. De uitbijters waren in een aantal gevallen namelijk goed te verklaren, waardoor we geen referentiepunt hebben om een onjuiste uitbijter te identificeren. In de data zagen we wel grote spreidingen, die soms inhoudelijk te verklaren waren en soms niet. De databestanden bevatten gedetailleerde informatie over de tijdbesteding in de ZG-sector op het niveau van producten, activiteiten, profielen en medewerkers. De data zijn daarmee bruikbaar om inzicht te krijgen in de homogeniteit en herkenbaarheid.

In een vertrouwelijke rapportage (Advies prestatiestructuur ZG-zorg met kenmerk PJ/15/0216/nbzg) hebben we uitgebreid verslag gedaan van de data-analyse en interpretatie van deze resultaten. De analyses van de sector visueel zijn gebaseerd op data van de aanbieders die 99% van ZG-zorg leveren; voor de sector auditief/communicatief zijn de resultaten van de analyses gebaseerd op 87% van de in 2013 geleverde ZG-zorg. De zorgaanbieders die de overige 13% van de zorg leveren, maar geen concrete data hebben aangeleverd, hebben aangegeven zich te herkennen in de resultaten die uit de analyses naar voren zijn gekomen. Hierdoor beschouwen we de resultaten als representatief voor de gehele ZG-sector.

Homogeniteit

Om te bepalen of de tijdgegevens homogeen zijn hebben we de CV-waarde³ berekend waarbij we - in overleg met de NZa - een CV-waarde van maximaal 0,5 hanteren om vast te stellen of de tijd homogeen is. We hebben de gegevens op verschillende niveaus geanalyseerd: op het niveau van activiteiten, producten, profielen en trajecten. De resultaten hiervan hebben we besproken in de klankbordgroep en vertegenwoordigers van de zorgaanbieders.

Herkenbaarheid

Naast homogeen, dienen de prestaties ook medisch herkenbaar te zijn en bruikbaar voor onderhandelingen. Daarnaast dient de prestatie in begrijpelijke taal te zijn opgesteld zodat deze herkenbaar is voor cliënten. Met de zorgaanbieders hebben we vanuit de bestaande producten, activiteiten en profielen gewerkt aan een structuur met prestaties die voldoet aan randvoorwaarden genoemd in paragraaf 2.1.

Het productenboek dat door alle leden van VIVIS wordt gebruikt hebben we nader geanalyseerd op heldere omschrijvingen, duidelijke afbakening en duidelijkheid over welke professionals het product leveren. Onze conclusie is dat de producten op enkele ondergeschikte details na duidelijk zijn omschreven. Ook is duidelijk aangegeven welke professionals uitvoering geven aan de producten. De onderlinge afbakening tussen producten is eveneens duidelijk. De huidige profielen omvatten telkens een set van één of meer verschillende producten. Deze set kan aanzienlijk variëren. De relatie met de producten ligt daarbij onvoldoende vast.

³ De CV-waarde (Coëfficiënt of Variance) is een statistische maat voor de homogeniteit van de kosten of tijdsduur. De CV-waarde wordt berekend als de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde. Hoe lager de CV-waarde, hoe homogener de prestatie.

In de auditieve sector worden 19 verschillende cliëntprofielen onderscheiden. De verschillende zorgaanbieders geven aan dat deze profielen herkenbaar zijn. Daarnaast wordt een onderscheid gemaakt naar een beperkt aantal activiteiten, die ook als herkenbaar worden beoordeeld. Daarnaast hanteert elke zorgaanbieder diverse producten die voor elke zorgaanbieder verschillend zijn.

Uitgaande van de profielen, producten en activiteiten die de zorgaanbieders momenteel hanteren hebben we bekeken in hoeverre deze ook geschikt zijn voor herkenbare prestaties van de nieuwe bekostigingsstructuur voor de ZG-zorg.

2.2.3 Onderzoek kostprijzen ZG-zorg

Het doel van het kostprijsonderzoek is per concern inzichtelijk maken wat de kosten van de prestaties zijn die per 2016 kunnen gelden. De berekende kostprijzen hebben we daarbij uitgesplitst naar de verschillende kostencategorieën.

In het kader van de gestelde doelen binnen het kostprijsonderzoek hebben we de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

- Vaststellen methodiek en uitgangspunten
- Verzamelen kostprijsgegevens
- Controle kostprijsgegevens
- Berekenen kostprijzen

Bij de start van het onderzoek hebben we de methodiek en uitgangspunten besproken met de NZa en de klankbordgroep. De klankbordgroep is gedurende het gehele onderzoek nauwgezet betrokken en heeft input kunnen leveren op de methodiek en de (tussentijdse) resultaten. De diverse onderdelen van de kostprijsberekening zijn in verschillende bijeenkomsten met het veld besproken en afgestemd.

Vaststellen methodiek en uitgangspunten

Tijdens besprekingen met de klankbordgroep en de NZa hebben we allereerst aandacht besteed aan de methodiek en uitgangspunten. (Zie bijlage 2 voor een omschrijving van enkele relevante begrippen en bijlage 3 voor een omschrijving van de prestaties die voor 2015 gelden.) Vervolgens hebben we met de klankbordgroep aandacht besteed aan het format waarmee de benodigde kostprijsgegevens worden verzameld, de manier waarop de aangeleverde gegevens worden gecontroleerd en de manier waarop kostprijzen worden berekend. De leden van de klankbordgroep hebben hun inbreng kunnen geven op het plan van aanpak. Deze inbreng is daar waar mogelijk verwerkt in het definitieve plan van aanpak.

Verzamelen kostprijsgegevens

Om per concern inzicht te geven in de opbouw van de kostprijzen, hebben we gegevens verzameld bij alle aanbieders van ZG-zorg; de 13 concerns die ook hebben geparticipeerd in deel één van het onderzoek. Daarbij hebben we gebruikgemaakt van een format dat alle aanbieders hebben ingevuld. Het format was voorzien van een toelichting om aanbieders te helpen met het juist invullen van de gevraagde gegevens. Het format hebben we in afstemming met de NZa en de klankbordgroep opgesteld. Daarbij is rekening gehouden met:

- het definiëren van begrippen die relevant zijn voor het invullen van het format, zodat het voor concerns helder is welke gegevens ingevuld moeten worden;
- het door de NZa gewenste detailniveau (de uitsplitsing naar verschillende kostencategorieën);
- het expliciet uitvragen van de kosten gemoeid met de expertisefunctie;
- het zodanig opvragen van gegevens dat diverse controleberekeningen mogelijk zijn.

Het format is opgenomen in bijlage 4, waarbij we drie categorieën gegevens onderscheiden:

- gegevens over de geleverde ZG-zorg (productiegegevens);
- gegevens over de inzet van de direct uitvoerende medewerkers die de ZG-zorg bieden (medewerkergegevens) en
- gegevens over de totale kosten die gemoeid zijn met het leveren van ZG-zorg (kostengegegevens).

Het peiljaar voor de gegevens is 2013; dit is het meest recente jaar waarvan alle financiële gegevens beschikbaar en door een accountant beoordeeld zijn. Bij één zorgaanbieder is niet 2013, maar de eerste helft van 2014 (geëxtrapoleerd naar een geheel jaar) als peiljaar genomen. In de loop van 2013 is de betreffende zorgaanbieder overgestapt op een ander registratiesysteem; de brondata is hierdoor nog maar moeilijk opnieuw te analyseren. Om deze reden heeft de instelling aangegeven dat zij geen betrouwbaar beeld over 2013 kan geven. Zo kon de uitsplitsing van kosten naar de Zvw-gefinancierde ZG-zorg niet goed worden gemaakt en kon de formatie voor de ZG-zorg niet goed worden bepaald. In overleg met de betreffende zorgaanbieder is gekozen voor 2014, omdat op basis van deze cijfers het volgens de voorgestelde methodiek mogelijk is om een kostprijs te berekenen.

Naast de (vanaf 2015 Zvw gefinancierd) extramurale ZG-zorg leverden de zorgaanbieders in 2013 veelal ook anders gefinancierde zorg. Omdat de zorgaanbieders in hun financiële - en personeelsregistratie in 2013 nauwelijks onderscheid maakten tussen de ZG-zorg en de overige vormen van zorg, moeten bij het invullen van (delen van) het format aannames worden gedaan voor het toerekenen van kosten en personeel. Dit is een gebruikelijke werkwijze bij kostprijsberekeningen. Om te beoordelen of de aangeleverde gegevens over de ZG-zorg op concernniveau een valide beeld geven van de werkelijkheid, hebben we diverse controles uitgevoerd (zie verderop in deze paragraaf en 4.1).

Productiegegevens

Bij de productiegegevens gaat het om het aantal uren ZG-zorg dat de zorgaanbieder in 2013 heeft gerealiseerd. Het format waarin we de gegevens hebben opgevraagd komt overeen met het format dat de zorgverzekeraars in 2014 hebben gehanteerd voor de zorginkoop voor 2015.

Medewerkersgegevens

Bij de medewerkersgegevens gaat het om de (mix van) medewerkersfuncties die de ZG-zorg leveren, de inschaling en de tijdbesteding van deze medewerkers. Deze gegevens hebben we gebruikt om (gemiddelde) salariskosten van een fte uitvoerende medewerker te berekenen en de productiviteit van de medewerkers te bepalen.

Het gaat hier alleen om medewerkers die daadwerkelijk de ZG-zorg bieden. De medewerkers van de staf en ondersteunende diensten blijven buiten beschouwing.

Medewerkers die deels ook anders gefinancierde zorg (Wmo, Wlz, onderwijs of commercieel) bieden, zijn naar rato meegenomen.

Kostengegevens

Voor de uitvraag van de kosten over 2013 hebben we gebruikgemaakt van de indeling in kostenrubrieken conform het Prismant rekeningschema voor zorginstellingen. We hebben alle kosten opgevraagd zodat we een integrale kostprijs kunnen berekenen. Hierbij hebben we een uitsplitsing gemaakt naar de kosten van de geleverde zorg van de totale organisatie, de kosten gerelateerd aan de extramurale ZG-zorg (inclusief kosten voor de expertisefunctie⁴) en een kolom specifiek voor de kosten gerelateerd aan de expertisefunctie van de extramurale ZG-zorg. Voor het toedelen van overheadkosten aan de ZG zorg is per kostenrubriek een mogelijke verdeelsleutel aangegeven.

De expertisefunctie maakt geen onderdeel uit van de Zvw-aanspraak, daarom moeten de kosten hiervan buiten de kostprijsberekening blijven. Doordat we de kosten voor de expertisefunctie afzonderlijk hebben opgevraagd kunnen we:

- de kosten van de extramurale ZG-zorg corrigeren voor de kosten gemoeid met de expertisefunctie;
- de uren opleiding van de medewerkers corrigeren voor de uren opleiding gemoeid met de expertisefunctie;
- de tijdbesteding van de direct uitvoerende medewerkers corrigeren voor de tijd gemoeid met de expertisefunctie.

Controle kostprijsgegevens

De door de zorgaanbieders aangeleverde gegevens hebben we per concern gecontroleerd. Op die manier hebben we de validiteit en juistheid van de gegevens beoordeeld. Wanneer onze beoordeling leidde tot twijfels over de validiteit/juistheid van de gegevens, hebben we onze constatering voorgelegd aan de betreffende zorgaanbieder met het verzoek om na te gaan of de eerder aangeleverde gegevens op dat punt juist zijn. Indien dit niet het geval was hebben de zorgaanbieders nieuwe gegevens aangeleverd. Bij alle zorgaanbieders hebben meerdere ‘controlerondes’ plaatsgevonden. Op deze wijze hebben de zorgaanbieders gegevens aangeleverd die een zo goed mogelijke afspiegeling zijn van de werkelijkheid. De uitgevoerde controles zijn nader beschreven in paragraaf 4.1.

Volledigheidshalve merken we op dat op de door ons gebruikte kostprijsgegevens geen accountantscontrole heeft plaatsgevonden. Na afloop van ons kostprijsonderzoek hebben zorgaanbieders - op verzoek van de NZa - de aangeleverde kostprijsgegevens laten toetsen door een externe accountant om de juistheid van de gegevens te waarborgen.

Berekenen kostprijzen

Nadat alle ontvangen kostprijsgegevens waren gecontroleerd, en waar nodig door de zorgaanbieders aangepast, zijn de kostprijzen berekend. De methodiek die is gebruikt voor het berekenen van de kostprijzen is toegelicht in 4.2 en de resultaten van de kostprijsberekening zijn beschreven in 4.3.

⁴ Dit betreft de tijd die wordt besteed aan de ontwikkeling en het onderhoud van specifieke expertise. Dit betreft onder andere (het faciliteren van) wetenschappelijk onderzoek, kennisontwikkeling en kennisdeling, consultatie (alleen de niet-cliëntgebonden B2B), algemene voorlichting aan cliënten en beroepskrachten.

We hebben kostprijzen berekend voor de volgende prestaties:

- zorg in verband met een visuele beperking;
- zorg in verband met een auditieve beperking;
- zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis;
- uittoeslag zorgverlener.

Voor de prestatie ‘uittoeslag zorgverlener’ hebben we tevens een variant verkend waarin, naast de kosten van het reizen (km-vergoeding), ook de kosten van reistijd van de medewerker in de kostprijs zijn meegenomen.

De NZa neemt de uitkomsten van de kostprijsberekeningen mee bij het berekenen van de tarieven voor de ZG-zorg.

3. Nieuwe prestatiestructuur ZG-zorg

3.1 Analyse bestaande producten en profielen

In een vertrouwelijke rapportage (Advies prestatiestructuur ZG-zorg met kenmerk PJ/15/0216/nbzg) hebben we uitgebreid verslag gedaan van de data-analyse en interpretatie van de bestaande producten en profielen in de ZG-sector. Hieruit blijkt dat binnen de visuele sector 54 producten worden gehanteerd. Het betreft concreet omschreven verschillende vormen van onderzoek, behandeling en training. Deze producten zijn medisch herkenbaar. Op een beperkt aantal aspecten is het mogelijk om de herkenbaarheid van de producten te verbeteren. Daarnaast hanteert men binnen de visuele sector acht profielen (zoals het profiel 'informatie/advies/ voorlichting' en het profiel 'korte revalidatie'). De herkenbaarheid van de huidige profielen is beperkt: de profielen geven een beschrijving van een bepaalde fase waarbij blijkt dat verschillende profielen soms vergelijkbare producten bevatten.

Binnen de auditieve sector worden 19 cliëntprofielen gehanteerd, die zijn ingedeeld op basis van een combinatie van mate van auditieve beperking en leeftijd. De cliëntprofielen zijn uitgebreid beschreven en mede daardoor medisch herkenbaar. Daarnaast hanteert men binnen de auditieve sector activiteiten. Voorbeelden van activiteiten zijn: individueel contact met de cliënt, groepscontact met de cliënt, contact met het cliëntsysteem en Multi Disciplinair Overleg. Op basis van de geanalyseerde data en gesprekken met mensen uit het veld concluderen we dat de herkenbaarheid van deze activiteiten beperkt is. Het is niet duidelijk waaruit de activiteiten precies bestaan en bij welke cliënten die worden verricht.

Met betrekking tot de homogeniteit blijkt op basis van uitgebreide analyses dat de tijdbesteding op het niveau van producten, profielen en activiteiten niet homogeen is. De vertrouwelijke rapportage bevat een groot aantal tabellen waarin diverse dwarsdoorsnedes zijn gemaakt. Uit alle tabellen blijkt dat momenteel een grote diversiteit bestaat in de omvang van de tijdbesteding per profiel, product of activiteit. Daarnaast maakt de data-analyse van de auditieve sector duidelijk dat de aard en omvang van ZG-zorg wordt beïnvloed door kenmerken van de cliënt en het cliëntsysteem. De zorgaanbieders hebben aangegeven zich te herkennen in deze resultaten. Het past bij het traject dat ze reeds zijn gestart waarin cliëntprofielen worden onderscheiden op basis van de zorgvraag van de cliënt (Verbindend Vernieuwen). Deze ontwikkeling moet onder andere leiden tot een verbeterde herkenbaarheid van de ZG-zorg, die naar verwachting ook zal leiden tot meer homogeniteit in de zorgverlening.

3.2 Bekostigingssystemen algemeen

Op basis van de analyse van de gegevens concluderen we dat de bestaande profielen, producten en activiteiten - vanwege het ontbreken van homogeniteit - (nog) niet bruikbaar zijn voor een nieuwe prestatiestructuur. Daarnaast ontbreekt de herkenbaarheid met betrekking tot de profielen in de visuele sector en de activiteiten in de auditieve sector.

Binnen de Zvw worden verschillende bekostigingsvarianten gehanteerd. Om te kunnen komen tot een nieuwe passende prestatiestructuur voor de ZG-zorg schetsen we in deze paragraaf op hoofdlijnen enkele mogelijke varianten. Elke variant kent zijn eigen

specifieke voorwaarden om die variant toe te kunnen passen en heeft voor- en nadelen. Deze zijn hieronder uiteengezet.

Bekostigingsvariant Verrichting

In deze variant is het uitgangspunt functionele zorg; de prestaties bestaan uit een functionele beschrijving van de te leveren zorg. Bijvoorbeeld de huidige bekostiging van de logopedie die is opgebouwd rondom de verschillende typen zittingen (individueel en in groepen). Daarnaast zijn er enkele tarieven voor specifieke verrichtingen. Dit is een bekostigingssystematiek waarbij per verrichting wordt bepaald wat de tijdsduur van de verrichting is (genormeerd), welke zorg wordt geleverd en wat de kosten van die verrichting zijn. Voorwaarde voor een verrichtingensysteem is dat de prestaties duidelijk moeten worden omschreven en herkenbaar zijn.

Enkele voordelen:

- Eenvoudig systeem
- Grote mate van herkenbaarheid
- Doorgaans grote mate van kostenhomogeniteit
- Snelle betaling door declaratie na elke verrichting

Enkele nadelen:

- Lage doelmatigheidsprikkel
- Afwezigheid van een financiële prikkel voor innovatie, voor elke vernieuwing moet een nieuwe functionele prestatie worden vastgesteld
- Geen directe relatie met zorgzwaarte/diagnose
- Hoge administratieve last door verantwoording per verrichting

Bekostigingsvariant Ziekenhuis-DBC

In ziekenhuizen (medisch specialistische zorg) wordt gewerkt met DBC-zorgproducten; bijvoorbeeld de zorgproducten van kno-artsen. Een DBC-zorgproduct typeert het geheel van activiteiten van de aanbieder gedurende een traject, voortvloeiend uit de zorgvraag van de cliënt. Het omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Voorheen waren dit de DBC's. De ruim 30.000 DBC's zijn vervangen door 4.400 verbeterde DBC-zorgproducten (DOT-systematiek). Voorwaarde voor een DBC-systeem vormt de voorspellende waarde van een diagnose voor de zorg die wordt geleverd, de medische herkenbaarheid van de DBC en het feit dat de DBC een zorgtraject behelst met een begin- én einddatum. Dit zorgtraject wordt doorgaans afgeleid van een zorgprogramma (ook wel richtlijn genoemd) waarin is vastgelegd welke zorg aan een cliënt behorend bij een diagnose geleverd moet worden. Dergelijke zorgprogramma/richtlijnen worden doorgaans door de sector zelf opgesteld. Wanneer er geen sprake is van een voorspellende waarde van een diagnose, geen duidelijk zorgtraject en geen duidelijk afgebakende einddatum, dan is een DBC-systematiek in eerste instantie niet geëigend.

Enkele voordelen:

- Directe relatie tussen diagnose (zorgvraag) en geleverde behandeling
- Grote mate van herkenbaarheid
- Aanwezigheid van een financiële prikkel voor innovatie
- Voldoende prikkel voor doelmatigheid

Nadelen:

- Declaratie na afsluiting van de DBC (kan leiden tot liquiditeitsproblemen)

Bekostigingsvariant GGZ-DBC

In de prestatiebekostiging gespecialiseerde GGZ wordt gewerkt met een DBC-systeem ingericht aan de hand van gemiddelde tijdseenheden. Het DBC-systeem binnen de GGZ verschilt daarmee van DBC's in de medisch-specialistische zorg: waar GGZ-DBC's zijn georganiseerd rond gemiddelde tijdseenheden waarbij tijd wordt geschreven die vervolgens wordt gedeclareerd (de zogenaamde geclusterde uren producten), zijn DBC's in de medisch-specialistische zorg ingericht aan de hand van gemiddelde uitgevoerde zorgactiviteiten. De audiologische centra worden bekostigd op basis van Audiologische Producten (AP's); deze bekostigingssystematiek lijkt sterk op de GGZ-DBC's.

Enkele voordelen:

- Alle bestede tijd wordt vergoed
- Redelijke mate van kostenhomogeniteit (meer tijdbesteding leidt tot een ander DBC)

Enkele nadelen:

- Declaratie na afsluiting van de DBC (kan leiden tot liquiditeitsproblemen)
- Beperkte relatie tussen diagnose (zorgvraag) en behandeling (zorglevering)
- Beperkte mate van herkenbaarheid
- Bevat prikkel om meer tijd te besteden aan een cliënt (upcoding)
- Geen financiële prikkel voor innovatie (tijd wordt beloond; innovaties die leiden tot minder tijd leiden tot een lagere vergoeding)
- Hoge administratieve last door verantwoording van alle bestede tijd

Bekostigingsvariant integrale prestaties op basis van zorgzwaartecategorieën

De generalistische basis-GGZ kent vier verschillende zorgprestaties afhankelijk van de zorgvraag/zorgzwaarte van de cliënt. Het zijn integrale prestaties waarin alle onderdelen van een zorgtraject (van intake en diagnostiek tot en met behandeling) zijn opgenomen. Voorwaarde voor een dergelijke bekostigingsvariant is dat er kenmerken geïdentificeerd kunnen worden die iets zeggen over de zorgvraag/zorgzwaarte van de cliënt en de daarbij passende zorg die aan die cliënt geleverd moet worden. Deze variant lijkt op het systeem van de ziekenhuis-DBC's, met het verschil dat de relaties tussen diagnose en geleverde zorg minder specifiek zijn uitgewerkt.

Enkele voordelen:

- Directe relatie mogelijk tussen zorgzwaarte en behandeling (traject)
- Bevat (financiële) prikkel voor innovatie
- Redelijke mate van kostenhomogeniteit
- Redelijke mate van herkenbaarheid
- Beperkte administratieve last door verantwoording per prestatie/traject

Nadeel:

- Declaratie na afsluiting van de prestatie/traject (kan leiden tot liquiditeitsproblemen afhankelijk van de 'duur' van de prestatie)

3.3 Eindmodel prestatiestructuur ZG-zorg

In de ZG zijn de aanbieders een traject gestart waarin cliëntprofielen worden onderscheiden gebaseerd op de zorgvraag van de cliënt (Verbindend Vernieuwen). In het eindmodel van dit traject:

- zijn de cliëntprofielen/behandeltrajecten gebaseerd op de ICF (International Classification of Functioning);
- zijn per cliëntprofiel/behandeltraject de inhoud en omvang, de deskundigheids- en kwaliteitseisen beschreven, zowel op het niveau van het zorgaanbod (zorgprogramma's/richtlijnen), de professionals als de zorgorganisatie;
- worden behandelresultaten op cliëntniveau gemonitord.

Daarnaast werken de partijen aan:

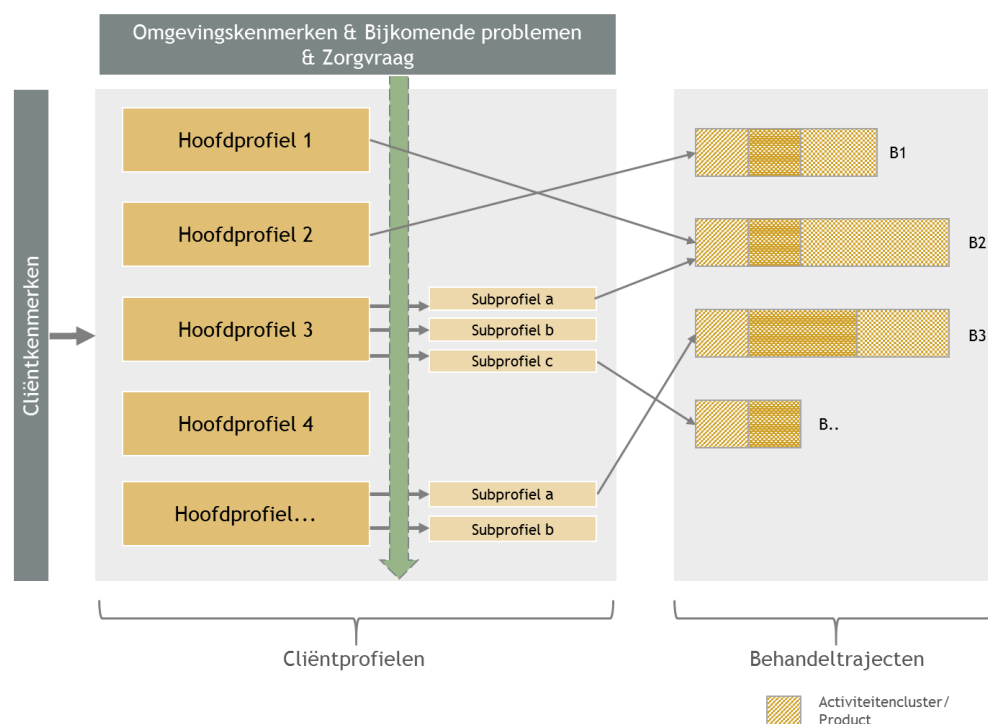
- een heldere beschrijving van de toegang tot ZG-zorg (inclusiecriteria/verwijs-systematiek) in de Zvw, duidelijk afgebakend ten opzichte van de toegang tot ZG-zorg in andere domeinen;
- een afbakening van extramurale ZG-zorg ten opzichte van voorliggende zorg (zoals de audiologische zorg en eerstelijnslogopedie).

Gezien deze ontwikkelingen en de resultaten van de data-analyse (waaruit voor de auditieve cliënten naar voren is gekomen, dat de tijdbesteding afhankelijk is van het cliëntprofiel en de aanwezigheid van bijkomende problemen), verwachten wij dat het mogelijk is om een prestatiestructuur te ontwikkelen waarbij een koppeling wordt gelegd tussen kenmerken van de cliënt (mate van zintuiglijke handicap, leeftijd, bijkomende problematiek, kenmerken van het cliëntsysteem) en een behandeltraject. Met andere woorden, het ontwikkelen van zorgprogramma's/richtlijnen.

In een zorgprogramma is de inhoud van de behandeling beschreven, opgebouwd uit diverse activiteiten en/of producten. Een zorgprogramma is een weergave van een systematische aanpak van de behandeling en zorg voor een specifieke cliëntengroep met als doel het leren omgaan met de ziekte, voorkoming of uitstel van complicaties en/of van verergering van ziekte met behoud van optimale kwaliteit van leven.

Afhankelijk van deze uitwerking kan dit leiden tot een prestatiestructuur á la Ziekenhuis DBC's of integrale prestaties op basis van zorgzwaartecategorieën. In figuur 3.1 hebben we het eindmodel geschetst.

In het eindmodel wordt de ZG-zorg bekostigd aan de hand van behandeltrajecten (de nieuwe prestaties). Het behandeltraject dat voor een bepaalde cliënt wordt doorlopen is afhankelijk van (de zwaarte en relevantie van) de kenmerken van de cliënt, de kenmerken van de omgeving, bijkomende problemen en de zorgvraag. Aan de hand van die kenmerken worden cliënten ingedeeld in een aantal cliëntprofielen. Bij elk cliëntprofiel hoort een best passend behandelprofiel. Het is mogelijk dat voor verschillende cliëntprofielen één en hetzelfde behandeltraject volstaat (waarbij per behandeltraject de betreffende cliëntprofielen inzichtelijk zijn). Er zullen dus minder behandeltrajecten (prestaties) zijn dan cliëntprofielen.



Figuur 3.1: Eindmodel bekostigingsmodel ZG-zorg

Zowel de zorgaanbieders als zorgverzekeraars onderschrijven het eindmodel. Dit model:

- biedt transparantie op basis van een koppeling tussen cliëntkenmerken, systeemkenmerken en behandeltrajecten;
- levert zorgprogramma's/richtlijnen op met normen per behandeltraject waardoor homogeniteit en doelmatigheid ontstaat;
- biedt de mogelijkheid om outcome-prestaties te koppelen aan cliëntprofielen en behandeltrajecten;
- biedt de zorgverzekeraar bij de inkoop inzicht in aard en omvang van ZG-zorg;
- biedt de cliënten transparantie omtrent wat de zorgaanbieder levert.

De behandeltrajecten bestaan uit verschillende componenten (bouwstenen). De samenstelling van die componenten varieert (naar aard en omvang) per behandeltraject. De beschrijving van deze behandeltrajecten geeft ook inzicht in de aspecten waarop de ZG-behandeltrajecten zich onderscheiden van de zorg die reeds in de Zvw is opgenomen (zoals audiologische zorg, oogartsen-zorg en logopedie). Doordat de inzet van disciplines/FWG binnen een component constant (genormeerd) is kan een kostprijs per uur behandeling per component worden bepaald. Wanneer per behandeltraject is vastgesteld uit welke componenten het bestaat en in welke omvang (aantal uren) de componenten voorkomen, kan per behandeltraject de kostprijs worden berekend. Het normeren van de behandeltrajecten (samenstelling van componenten en aantal uren per component) gebeurt mede via het monitoren van behandelresultaten (outcome).

Grondslagdiagnostiek (het vaststellen of een cliënt aanspraak maakt op ZG-zorg) is in beide subsectoren een voorliggend cliëntproces. De vervolgdagnostiek bij visueel richt zich op de stoornis en beperking. Bij auditief/communicatief vindt nadere stoornis-

diagnostiek plaats binnen de Audiologische Centra en richt de sector zich op behandelings-gerichte diagnostiek (gericht op de beperking). Bij het verder uitwerken van de behandeltrajecten moet aandacht zijn voor deze verschillen tussen de twee subsectoren.

In de volgende paragrafen beschrijven we per sector de invulling van dit eindmodel en hanteren daarbij als beoordelingskader⁵:

- *Hanteerbaarheid (aantal zorgproducten)*. Dit interpreteren we als een zo beperkt mogelijke omvang waarmee wel alle behandelingsvormen eenduidig kunnen worden verrekend.
- *Herkenbaarheid (medisch)*. Dit interpreteren we als duidelijk onderscheid tussen prestaties voor zowel de professional, de financier als de cliënt.
- *Homogeniteit (kosten)*. Dit interpreteren we als een kleine bandbreedte in tijd, discipline-mix en kosten tussen prestaties zodat een goede balans kan worden gevonden tussen kosten en tarief, hetgeen leidt tot een stabiel systeem.
- *Volledigheid*. Dat betekent dat alle prestaties zijn te vatten in de systematiek. Ook eventuele nieuwe prestaties of veranderingen in prestaties moeten gemakkelijk zijn in te passen via bijvoorbeeld reeds beschikbare modules.
- *Stabiliteit*. Hierbij interpreteren we dat homogeniteit, volledigheid en de mogelijkheid om binnen de systematiek gemakkelijk nieuwe prestaties in te passen de stabiliteit ten goede komen.
- *Administratieve lasten*. Dit interpreteren we als minimale administratieve lasten bij registratie en verantwoording van de zorg en onderhouden en doorontwikkeling van het bekostigingssysteem.
- *Handhaafbaarheid*. De handhaafbaarheid is het gevolg van het voldoen aan bovengenoemde criteria, met de toevoeging dat er aan de ene kant een duidelijke afbakening moet zijn tussen behandeling en begeleiding en aan de andere kant voor professionals duidelijk moet zijn binnen welk financieringsregime zij werken en moeten registreren. Daarnaast dienen de prestaties zo te zijn omschreven dat de zorg die is geleverd controleerbaar is.
- *Transparantie*. Het is duidelijk wat geleverde zorg en de kwaliteit hiervan is (zowel cliëntbeleving als behandelresultaten) en biedt voldoende mogelijkheden om hierop te sturen en toezicht te houden.
- *Declaratie*. Voor aanbieders is duidelijk op welke wijze de prestatie in rekening kan worden gebracht, dan wel op welke wijze de bekostiging in de prestatie is opgenomen.
- *Cliëntvolgend*. De prestatie kan op naam van de cliënt in rekening worden gebracht.
- *Doelmatigheid*. De prestatiestructuur bevat prikkels voor doelmatige en gepaste levering van zorg.
- *Beheersing*. De nieuwe bekostiging biedt zorgverzekeraars voldoende instrumenten om de macrokosten te beheersen en biedt het ministerie van VWS de mogelijkheid om ex post de overschrijding van het kader terug te vorderen bij de aanbieders.

3.4 Invulling eindmodel sector visueel

Uit de analyses van de aangeleverde gegevens van in 2013 afgesloten profielen is duidelijk dat de tijdbesteding op het niveau van contacten, producten, profielen of trajecten voor

⁵ Deels ontleend aan de beleidsregel Toetsingskader beoordeling productstructuur DBC-systematiek (BR/CU-5084).

de visuele sector onvoldoende homogeen is. Daarbij is nog geen relatie gelegd tussen cliëntkenmerken en de te leveren producten of trajecten.

Bekostiging op contacten of producten levert geen eenduidige koppeling met de problematiek van de cliënt en kan niet worden beschouwd als een goed systeem van combinatie 'diagnose/cliëntkenmerken-behandeling'. Ook is beheersing van volume per cliënt en beheersing van totaalvolume via bekostiging in contacten of producten niet goed mogelijk. Trajecten van visuele cliënten bestaan in het algemeen uit een reeks van meerdere producten en binnen producten meerdere contacten. Er kunnen naar welbevinden meerdere producten of contacten per cliënt worden verstrekt.

Bekostiging op basis van trajecten biedt meer transparantie over de relatie tussen cliëntkenmerken en het te verstrekken traject (behandeling). De huidige profielen bestaan uit meerdere producten en voor diverse cliënten bestaat een volledige behandeling uit een opvolging van profielen. De analyses tonen aan dat de producten en profielen niet homogeen zijn. Door de vertegenwoordigers van VIVIS is aangegeven dat de relatie tussen cliëntkenmerken en prestaties in de vorm van trajecten goed is te leggen, maar dat men op dit moment nog onvoldoende is ingericht om dit op basis van de bestaande registraties scherp vast te stellen.

Revalidatiemodel

De hele sector gaat uit van het revalidatiemodel 'Intake, onderzoek, revalidatie'. Men maakt gebruik van ICF om de vraag van de cliënten in kaart te brengen. In het algemeen gaat het om trajecten waaraan nagenoeg altijd een intake aan vooraf gaat.

- Bij kinderen/jongeren (0 tot 18 jaar) gaat het meestal om trajecten die over meerdere jaren lopen waarin in de loop van de tijd variatie in intensiteit bestaat.
- Bij volwassenen gaat het in de meeste gevallen om trajecten die na enige tijd (vaak binnen enkele maanden) afgesloten kunnen worden. In diverse gevallen komt er later in het leven van de cliënt een nieuwe vraag als de situatie van de cliënt aanzienlijk verandert.

Intake

Alle trajecten starten met een intakefase. Deze intakefase is niet voor alle trajecten gelijk, maar wel aanwezig en binnen een relatief beperkte bandbreedte aan tijd. Per traject kan volgens de sector worden aangegeven in welke mate de intake een onderdeel vormt van het traject. Daarom stellen we voor om de intake naar rato onderdeel te laten zijn van elk hierna volgend traject.

Trajecten/zorgarrangementen

We onderscheiden verschillende trajecten die zijn onder te brengen naar deze hoofdrubrieken:

- Onderzoek en diagnostiek
- Hulpmiddelenadvies en instructie
- Revalidatie volwassenen
- Revalidatie kinderen
- Diagnostiek, consultatie en borging voor cliënten bij Wlz instellingen

De zorgaanbieders geven aan dat er duidelijke cliëntcriteria te benoemen zijn op basis waarvan in de intakefase kan worden bepaald welk traject (diagnose/cliëntkenmerken -

behandeling) voor de cliënt passend is. Onderstaand worden bij de trajecten al enkele globale criteria benoemd, maar de zorgaanbieders kunnen op een later moment een meer gedetailleerd overzicht van criteria presenteren.

Voor een cliënt kunnen meerdere trajecten volgtijdig gewenst zijn. Veelal is er eerst diagnostiek nodig voordat een revalidatietraject wordt ingezet. Bij het traject 'aanvraag hulpmiddelen' is de diagnostiek altijd onderdeel van het traject. Tijdens een revalidatietraject kan blijken dat nieuw onderzoek of nieuwe diagnostiek nodig is. Dit leidt dan tot beëindiging van het voorgenomen traject, het vervolgens uitvoeren van nieuwe diagnostiek (een bepaald diagnostiek traject) en/of het vervolgens inzetten van een ander revalidatietraject.

- **Diagnostiek (huidig profiel 1).** Dit kent vier trajecten:
 - **Stoornis diagnostiek.** Er is een vraag naar onderzoek om vast te stellen welke stoornissen bij de cliënt een rol spelen. Daarnaast wordt gekeken naar de diverse externe factoren die een rol spelen.
 - **Functionele diagnostiek bij enkelvoudige vragen.** Er is een vraag van een cliënt naar het functioneren met zijn/haar beperkingen, waarbij het gaat om een beperkte complexiteit.
 - **Functionele diagnostiek bij meervoudige vragen van cliënten met bijkomende problematiek.** Er is een vraag van een cliënt naar het functioneren met zijn/haar beperkingen, waarbij het gaat om complexe zaken, waarbij bijvoorbeeld ook NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel) of psychiatrie of verstandelijke beperkingen een rol kunnen spelen.
 - **Functionele diagnostiek bij complexe meervoudige hulpvragen:** Er is een intensieve revalidatievraag omdat er bijvoorbeeld na een ongeval diverse problemen zijn gerezen.
- **Hulpmiddelenadvies en instructie (huidig profiel 2).** Dit kent één traject.
Blinde of slechthziende cliënt met hulpvraag met betrekking tot onderzoek, advies en instructie (geavanceerde) hulpmiddelen op één of enkele van de ICF levensgebieden.
- **Revalidatie volwassenen (18 jaar en ouder) (huidig profiel 3).** Dit kent vier trajecten:
 - **Revalidatie enkelvoudige hulpvragen:** Het betreft mensen met een beperkte of enkelvoudige vraag op het terrein van compensatie van de beperking bij het uitvoeren van activiteiten. Sterk praktisch gericht en zonder vragen met betrekking tot psychisch leren omgaan of interactie met de omgeving.
 - **Revalidatie enkelvoudige hulpvragen uitgebreid:** Het betreft mensen met een uitgebreidere vraag op het terrein van compensatie van de beperking bij het uitvoeren van activiteiten. Voornamelijk praktisch gericht en zeer beperkte vragen met betrekking tot psychisch leren omgaan of interactie met de omgeving.
 - **Revalidatie enkelvoudige hulpvragen intensief cliënten met bijkomende beperkingen:** Het betreft mensen met een vraag naar zowel compensatie van beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten als psychisch leren omgaan met de beperking en de interactie met gezin/omgeving.
 - **Revalidatie zeer intensief bij complexe meervoudige hulpvragen:** Het betreft mensen waarbij de impact van de beperking (die bijvoorbeeld progressief is of

plotseling is opgetreden) zeer ernstig is in zowel psychisch opzicht als met betrekking tot hun dagelijkse activiteiten.

- Revalidatie kinderen en jongeren (0-18 jaar) (huidig profiel 4a). Dit kent voorlopig negen trajecten:
 - Een differentiatie naar **drie leeftijdscategorieën** waarvan uit de praktijk blijkt dat de leeftijd een belangrijke parameter is voor de tijdbesteding per cliënt. Hoe ouder hoe minder. Het betreft **0 tot 4 jaar, vanaf 4 tot 12 jaar en vanaf 12 tot 18 jaar**.
 - Een differentiatie naar **drie niveaus binnen elke leeftijdsfase**. Dit heeft te maken met de mate van voorspelbaarheid van het ontwikkeltraject (goed voorspelbaar tegenover niet goed voorspelbaar, waarbij in het laatste geval meer tijd moet worden besteed). Ook de situationele omstandigheden (gezin, klimaat, lerend vermogen e.d) spelen een belangrijke rol om bij de intake te bepalen welk traject zal moeten worden ingezet.

Totaal betekent dit negen niveaus waarvan de verwachting is dat diverse niveaus qua tijd en disciplinemix aan elkaar gelijk zijn, zodat er uiteindelijk mogelijk vier of vijf niveaus voor revalidatie kinderen en jongeren overblijven.
- **Diagnostiek, consultatie en borging** (huidig profiel 6): Het in opdracht van een andere zorgaanbieder onderzoeken of bij cliënt(en) sprake is van een (bijkomende) visuele beperking en/of geven van advies over de impact aan de cliënt en op organisatieniveau.

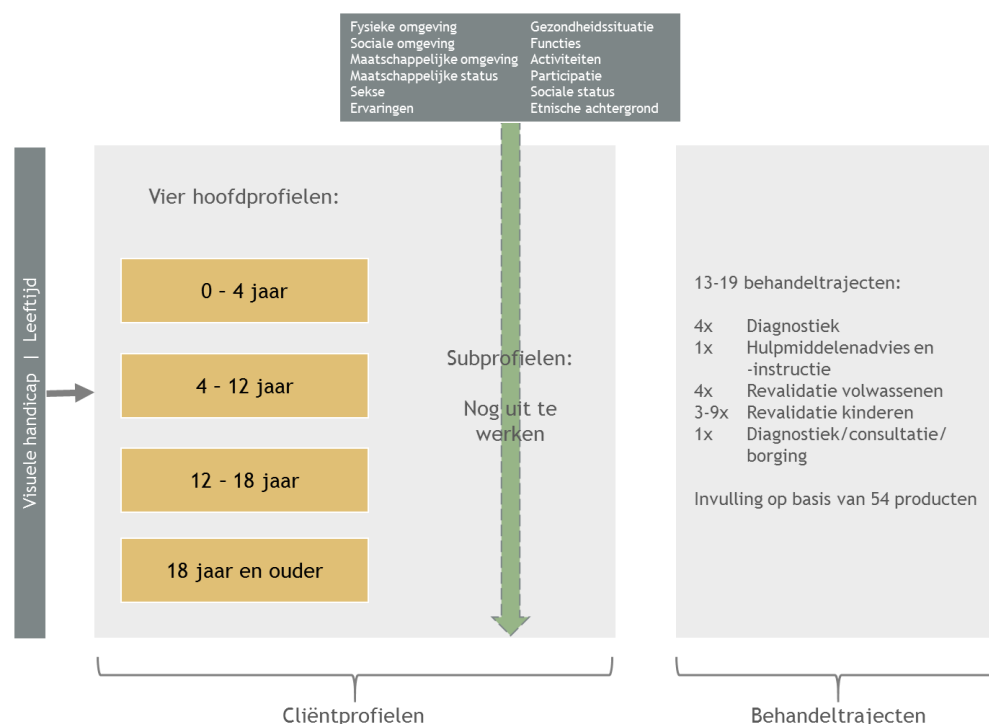
In totaal gaat het om minimaal 13 en maximaal 19 tariefvarianten voor prestaties Zvw Visueel (maximaal 19 als blijkt dat alle negen varianten voor revalidatie kinderen en jongeren volledig uit elkaar liggen). Elke prestatie bestaat uit een set welomschreven producten. Dit zijn de 54 producten die door de sector reeds duidelijk zijn omschreven en waarbij ook is vastgelegd welk type professional(s) de uitvoering verzorgt. Van hieruit zijn er mogelijkheden voor resultaatbekostiging waarbij men niet alleen de diagnostiek, maar ook het te bereiken resultaat aan de trajecten kan koppelen. De beoordeling van deze nieuwe prestaties hebben we weergegeven in tabel 3.1.

Aspecten	Beoordeling
<i>Hanteerbaarheid</i>	Het aantal prestaties is relatief beperkt (13 tot maximaal 19) om de variatie in zorg goed te kunnen dekken. Als gevolg van een grote diversiteit in cliënten en zorg kunnen de aantallen cliënten voor bepaalde prestaties klein zijn. In afstemming met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten moet het optimale aantal prestaties worden bepaald, waarbij ook sprake is van een goede herkenbaarheid en homogeniteit.
<i>Herkenbaarheid</i>	De behandeltrajecten en de producten waaruit de trajecten zijn opgebouwd, zijn voor zorgaanbieders inhoudelijk herkenbaar, voor zorgverzekeraars bruikbaar voor onderhandelingen en voor cliënten begrijpelijk.
<i>Homogeniteit</i>	De vereiste homogeniteit is niet aanwezig. De te ontwikkelen richtlijnen/zorgpaden en de nieuwe systematiek zal normstellend zijn en daardoor sturend worden waardoor meer homogeniteit ontstaat.

Aspecten	Beoordeling
<i>Volledigheid</i>	Met de genoemde trajecten is het voor de zorgaanbieders mogelijk om een volledig programma aan behandeling voor visueel gehandicapten te kunnen bieden. Door hierbij objectieve criteria te hanteren voor het indelen in prestaties is het controleerbaar voor zorgverzekeraars. Daarnaast kunnen eventueel nieuwe producten binnen de behandeltrajecten worden opgenomen. In het uitzonderlijke geval kan een nieuw behandeltraject worden ontwikkeld. Dit maakt het mogelijk om het systeem te handhaven. Ook als men richting resultaatbekostiging wil groeien.
<i>Stabiliteit</i>	
<i>Handhaafbaarheid</i>	
<i>Administratieve lasten</i>	De impact van de nieuwe prestaties op de administratieve lasten voor de zorgaanbieders is naar verwachting klein, omdat de zorgaanbieders momenteel reeds de tijdbesteding registreren aan de hand van 54 producten. Het aantal nieuwe prestaties zal naar verwachting kleiner zijn. De declaratie aan de zorgverzekeraar wordt wel uitgebreider, omdat men nu slechts op basis van twee prestaties declareert. Het declaratiebericht en het administratieve systeem moet daarop nog worden ingericht.
<i>Transparantie</i>	De beoogde prestaties bevatten naar verwachting een duidelijke en inhoudelijke omschrijving van een behandeltraject in relatie tot een cliëntprofiel. Deze moeten nog worden ontwikkeld, zodat voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten transparant is waaruit een prestatie bestaat.
<i>Declaratie</i>	Elke nieuwe prestatie wordt gedeclareerd, via een nieuwe declaratiestandaard. Afhankelijk van de afspraken die partijen maken is het mogelijk om de geleverde zorg per maand, kwartaal of traject te declareren.
<i>Cliëntvolgend</i>	De prestatie kan op naam van de cliënt in rekening worden gebracht.
<i>Doelmatigheid</i>	In de behandeltrajecten wordt de te leveren omvang van zorg genormeerd en in de tarieven kan een productiviteitsnorm worden opgenomen.
<i>Beheersing</i>	Zorgverzekeraars kunnen productieafspraken maken over het aantal te leveren prestaties, eventueel verbijzonderd naar cliëntprofielen.

Tabel 3.1: Beoordeling prestatiestructuur visueel

In figuur 3.2 hebben we de stand van zaken voor de visuele sector uitgewerkt binnen de structuur van het eindmodel.



Figuur 3.2: Stand van zaken visuele gehandicaptenzorg

3.5 Invulling eindmodel sector auditief/communicatief

Uit de analyses van de aangeleverde gegevens blijkt dat de tijdbesteding op het niveau van activiteiten, producten en profielen vooralsnog onvoldoende homogeen is. Tijdens de bespreking van de resultaten van de analyses met de sector werd de diversiteit herkend. De zorgaanbieders zijn de afgelopen jaren gestart met een uniformering in behandeltrajecten, maar dat is nog niet zichtbaar in de gegevens van 2013. Daarnaast worden verschillen in tijdbesteding voor een deel bepaald door de mate van de zintuiglijke handicap en kenmerken van de cliënt en het cliëntsysteem. Zo is bijvoorbeeld de aanwezigheid van bijkomende psychiatrische of lichamelijke problemen een reden voor verschillen in de omvang van de geleverde behandeling.

Uit de data-analyse en het overleg met de experts komt het beeld naar voren dat de omvang van de geleverde zorg als volgt samenhangt.

Dominante cliënt-kenmerken		Cliënt-profiel	Bijkomende problemen (ja of nee)	Systeem-kenmerken		Behandel-traject
Dominante stoornis CI Leeftijd Bijkomende VG problematiek DB-verlies Vroeg-/laat-verworven	Beslisboom 1	1 - 19	Lichamelijk Psychiatrisch Moeilijk lerend ASS Psychogeriatric Tinnitus Ménière Hyperacusis Visuele beperking	Opleidings-niveau moeder Gezinsamen-stelling Plaats in de kinderrij Meertaligheid	Beslisboom 2	Diagnostiek/ MDO Individuele behandeling Groeps-behandeling

Schema 3.1. Opbouw prestatiestructuur auditief en/of communicatief

Beslisboom 1 is al uitgewerkt. Beslisboom 2 moet binnen de sector nog nader worden ontwikkeld; mogelijk leidt dat tot aanpassingen in de lijst van bijkomende problemen en systeemkenmerken die momenteel worden gehanteerd (niet elk bijkomend probleem/systeemkenmerk is voor elk cliëntprofiel relevant en wellicht zijn er nog andere relevante bijkomende problemen en systeemkenmerken). De behandeltrajecten worden samengesteld op basis van een combinatie van verschillende activiteiten (zoals diagnostiek, individuele behandeling en groepsbehandeling) en de omvang van deze activiteiten. De uitwerking van de behandeltrajecten is gekoppeld aan de cliëntprofielen waarbij het aantal behandeltrajecten kleiner zal zijn dan het aantal cliëntprofielen. De behandeltrajecten worden de nieuwe prestaties.

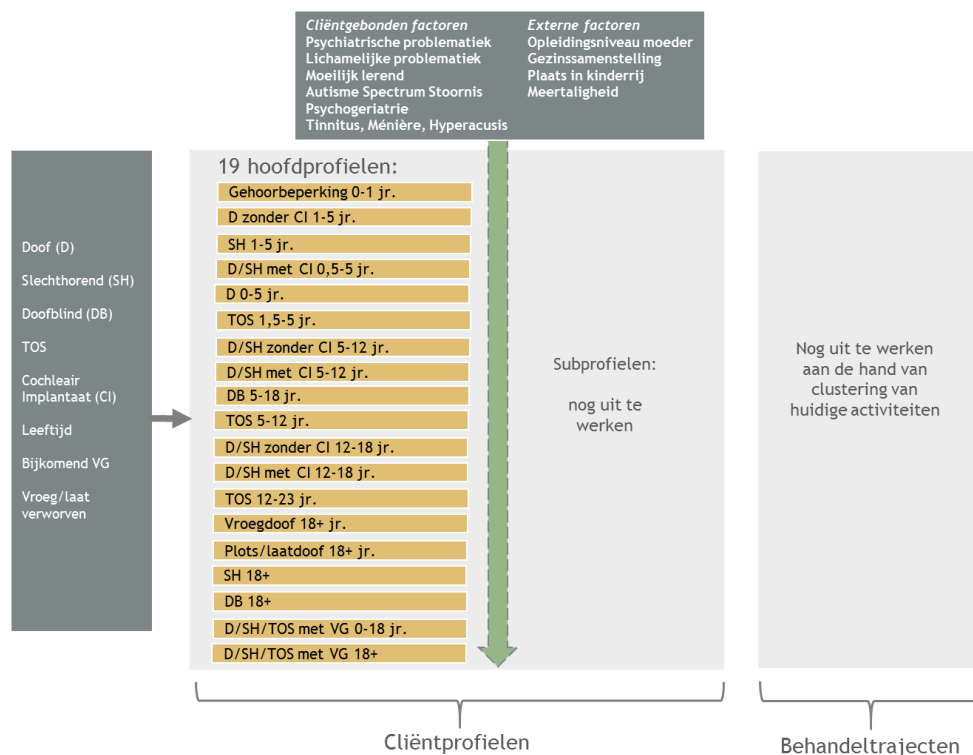
De zorgaanbieders hebben aangegeven dat het voor hen mogelijk is om per profiel behandeltrajecten te formuleren met eventuele varianten naar intensiteit. Vanwege de bestaande diversiteit in de praktijk is nog wel tijd nodig voor doorontwikkeling om te komen tot behandeltrajecten die ook kunnen worden gebruikt voor een nieuwe bekostigingsstructuur. De beoordeling op deze structuur hebben we in tabel 3.2 weergegeven.

Aspecten	Beoordeling
<i>Hanteerbaarheid</i>	Het aantal prestaties is nog niet vast te stellen, omdat niet helder is welke behandeltrajecten er gaan komen. Door prestaties te maken van veelvoorkomende combinaties van activiteiten kan het aantal prestaties hanteerbaar worden gehouden (naar verwachting minder dan 20). Als gevolg van een grote diversiteit in cliënten en zorg kunnen de aantallen cliënten voor bepaalde prestaties klein zijn. In afstemming met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten moet het optimale aantal prestaties worden bepaald, waarbij ook sprake is van een goede herkenbaarheid en homogeniteit.
<i>Herkenbaarheid</i>	De behandeltrajecten en de producten waaruit de trajecten zijn opgebouwd, zijn voor zorgaanbieders inhoudelijk herkenbaar, voor zorgverzekeraars bruikbaar voor onderhandelingen en voor cliënten begrijpelijk.
<i>Homogeniteit</i>	De vereiste homogeniteit is niet aanwezig. De te ontwikkelen richtlijnen/zorgpaden en nieuwe systematiek zal normstellend zijn en daardoor sturend worden zodat meer homogeniteit ontstaat.
<i>Volledigheid</i>	De sector geeft aan met de combinatie van cliënt- en behandelprofielen een volledig programma aan behandeling te kunnen bieden. Door hierbij objectieve criteria te hanteren voor het indelen in prestaties is het controleerbaar voor zorgverzekeraars. Daarnaast kunnen eventueel nieuwe producten binnen de behandeltrajecten worden opgenomen. Indien gewenst kunnen nieuwe activiteiten en innovaties worden ondergebracht binnen de behandeltrajecten. In het uitzonderlijke geval kan een nieuw behandeltraject worden ontwikkeld. Hiermee is de systematiek toekomstbestendig.
<i>Stabiliteit</i>	
<i>Handhaafbaarheid</i>	
<i>Administratieve lasten</i>	De impact van de nieuwe prestaties op de administratieve lasten van zorgaanbieders is naar verwachting klein, omdat de registratiesystematiek die nu binnen SIAC-verband wordt gehanteerd (cliëntprofielen en activiteiten) een goed vertrekpunt is voor de benodigde registraties in het eindmodel. De declaratie aan de zorgverzekeraar wordt wel uitgebreider, omdat men nu slechts op basis van twee

Aspecten	Beoordeling
	prestaties declareert. Het declaratiebericht en het administratieve systeem moet daarop nog worden ingericht.
<i>Transparantie</i>	De nieuwe prestaties bevatten een duidelijke en inhoudelijke omschrijving van een behandeltraject in relatie tot een cliëntprofiel. Deze moeten nog worden ontwikkeld, zodat voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten transparant is waaruit een prestatie bestaat.
<i>Declaratie</i>	Elke nieuwe prestatie wordt gedeclareerd, via een nieuwe declaratie-standaard. Afhankelijk van de afspraken die partijen maken is het mogelijk om de geleverde zorg per maand, kwartaal of traject te declareren.
<i>Cliëntvolgend</i>	De prestatie kan op naam van de cliënt in rekening worden gebracht.
<i>Doelmatigheid</i>	In de behandeltrajecten wordt de te leveren omvang van zorg genormeerd en in de tarieven kan een productiviteitsnorm worden opgenomen.
<i>Beheersing</i>	Zorgverzekeraars kunnen productieafspraken maken over het aantal te leveren prestaties, eventueel verbijzonderd naar cliëntprofielen.

Tabel 3.2: Beoordeling prestatiestructuur auditief en/of communicatief

In figuur 3.3 hebben we de stand van zaken voor de auditieve - /communicatieve sector uitgewerkt binnen de structuur van het eindmodel.



Figuur 3.3: Stand van zaken auditieve/communicatieve gehandicaptenzorg

3.6 Ontwikkeltraject

Uit het voorgaande blijkt dat voor zowel de visuele als auditieve/communicatieve sector ontwikkelingen in gang zijn gezet die passen binnen het eindmodel. De zorgaanbieders zijn reeds binnen het traject Verbindend Vernieuwen bezig om meer transparantie te brengen in de relatie tussen cliëntprofielen en behandeltrajecten (aard en inhoud van zorg). Om te komen tot een nieuwe bekostigingsstructuur voor de ZG-zorg adviseren wij om aan te sluiten op deze ontwikkelingen. Gezien onder andere het ontbreken van homogeniteit is het niet mogelijk om per 2016 een geheel nieuwe bekostigingsstructuur in te voeren. Daarom stellen wij voor dat de zorgaanbieders samen met de zorgverzekeraars onder regie van een derde partij een ontwikkeltraject doorlopen dat uitmondt in uniformering van de zorgverlening. We constateren commitment bij zowel de aanbieders als de zorgverzekeraars om via een dergelijk traject aan de slag te gaan binnen een gezamenlijk vastgestelde haalbare planning (zie verder voor een voorstel voor deze planning).

Onderdeel van dit traject is het definiëren en normeren van de aard en omvang van elk behandeltraject, gekoppeld aan cliëntprofielen op basis van data en het oordeel van experts. Vanwege het ontbreken van een onafhankelijke wetenschappelijke vereniging betekent dit dat de professionals uit de verschillende zorgaanbieders met elkaar zorgprogramma's/richtlijnen dienen op te stellen (en/of gebruik te maken van richtlijnen uit het buitenland). Om dit te realiseren is het noodzakelijk dat de partijen concrete afspraken maken over een ontwikkelpad en werkwijze waarop het normeren plaatsvindt. Daarbij dienen de partijen te verklaren dat ze zich commiteren aan de uitkomsten die volgens die werkwijze tot stand komen.

In het eerder genoemde vertrouwelijke rapport is een ontwikkelagenda opgenomen waarin per subsector is aangegeven welke stappen per kwartaal moeten worden gezet om op basis van een combinatie van een expertbenadering en gegevensverzameling de bekostiging conform het eindmodel in te kunnen voeren met ingang van 2018. Bij deze planning is zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen en mogelijkheden die door de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en NZa zijn aangegeven.

Zorgaanbieders hebben aangegeven volgens deze agenda het eindmodel te kunnen ontwikkelen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven mogelijkheden te zien om tijdswinst te behalen (door meer uit te gaan van een expertbenadering) en dat het mogelijk moet zijn om het eindmodel met ingang van 2017 in te kunnen voeren. Om zo snel mogelijk te komen tot een ontwikkelagenda die wordt gedragen door alle partijen, adviseren we om zo spoedig mogelijk met elkaar in gesprek te gaan over deze agenda en te komen tot een aanscherping en implementatie van deze agenda.

Tot het moment van invoering van het eindmodel adviseren we om te werken met een bekostiging op basis van de huidige prestaties aangevuld met nadere declaratievoorwaarden. Door een aanpassing van de declaratiestandaard krijgen zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2016 inzicht in de profielen van de cliënten aan wie de aanbieders ZG-zorg leveren, de aard en omvang van de componenten van de behandeltrajecten die de cliënten ontvangen en de outcome van die behandeling. Het betreft informatie over de diverse onderdelen van het eindmodel.

Het tussenmodel maakt het mogelijk, dat:

- het volume gedurende de ontwikkeling van het eindmodel wordt beheerst op basis van de huidige prestaties;
- de huidige tarieven kunnen worden geactualiseerd op basis van de uitkomsten van het kostenonderzoek dat in maart 2015 beschikbaar komt;
- partijen blijven opereren binnen de bestaande declaratiestandaard, die wordt uitgebreid met aspecten die in het kader van het eindmodel relevant zijn, zoals cliëntprofielen, behandeltrajecten en outcome;
- met de aangepaste declaratiestandaard een prikkel wordt ingebouwd om snel en compleet te registreren in cliëntprofielen, behandeltrajecten en outcome (waarbij zorgverzekeraars eventueel sancties kunnen opleggen aan zorgaanbieders die in gebreke blijven bij de aanlevering van gegevens);
- inzicht wordt verkregen in de verschillen tussen het huidige en het nieuwe systeem, wat ten goede komt aan een zorgvuldige overgang;
- zorgverzekeraars vanuit het systeem inzicht opbouwen in de eigen schadelast in de nieuwe termen hetgeen een snellere overstap naar individuele inkoop door zorgverzekeraars mogelijk maakt.

4. Kostprijzen ZG-zorg

4.1 Controle kostprijsgegevens

Alle zorgaanbieders hebben diverse gegevens volgens een vast format aangeleverd (zie bijlage 4). Vervolgens hebben we de aangeleverde kostprijsgegevens gecontroleerd om inconsistenties en/of onjuistheden in de gegevens vast te stellen. Dit heeft bij alle zorgaanbieders geleid tot één of meerdere terugkoppelingen waarna de aanbieders de gegevens zelf hebben gecorrigeerd en/of verklaringen hebben gegeven voor de geconstateerde punten. Omdat het onderzoek tot doel heeft inzicht te bieden in de kostprijzen van de betreffende concerns, heeft bureau HHM slechts op aangeven van zorgaanbieders nieuwe gegevens overgenomen.

Deze paragraaf geeft op hoofdlijnen een beschrijving van het controleproces. De gedetailleerde e-mailwisseling met de zorgaanbieders over de controle is in een afzonderlijke vertrouwelijke rapportage (met kenmerk PB/15/0369/nbzg) aan de NZa beschikbaar gesteld. Hierin is per zorgaanbieder te lezen welke punten uit de controles door bureau HHM zijn gemeld aan de zorgaanbieders en tot welke aanpassingen en verklaringen van de zorgaanbieders dit heeft geleid. We hebben gegevens ontvangen van alle 13 concerns die ZG-zorg leveren. In dat opzicht geven de gegevens op voorhand een volledig en representatief beeld van de sector.

De volgende controles zijn uitgevoerd om de juistheid van de aangeleverde kostprijsgegevens te valideren. Daarbij is gewerkt met een grenswaarde van 2,5%. Sommige gegevens konden de aanbieders niet ontlenen aan hun eigen registraties (bijvoorbeeld bij het toerekenen van medewerkers en kosten aan de ZG-zorg). In die gevallen hebben we gewerkt met een grenswaarde van 5%.

- *Aansluiting met jaarverslag 2013*
De totale kosten van de zorg moeten aansluiten op de kosten uit de resultatenrekening uit het jaarverslag over 2013.
Actie: Wanneer sprake is van een substantiële afwijking (> 2,5%) hebben we navraag gedaan bij de zorgaanbieder voor een verklaring en/of correctie van gegevens.
- *Overeenstemming tussen declarabele tijd en geproduceerde tijd*
De opgegeven declarabele tijd van de formatie direct uitvoerenden moet in overeenstemming zijn met het geproduceerde volume van uren zorg. Concreet betekent dit dat het aantal fte direct uitvoerenden x het percentage declarabele / productieve tijd moet rijmen met het aantal geleverde uren ZG-zorg.
Actie: Wanneer sprake is van een substantiële afwijking (> 5%) hebben we navraag gedaan bij de zorgaanbieder voor een verklaring en/of correctie van gegevens. In een aantal gevallen heeft dit geleid tot het corrigeren van de formatie direct uitvoerenden. In de andere gevallen waren zorgaanbieders niet in staat de exacte omvang te bepalen van de formatie die ZG-zorg levert. De medewerkers leveren namelijk gedurende de dag veelal zorg ten laste van verschillende bekostigingsregimes (AWBZ, Wmo, Zvw), en het aantal uren per dag varieert gedurende een week en gedurende het jaar. Omdat dit niet exact wordt geregistreerd hadden zorgaanbieders moeite met het precies bepalen van het aantal fte direct uitvoerenden. Bij de aanbieders die substantiële afwijking niet konden corrigeren hebben we geverifieerd of de opgegeven mix van de uitvoerend medewerkers een goede afspiegeling is van de medewerkers die ZG-zorg leveren. De aanbieders hebben bevestigd zich te herkennen in de door hen opgegeven mix.

- *Samenstelling formatie direct uitvoerende medewerkers*

De formatie direct uitvoerende medewerkers moet geen leidinggevende en/of overheadpersoneel bevatten.

Actie: Wanneer de naam van de medewerkerfunctie suggereerde dat het niet een direct uitvoerend medewerker betrof hebben we navraag gedaan bij de zorgaanbieder voor een verklaring en/of correctie van gegevens. Veelal heeft dit geleid tot een correctie van de gegevens. Zo zijn bijvoorbeeld de directeur zorg, enkele bureaumedewerkers en het secretariaat niet langer als direct uitvoerende aangemerkt, maar toegevoegd aan de kosten van de overhead.

- *Aansluiting berekende kostprijs met het maximumtarief*

De kostprijs die berekend is door de totale kosten van de ZG-zorg (exclusief expertisecosten) te delen door het aantal geproduceerde uren behandeling is naar verwachting lager of gelijk aan het in 2013 geldende maximale tarief (ervan uitgaande dat zorgaanbieders zorg leveren waarvan de kostprijs niet hoger is dan het tarief dat ze er voor krijgen).

Actie: Wanneer de kostprijs hoger was dan het tarief hebben we navraag gedaan bij de zorgaanbieder voor een verklaring en/of correctie van gegevens. Dit heeft in veel gevallen geleid tot een correctie van de kosten voor de ZG-zorg.

- *Controle op toerekening kosten*

De procentuele verdeling van de kosten over de kostenrubrieken voor de ZG-zorg is vergeleken met de verdeling van de kosten over de kostenrubrieken voor de totale zorg. Beide verdelingen moeten ongeveer overeenkomen, tenzij er gegronde redenen zijn voor een afwijkende verdeling. Zo is het percentage dat besteed wordt aan bijvoorbeeld kapitaallasten en verblijf (voeding en hotelmatige kosten) voor de extramurale ZG-zorg in principe kleiner dan voor de totale zorg als in de totale zorg ook intramurale zorg voorkomt.

Actie: Wanneer sprake was van een gebrekkige onderbouwing van de toerekening van kosten, of wanneer er een relatief groot deel van de kosten (ten opzichte van de totale kosten in de betreffende rubriek) aan de ZG-zorg was toegerekend, hebben we navraag gedaan bij de zorgaanbieder voor een verklaring en/of correctie van gegevens. Dit heeft in veel gevallen geleid tot een correctie van de kosten voor de ZG-zorg. Door deze controle ontdekten we bijvoorbeeld dat ook de kosten voor het vervoer van cliënten naar een instelling in de opgave waren meegenomen; terwijl deze vorm van vervoer niet onder de aanspraak ZG-zorg valt. Vervolgens heeft elke zorgaanbieder op ons verzoek deze kostenpost (indien nodig) gecorrigeerd.

- *Aansluiting salariskosten formatie direct uitvoerende medewerkers*

De berekende salariskosten van de formatie direct uitvoerende medewerkers (opgegeven aantal fte * gemiddeld jaarsalaris) moet in overeenstemming zijn met de opgegeven salariskosten van de direct uitvoerende medewerkers.

Actie: Wanneer sprake is van een substantiële afwijking (> 2,5%) hebben we navraag gedaan bij de zorgaanbieder voor een verklaring en/of correctie van gegevens. In een aantal gevallen heeft dit geleid tot een correctie. In de andere gevallen waren zorgaanbieders niet in staat om de gegevens te corrigeren, omdat een aantal medewerkers naast ZG-zorg ook AWBZ/Wmo-zorg leveren en ze daardoor niet in staat zijn de exacte omvang van de formatie ZG-zorg te bepalen. In die gevallen hebben we nagevraagd of de opgegeven FWG-mix (het aantal fte per FWG-schaal) wel een goede afspiegeling is van de werkelijkheid, omdat in de kostprijsberekening via deze FWG-mix de salariskosten van een gemiddelde uitvoerende medewerker worden bepaald. De absolute omvang van het aantal fte uitvoerende medewerkers heeft dus geen

invloed op de kostprijs; die wordt gebaseerd op de FWG-mix. De betrokken aanbieders hebben aangegeven dat de door hen opgegeven FWG-mix een goede afspiegeling is van de werkelijkheid.

- *Aansluiting berekende kostprijs met totale kosten ZG-zorg*

De kostprijs die berekend is door de totale kosten van de extramurale ZG-zorg te delen door het aantal geproduceerde uren behandeling moet in overeenstemming zijn met de kostprijs die is opgebouwd op basis van het gemiddelde uur-salaris van een direct uitvoerend medewerker, vermeerderd met de opslagen voor de overige kosten.

Actie: We hebben alle aanbieders gevraagd naar dit verschil te kijken. Dit heeft bij enkele zorgaanbieder geleid tot correcties.

Uit bovenstaand validatietraject werd duidelijk dat de zorgaanbieders niet alle gevraagde gegevens exact aan kunnen leveren. Dat heeft samenvattend de volgende redenen:

- Aanbieders kunnen veelal de kosten specifiek voor het deel ZG-zorg dat nu ten laste van de Zvw komt, niet exact uit hun boekhouding over 2013 ontlelen. In 2013 hebben de zorgaanbieders gemaakte kosten voor de (vanaf 2015 Zvw- gefinancierde) ZG-zorg niet expliciet gespecificeerd. Deze kosten kwamen in 2013 net als (het overgrote deel van) de overige extramurale en intramurale zorg voor rekening van de AWBZ. Aanbieders hebben in het kader van het kostenonderzoek gebruik moeten maken van aannames (over verdeelsleutels) om te bepalen welk aandeel van de kosten voor rekening komt van de ZG-zorg. Om de kwaliteit van de gemaakte aannames te toetsen hebben we verschillende controles uitgevoerd. Zo is bijvoorbeeld gecontroleerd of de kostprijs die berekend is door de totale kosten van de ZG-zorg (exclusief expertisecosten) te delen door het aantal geproduceerde uren behandeling lager of gelijk is aan het in 2013 geldende maximale tarief. We verwachten dat aanbieders hun bedrijfsvoering zodanig hebben ingericht dat de vastgestelde tarieven in 2013 de lokaal gemaakte kosten in 2013 kunnen dekken. Op basis van deze en andere controles die in deze paragraaf zijn vermeld verwachten we dat het effect van de mogelijke foutmarge in het door de aanbieders toedelen van kosten aan de ZG-zorg op de kostprijsberekening⁶ gering is.
- De in het format gehanteerde indeling in kostenrubrieken wijkt soms af van de indeling die een zorgaanbieder zelf hanteert. Dan moeten de aanbieders de kosten zo goed mogelijk herverdelen. Daarnaast hanteren instellingen verschillende toerekeningafspraken voor bijvoorbeeld facilitaire diensten, personeelszaken en andere stafdiensten. Omdat we in de kostprijsberekening alle kosten meenemen, kan de mogelijke diversiteit in het toerekenen van kosten alleen invloed hebben op de onderlinge verdeling van de opslagpercentages; niet op de totale opslag.
- Omdat direct uitvoerend medewerkers vaak zorg leveren ten laste van meer dan één bekostigingsregime (en in niet gelijke mate gedurende het jaar), is het exact bepalen van het aantal fte dat specifiek ZG-zorg levert dat nu ten laste van de Zvw komt, voor de zorgaanbieders een lastige opgave (zie ook hierboven bij de uitgevoerde controles). Omdat we in de kostprijsberekening voor de bepaling van de salariskosten van een fte direct uitvoerende uitgaan van de ingezette mix van medewerkers, heeft het niet exact kunnen bepalen van het aantal fte geen effect op de hoogte van de berekende kostprijs. Voorwaarde is wel dat de opgegeven mix een juiste afspiegeling is van de werkelijke inzet voor ZG-zorg. Door het uitvoeren van eerder beschreven controles, weten we dat bij alle concerns aan deze voorwaarde is voldaan.

⁶ De gehanteerde methodiek van kostprijsberekening is beschreven in paragraaf 4.2

- Het aantal declarabele uren dat een direct uitvoerend medewerker per jaar kan produceren is een belangrijk onderdeel in de kostprijsberekening van een uur ZG-zorg. Het aantal declarabele uren wordt bepaald op basis van de percentages direct cliëntgebonden tijd (DCT) en indirect cliëntgebonden declarabele tijd (ICT-D). Deze percentages worden doorgaans afgeleid uit gegevens van een tijdregistratie. Van vijf zorgaanbieders hebben we een volledige tijdregistratie over 2013 ontvangen. De overige acht zorgaanbieders hebben deze percentages aangeleverd op basis van beredeneerde inschattingen. Door de hierboven beschreven controles hebben we de zorgaanbieders gestimuleerd om het aantal declarabele uren voor 2013 zo goed mogelijk in te schatten en op basis van reële verhoudingen te verdelen in DCT en ICT-D.
- Zorgaanbieders moeten de gegevens in diverse gevallen uit verschillende bron-systemen ontlelen. Daardoor sluiten bijvoorbeeld de gegevens over de salariskosten van de direct uitvoerenden niet exact aan op de opgegeven formatie maal de gemiddelde salarissen. Het effect hiervan hebben we geminimaliseerd door de diverse uitgevoerde controles.

Op grond van de controles die wij hebben uitgevoerd op de aangeleverde gegevens van alle concerns, de correcties die de concerns naar aanleiding van die controles hebben aangebracht en/of de verklaringen die ter onderbouwing van de aangeleverde gegevens zijn gegeven, kunnen we concluderen dat de definitieve gegevensaanlevering door de instellingen valide is.

Expertisefunctie

Tot slot hebben we in het kader van de controles specifiek aandacht besteed aan de expertisefunctie⁷. De ZG-expertise is sinds 2008 op twee manieren opgenomen in de bekostiging:

1. Een toeslag op het tarief.
2. Een aparte financiering voor het kennisnetwerk en voor het geven van advies aan medewerkers van andere instellingen.

Toeslag op het tarief: In het huidige tarief per uur zit een toeslag voor hogere inschaling van personeel ten opzichte van de andere gehandicaptenzorg, een toeslag voor extra deskundigheidsbevordering en voor de sector visueel een toeslag voor gebruik van braille. De kosten van deze onderdelen zijn meegenomen in de door ons berekende kostprijzen.

Aparte financiering: Dit onderdeel is geheel buiten de berekeningen gehouden, omdat de zorgaanbieders hiervoor een separate financiering (in de vorm van een subsidie) van het ministerie van VWS ontvangen (aangezien deze onderdelen niet onder de aanspraak ZG-zorg vallen).

4.2 Methodiek kostprijsberekening

De methodiek die we gebruiken voor het berekenen van de kostprijzen, maakt het mogelijk om zowel een kostprijs per prestatie voor het jaar 2016 als een kostprijs per medewerkerfunctie te bepalen. De methodiek bestaat in feite uit twee stappen, die gecombineerd een integrale kostprijs per declarabel uur ZG-zorg opleveren:

⁷ Zie pagina 16 voor de wijze waarop de kosten van expertisefunctie binnen dit onderzoek zijn opgevraagd.

- Stap 1: Bepalen van de salariskosten per declarabel uur van de direct uitvoerende medewerkers (bottom-up benadering). In deze stap maken we gebruik van gegevens over de inzet van de direct uitvoerende medewerkers.
- Stap 2: Bepalen van de opslagpercentages voor sociale lasten, leidinggevenden, overhead, kapitaallasten en dergelijke (top-down benadering). In deze stap maken we gebruik van gegevens over de kosten die gemoeid zijn met het leveren van ZG-zorg.

Voorbeeldberekening

Op de volgende pagina hebben we een fictief voorbeeld opgenomen van de bouwstenen die we gebruiken voor de berekening van een kostprijs per concern per prestatie/ medewerkerfunctie. De medewerkerfuncties, inschalingen, getallen, bedragen en percentages in dit voorbeeld zijn ter illustratie. In het voorbeeld wordt de kostprijs van een prestatie uitgewerkt, de prestatie wordt geleverd door een mix van medewerkers.

Toelichting bij stap 1: salariskosten per declarabel uur van direct uitvoerenden

Op basis van de cao gehandicapten zorg (of de cao die de aanbieder hanteert) en de door de aanbieders aangeleverde gegevens over de direct uitvoerende medewerkers, kunnen we berekenen wat de bruto salariskosten per declarabel uur zijn. Hieronder zijn de benodigde gegevens en de werkwijze nader beschreven:

- De FWG-schaal en periodiek van een medewerkerfunctie zijn aangeleverd door de zorgaanbieders (kolom 1 t/m 3 van de voorbeeldberekening).
- Het bruto maandsalaris ontleen we aan de cao die voor de betreffende zorg-aanbieder geldt; we hebben de salarisschalen per 1 juli 2013 gebruikt (kolom 4).
- Het percentage vakantietoeslag (8%) en het percentage eindejaarsuitkering (6,75%) zijn conform de cao (geldend in 2013) (kolom 5 en 6).
- Het percentage onregelmatigheidstoeslag (ORT) is aangeleverd door de zorgaanbieders (kolom 7).
- Aan de hand van de bovenstaande gegevens hebben we per medewerkerfunctie het bruto jaarsalaris per fte bepaald (kolom 8).
- De FWG-mix (het aandeel in termen van fte's van de verschillende medewerkerfuncties in de formatie) die de prestatie levert is aangeleverd door de zorgaanbieders (kolom 9).
- Met deze gegevens hebben we het bruto jaarsalaris van een gemiddelde fte ZG-zorgverlener bepaald (kolom 10) door het bruto jaarsalaris per medewerkerfunctie (kolom 8) te wegen met de FWG-mix (kolom 9).

Opbouw kostprijs ZG-zorg

Zorgaanbieder: XXX

Prestatie: YYY

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Medewerkerfunctie	FWG-schaal	Periodiek	Bruto maandsalaris	Vakantie-geld (8%)	EJU (6,75%)	ORT (0%)	Bruto jaarsalaris; inclusief vakantietoelage, EJU en ORT	FWG-mix	Aandeel in gemiddeld bruto jaarsalaris
gezinsbegeleider	50 9		€ 3.069,00	€ 245,52	€ 207,16	€ -	€ 42.260,13	30%	€ 12.678,04
logopedist	55 8		€ 3.387,00	€ 270,96	€ 228,62	€ -	€ 46.638,99	25%	€ 11.659,75
linguïst	60 6		€ 3.664,00	€ 293,12	€ 247,32	€ -	€ 50.453,28	20%	€ 10.090,66
orthopedagoog	65 6		€ 4.227,00	€ 338,16	€ 285,32	€ -	€ 58.205,79	20%	€ 11.641,16
audioloog	70 11		€ 5.625,00	€ 450,00	€ 379,69	€ -	€ 77.456,25	5%	€ 3.872,81
Gemiddeld bruto jaarsalaris per fte								100%	€ 49.942,41

Bruto tijd per fte	1878
Feestdagen, verlof en PBL	275,6
Ziekteverzuim	4,20% 78,9
Opleidingen regulier	2,90% 54,5
Netto werkbare tijd	1469,1

DCT	63,8% 937,2
ICT-Declarabel	19,2% 281,6

Productiviteit o.b.v. netto werkbare tijd	83,0%
Productiviteit o.b.v. de bruto tijd	64,9%

Bruto salariskosten per DCT + ICT-D uur ZG-zorg	€ 40,98
Bruto salariskosten per DCT uur ZG-zorg	€ 53,29

OPSLAGEN VOOR:

Sociale lasten	23,1%
Opslag leidinggevenden	5,3%

Algemene salarislasten	4,8%
Algemene materiele lasten	15,5%
Terrein- en gebouwgebonden kosten	20,5%
Overhead staf	19,0%
Opslag overhead	59,7%

Zorggebonden materiele lasten	4,2%
Verblijf en hotelmatig	0,6%
Kapitaallasten	5,9%

Integrale kostprijs per DCT + ICT uur ZG-zorg	€ 81,50
Integrale kostprijs per DCT uur ZG-zorg	€ 105,99

KOSTPRIJS UITTOESLAG	€ 24,50
-----------------------------	----------------

Figuur 4.1 Voorbeeldberekening kostprijs

Om te bepalen welk deel van de aanstellingstijd een medewerker declarabel is, hebben we twee stappen gezet:

- Eerst hebben we de netto werkbare tijd berekend. De netto werkbare tijd per fte⁸ is de bruto aanstellingstijd (1.878 uur/jaar) minus vakantieverlof (inclusief feestdagen, bijzonder verlof en PBL⁹), ziekteverzuim en opleidingen (exclusief de uren opleidingen vergoed vanuit de middelen ten behoeve van de expertisefunctie). De omvang van het vakantieverlof is grotendeels vastgelegd in de cao. De overige gegevens zijn door de zorgaanbieders aangeleverd.

⁸ Fte = fulltime equivalent.

⁹ PBL = persoonlijk budget levensfase.

- Vervolgens hebben we bepaald welk deel van de netto werkbare tijd de medewerker ook daadwerkelijk declarabel is. In het voorbeeld zijn twee varianten uitgewerkt: alleen de direct cliëntgebonden tijd is declarabel (DCT) of zowel de direct cliëntgebonden tijd als een deel van de indirect cliëntgebonden tijd is declarabel (DCT + ICT-D).¹⁰ De percentages direct cliëntgebonden tijd en declarabele indirect cliëntgebonden tijd zijn aangeleverd door de zorgaanbieders. In de berekening hebben we gecorrigeerd voor de tijd die medewerkers besteden aan de expertisefunctie.

Met deze gegevens hebben we vervolgens berekend wat het bruto jaarsalaris per declarabel uur ZG zorg is.

Toelichting stap 2: Opslagen op kostprijs per uur direct uitvoerenden

Via opslagen op dit 'uursalaristarief' van de medewerker hebben we vervolgens de kosten ter dekking van de sociale lasten, leidinggevenden, overhead, zorggebonden materiële lasten en kapitaallasten toegevoegd aan dit uurtarief. Dat levert de integrale kostprijs per declarabel uur ZG zorg.

- Het percentage sociale lasten is aangeleverd door de zorgaanbieder.
- De opslagen voor leidinggevenden, overhead, zorggebonden materiële lasten, verblijf en kapitaallasten hebben we berekend op basis van de kostengegevens die de zorgaanbieders hebben aangeleverd. In tabel 4.1 is weergegeven welke kostenrubrieken zijn opgevraagd bij de zorgaanbieders en per rubriek uit het Prismant rekeningschema aangegeven tot welke kostencategorie dit behoort. Het opslagpercentage hebben we berekend door de kosten van de betreffende kostencategorie te delen door de totale kosten van de categorie 'direct uitvoerenden'. Deze direct uitvoerenden zijn immers de medewerkers die de ZG- zorg leveren.¹¹

Rubriek	Kostensoort	Kosten gerelateerd aan ZG-zorg	kostencategorie
411	Personeel algemene en administratieve functies	€	O ¹² (overhead staf)
412	Personeel hotelfuncties	€	verblijf
4131	Management en staf patiënt- c.q. bewoner gebonden functies	€	opslag leidinggevende
4132	Personeel(medische) elektronica en revalidatietechniek	€	Direct uitvoerenden
4133	Personeel onderzoeksfuncties	€	Direct uitvoerenden
4134	Personeel behandel- en behandeling ondersteunende functies	€	Direct uitvoerenden

¹⁰ In de Zvw wordt over het algemeen gewerkt met een bekostigingssystematiek waarin alleen de DCT declarabel is. Voor de ZG-zorg geldt in 2015 dat de DCT en een deel van de ICT declarabel is.

¹¹ Via de salariskosten van de categorie 'direct uitvoerenden' leggen we de verbinding tussen stap 1 (bottom up) en stap 2 (top down) van de kostprijsmethodiek.

¹² O=overhead.

Rubriek	Kostensoort	Kosten gerelateerd aan ZG-zorg	kostencategorie
4135	Personeel psychosociale behandel en begeleidingsfuncties	€	<i>Direct uitvoerenden</i>
4136	Verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel	€	<i>Direct uitvoerenden</i>
4137	Personeel medische en sociaalwetenschappelijke functies	€	<i>Direct uitvoerenden</i>
414	Leerling verpleegkundig, - opvoedkundig, -verzorgend personeel	€	<i>Direct uitvoerenden</i>
415	Personeel terrein- en gebouw gebonden functies	€	<i>O (terrein- en gebouwen-gebonden)</i>
416	Andere vormen van honorering	€	<i>O (overhead staf)</i>
417	Stagiaires gerelateerd aan cliënt- c.q. bewonersgebonden functies	€	<i>Direct uitvoerenden</i>
417	Stagiaires gerelateerd aan overige diensten	€	<i>O (overhead staf)</i>
418	Vergoedingen voor niet in loondienst verrichte arbeid gerelateerd aan cliënt- c.q. bewonersgebonden functies	€	<i>Direct uitvoerenden</i>
418	Vergoedingen voor niet in loondienst verrichte arbeid gerelateerd aan overige diensten	€	<i>O (overhead staf)</i>
419	Suppleties en andere kosten bij arbeidsongeschiktheid	€	<i>per aanbieder afstemmen</i>
420	Loonbelasting	€	<i>Opslag sociale lasten</i>
422	Sociale kosten ¹³	€	<i>Opslag sociale lasten (direct uitvoerenden)/ opslag algemene salarislasten (niet-direct uitvoerenden)</i>
423	Andere personeelskosten	€	<i>O (alg. salarislasten)</i>
43	Kosten van voeding	€	<i>Verblijf</i>
44	Andere hotelmatige kosten	€	<i>Verblijf</i>
45	Algemene kosten	€	<i>O (algemene materiele lasten)</i>
46	Cliënt c.q. bewoner gebonden kosten	€	<i>Zorggebonden materiele lasten</i>

¹³ De sociale kosten van de direct uitvoerenden worden opgenomen in de opslag sociale lasten. De sociale kosten van de niet-direct uitvoerenden worden meegenomen in de opslag algemene salarislasten.

Rubriek	Kostensoort	Kosten gerelateerd aan ZG-zorg	kostencategorie
47	Terrein en gebouwengebonden kosten	€	<i>O (terrein- en gebouwengebonden)</i>
48	Afschrijvingskosten, interest en huur vaste activa	€	<i>kapitaallasten</i>

Tabel 4.1 Overzicht kostencategorieën

Berekening kostprijzen per prestatie

Via de hiervoor beschreven methodiek van kostprijsberekening, hebben we per zorgaanbieder een kostprijs bepaald. Om een kostprijs voor elk van de vier prestaties in 2016 te bepalen hebben we de volgende werkwijze gevolgd.

Prestatie ‘zorg in verband met een visuele beperking’

De kostprijs van deze prestatie is af te leiden uit de integrale kostprijzen van drie zorgaanbieders uit de visuele ZG-sector. Deze zorgaanbieders leveren namelijk enkel deze prestatie. We leveren dus drie kostprijzen voor deze prestatie op.

Prestaties ‘zorg in verband met een auditieve beperking’ en ‘zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS)’

Hiervoor hebben we de gegevens van de tien aanbieders binnen de auditieve/communicatieve ZG-sector gebruikt. Van deze aanbieders levert één aanbieder alleen zorg aan cliënten met een auditieve beperking, één andere aanbieder levert alleen zorg aan doofblinde cliënten. De overige acht aanbieders leveren zowel zorg aan cliënten met een auditieve beperking als aan cliënten met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS). Bij drie van deze aanbieders kunnen we een onderscheid maken tussen de FWG-mix van de zorgverleners die zorg in verband met een auditieve beperking leveren en de FWG-mix van zorgverleners die zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een TOS leveren. Op basis van deze gegevens hebben we voor deze drie aanbieders berekend wat de verschillen zijn in de kostprijzen voor een uur auditieve ZG-zorg en een uur TOS ZG-zorg.

Op deze manier zijn we in staat om voor:

- vier aanbieders een kostprijs voor de prestatie zorg in verband met een auditieve beperking op te leveren;
- drie aanbieders een kostprijs voor de prestatie zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een TOS op te leveren;
- acht aanbieders een kostprijs voor een ‘gemengde’ (auditief en TOS) prestatie op te leveren.

Prestatie ‘uittoeslag zorgverlener’

De prestatiestructuur voor de ZG-zorg in 2015 bevat ook de prestatie ‘uittoeslag zorgverlener’. Onder de ‘uittoeslag zorgverlener’ wordt verstaan de reiskosten van een zorgverlener die behandeling levert aan een patiënt.

Voor de bekostiging van de reiskosten in 2016 zijn drie opties verkend:

- Een uittoeslag op basis van reiskosten (waarbij de kosten van de reistijd integraal onderdeel zijn van het tarief voor ZG-zorg, net als in de huidige prestatiestructuur 2015).

- Een uittoeslag op basis van reiskosten plus reistijd.
- Geen aparte uittoeslag, maar een integraal tarief voor ZG-zorg waarin zowel de kosten van de reistijd als van de reis zelf in opgenomen zijn.

Berekening reiskosten

Voor het berekenen van de kostprijs van de uittoeslag zorgverlener, hebben we bij de zorgaanbieders een specificatie gevraagd van reiskosten die zijn gemaakt door behandelaars voor een behandelcontact met een cliënt voor de levering van extramurale ZG-zorg. Deze kosten hebben we in mindering gebracht op de kosten die via de opslagen in de kostprijs van reguliere prestaties worden verdisconteerd. Hiermee zijn de berekende kostprijzen voor de prestaties ‘zorg in verband met een visuele beperking’, ‘zorg in verband met een auditieve beperking’ en ‘zorg in verband met een collectieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis’ exclusief de reiskosten van de behandelaars.

De kostprijs van de prestatie ‘uittoeslag zorgverlener’ hebben we berekend door deze reiskosten te delen door het aantal geproduceerde prestaties uittoeslag (declaratiecode H321).¹⁴

Berekening reistijd

Bovenstaande kostprijsberekening voor de prestatie uittoeslag zorgverlener is enkel gebaseerd op de reiskosten en houdt geen rekening met de kosten van de reistijd van een behandelaar. Wanneer een behandelaar op bezoek gaat bij de cliënt voor het leveren van ZG zorg, zijn er naast de kosten van het reizen zelf (kilometervergoeding/ treinkaartje) ook nog kosten gemoeid met de reistijd van de behandelaar. Om de kosten van deze reistijd te bepalen zijn we als volgt te werk gegaan.

Van vijf zorgaanbieders hebben we gegevens over de gemiddelde duur van een reis en over de FWG-mix van de medewerkers die op bezoek gaan bij cliënten. Met deze gegevens kunnen we per zorgaanbieder berekenen wat de kosten van het reizen zijn (gemiddelde reistijd * de kostprijs per declarabel uur van de betrokken medewerkers). Op deze manier hebben we berekend wat de kosten zijn van de reistijd per uittoeslag.

De reistijd van een behandelaar voor een bezoek bij een cliënt is in de prestatiestructuur voor 2015 niet apart declarabel, maar is opgenomen in het tarief van de prestaties van auditief, visueel en TOS. Door het opnemen van de reistijd in de prestatie uittoeslag zorgverlener, wordt de reistijd declarabel via de prestatie uittoeslag. Dat heeft tot gevolg dat het aantal declarabele uren per jaar stijgt; daarmee stijgt de productiviteit en dat heeft tot gevolg dat de kostprijs van een uur ZG-zorg daalt. We illustreren dit aan de hand van een fictief voorbeeld (zie figuur 4.2). In dit voorbeeld gaan we ervan uit dat, door het declarabel maken van de reistijd, het aantal uren ICT-D stijgt van 281,6 naar 300,8 uur per fte per jaar; daarnaast veronderstellen we in dit voorbeeld dat de berekende gemiddelde reistijd per uittoeslag 0,35 uur is.

¹⁴ In de voorbeeldberekening in figuur 4.2 is ook de kostprijs van de prestatie “uittoeslag zorgverlener” opgenomen.

Opbouw kostprijs ZG-zorg met declarabele reistijd

Zorgaanbieder: XXX

Prestatie: YYY

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Medewerkerfunctie	FWG-schaal	Periodiek	Bruto maandsalaris	Vakantie-geld (8%)	EJU (6,75%)	ORT (0%)	Bruto jaarsalaris; inclusief vakantietoelage, EJU en ORT	FWG-mix	Aandeel in gemiddeld bruto jaarsalaris
gezinsbegeleider	50 9		€ 3.069,00	€ 245,52	€ 207,16	€ -	€ 42.260,13	30%	€ 12.678,04
logopedist	55 8		€ 3.387,00	€ 270,96	€ 228,62	€ -	€ 46.638,99	25%	€ 11.659,75
linguist	60 6		€ 3.664,00	€ 293,12	€ 247,32	€ -	€ 50.453,28	20%	€ 10.090,66
orthopedagoog	65 6		€ 4.227,00	€ 338,16	€ 285,32	€ -	€ 58.205,79	20%	€ 11.641,16
audioloog	70 11		€ 5.625,00	€ 450,00	€ 379,69	€ -	€ 77.456,25	5%	€ 3.872,81
Gemiddeld bruto jaarsalaris per fte								100%	€ 49.942,41

Bruto tijd per fte	1878
Feestdagen, verlof en PBL	275,6
Ziekteverzuim	4,20% 78,9
Opleidingen regulier	2,90% 54,5
Netto werkbare tijd	1469,1
DCT	63,8% 937,2
ICT-Declarabel na correctie reistijd	20,5% 300,8
Productiviteit o.b.v. netto werkbare tijd	84,3%
Productiviteit o.b.v. de bruto tijd	65,9%

Bruto salariskosten per DCT + ICT-D uur ZG-zorg	€ 40,34
Bruto salariskosten per DCT uur ZG-zorg	€ 53,29

OPSLAGEN VOOR:	
Sociale lasten	23,1%
Opslag leidinggevenden	5,3%
Algemene salarislasten	4,8%
Algemene materiele lasten	15,5%
Terrein- en gebouwengebonden kosten	20,5%
Overhead staf	19,0%
Opslag overhead	59,7%
Zorggebonden materiele lasten	4,2%
Verblijf en hotelmatig	0,6%
Kapitaallasten	5,9%

Integrale kostprijs per DCT + ICT uur ZG-zorg	€ 80,23
Integrale kostprijs per DCT uur ZG-zorg	€ 105,99

KOSTPRIJS UITTOESLAG	€ 24,50
----------------------	---------

gemiddelde reisduur (uur)	0,35
kosten reistijd per uittoeslag DCT +ICT	€ 28,08
kosten reistijd per uittoeslag DCT	€ 37,10

Figuur 4.2 Voorbeeldberekening met declarabele reistijd

Door deze aanpassingen in de voorbeeldberekening stijgt het productiviteitspercentage op basis van de bruto tijd van 64,9% naar 65,9%. Daardoor daalt de integrale kostprijs per DCT + ICT-D uur ZG zorg van € 81,50 naar € 80,23. De kostprijs van de uittoeslag (exclusief kosten reistijd) is in dit voorbeeld € 24,50. Wanneer ook de kosten van de reistijd (DCT+ICT-D) worden meegenomen in de prestatie, wordt de kostprijs (€ 24,50 + € 28,08 =) € 52,58.

Deze aanpassingen hebben geen consequenties voor de totale kosten van de instelling. In tabel 4.2 hebben we de totale kosten berekend voor de twee varianten. Stel, er wordt

10.000 uur ZG zorg geleverd en 450 keer een uittoeslag, dan zijn de totale kosten voor de instelling in beide gevallen gelijk (NB: in het voorbeeld is gerekend met kostprijzen met meer dan twee decimalen).

Prestatie	Aantal	Kostprijs (DCT+ICT-D)	Kosten
Uren ZG-zorg	10.000	€ 81,50	€ 814.986
Uittoeslag	450	€ 24,50	€ 11.025
Totaal			€ 826.011
Uren ZG-zorg	10.000	€ 80,23 (reistijd declarabel)	€ 802.349
Uittoeslag incl. reistijd	450	(€ 24,50 + € 28,08=) € 52,58	€ 23.662
Totaal			€ 826.011

Tabel 4.2 Totale kosten bij twee varianten van bekostigen reistijd.

Op deze wijze hebben we voor vijf zorgaanbieders berekend wat de kostprijs is voor de prestatie uittoeslag zorgverlener inclusief vergoeding voor de reistijd, en wat het effect daarvan is op de kostprijs van een uur ZG zorg van de prestaties auditief, TOS en visueel voor deze vijf zorgaanbieders. Voor de andere zorgaanbieders hebben we dit niet kunnen berekenen omdat we hiervan geen gegevens over de gemiddelde reisduur hebben.

In de klankbordgroep was voorgesteld om na te gaan of het mogelijk was om onderscheid te maken tussen de kosten van een uur individuele ZG-zorg en de kosten van een uur ZG-zorg in groepsverband. Binnen de klankbordgroep verwacht men namelijk dat de FWG-mix en de verhouding declarabele versus niet-declarabele tijd per zorgvorm verschillen. Op basis van de beschikbare gegevens is deze analyse echter niet mogelijk. Zowel medewerkers als cliënten bieden/ontvangen namelijk zowel individuele als groepscontacten. Hierdoor is het niet mogelijk een FWG-mix te bepalen van medewerkers die bijvoorbeeld alleen groepscontacten leveren.

4.3 Resultaten kostprijsberekening

In deze paragraaf beschrijven we op hoofdlijnen de resultaten van de kostprijs-berekeningen. De berekende kostprijzen zijn in het voorliggend rapport niet opgenomen gezien het vertrouwelijk karakter van deze gegevens. Om een indruk te geven van de concrete resultaten hebben we in bijlage 5 per bouwsteen de minimum en maximum waarde opgenomen.

In het kader van het onderzoek naar kostprijzen hebben alle 13 ZG-zorgaanbieders gegevens aangeleverd met de methodiek die in hoofdstuk 2 is beschreven. Uit de kostprijsberekeningen blijkt dat (de opbouw van) de kostprijzen op een aantal punten verschilt tussen de zorgaanbieders. Deze verschillen hebben we voorgelegd aan en besproken met de leden van de klankbordgroep. Hieronder geven we een toelichting op de geconstateerde verschillen.

1. Het gemiddeld bruto jaarsalaris per (direct uitvoerend) fte varieert enigszins per concern. Een belangrijke oorzaak voor deze variatie zijn de verschillen tussen concerns in de mix van 'typen' direct uitvoerende medewerkers (FWG-mix). Als

verklaring hiervoor geven de aanbieders aan dat het verschil in FWG-mix tussen zorgaanbieders voor het grootste deel een gevolg is van een verschil in cliëntenpopulatie. Dit wordt bevestigd door de resultaten van het eerste onderzoek waaruit bijvoorbeeld voor de auditieve sector blijkt dat de FWG-mix per cliëntprofiel verschilt en niet alle zorgaanbieders zorg verlenen aan alle soorten cliëntprofielen. Daarnaast zou het verschil in FWG-mix voor een deel verklaard kunnen worden door een verschil in behandelvisie tussen concerns/ professionals.

2. Het percentage direct cliëntgebonden tijd (DCT) ligt voor de concerns tussen de 31-55%, het percentage indirect cliëntgebonden tijd declarabel (ICT-D) tussen de 4-22% en voor DCT en ICT-D tezamen tussen de 50% en 60% ten opzichte van de totaal bruto beschikbare tijd (met enkele uitschieters naar boven (72%) en beneden (34%)). Als we dit vergelijken met andere sectoren zoals de basis GGZ (59% DCT+ICT-D), ZZP's (55% DCT) en logopedie (56% DCT) dan liggen deze percentages niet voor alle concerns op een vergelijkbaar niveau. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat het aandeel van DCT en ICT-D afzonderlijk sterk verschilt tussen de concerns. Dit valt samen met verschillen in cliëntenpopulatie tussen de concerns. Uit deelonderzoek 1 bleek bijvoorbeeld dat in de visuele sector - afhankelijk van de vraag van de cliënt - een passend traject wordt geleverd. Voor de ene groep cliënten betekent dit dat er alleen een intake en onderzoek plaatsvindt (en daarmee de vraag van de cliënt is beantwoord) terwijl een andere groep cliënten aanvullend ook nog een training krijgt. Uit het eerste onderzoek bleek dat de verdeling over de trajecten verschilt tussen de concerns. Bepaalde concerns behandelen relatief veel cliënten waarbij veel tijd wordt besteed aan diagnostiek en het uitvoeren van testen zodat heel specifiek de behandeling kan worden vastgesteld. Voor deze cliënten wordt relatief veel ICT-D besteed (zoals informatieverzameling, multidisciplinair overleg en uitwerking van testresultaten), die leidt tot diagnostiek met een behandeling op maat, waaraan relatief weinig DCT wordt besteed.
3. Uit de resultaten blijkt dat tussen de concerns grote verschillen bestaan in de hoogte van de opslagen (met name voor overhead, dat percentage varieert van 25% - 164%). Ter vergelijking: het overheadpercentage bij de ZG-ZZP's is 48%. Aanbieders geven aan dat dit samenhangt met het feit dat aanbieders die relatief veel kort doorlopende traject bieden, relatief veel tijd moeten besteden aan dossiervorming.
4. Bij een aantal concerns is de opslag voor kapitaallasten hoog (tussen de 24% en 30%). Als reden hiervoor geven deze concerns aan dat huisvestingslasten hoger liggen omdat zij - om de reistijd voor patiënten beperkt te houden - veel locaties verspreid over het land hebben. Verder zijn binnen het kostenonderzoek ook verblijfskosten opgevoerd. Er is aanvullend onderzoek nodig om na te gaan of deze verblijfskosten onder de aanspraak van ZG-zorg vallen en hiermee onderdeel moeten zijn van het door de NZa vast te stellen tarief.
5. De uittoeslag voor de prestaties van 2015 bevat alleen een kilometervergoeding. Uit het overzicht blijkt dat er variatie is in de hoogte van de reiskosten. Aanbieders geven aan dat de belangrijkste reden hiervan de verschillen zijn in de gemiddelde afstand die wordt gereisd.

Wij stellen voor om voor 2016 het tarief voor de uittoeslag zorgverlener te berekenen

op basis van een kilometervergoeding (reiskosten) en een vergoeding voor de reistijd. Hierdoor dekt het tarief beter de werkelijke kosten van het reizen naar de cliënt en doet de declaratie recht aan concerns/professionals die veel reizen. Momenteel zitten deze kosten ‘verstopt’ in het tarief van een uur ZG-zorg. Hiermee krijgen de zorgverzekeraars zicht op de totale kosten van het reizen. Omdat de uittoeslag op cliëntniveau wordt gedeclareerd, krijgt de zorgverzekeraar inzicht in voor welke cliënten er wordt gereisd.

Op basis van de gegevens van vijf zorgaanbieders hebben we inzicht verkregen in de reistijd en de kosten gemoeid met deze reistijd. De gemiddelde reisduur bij een uittoeslag zorgverlener in de auditieve/communicatieve sector varieert tussen 0,83 en 0,94 uur. De kosten gemoeid met deze reistijd variëren tussen € 83,16 en € 84,92, uitgaande van een tarief met als declarabele eenheid DCT + ICT-D.

Binnen de visuele sector varieert de reisduur tussen 0,58 en 0,59 uur per uittoeslag. De daarmee gemoeide kosten variëren tussen € 68,48 en € 69,29.

Het declarabel maken van de reistijd via de prestatie uittoeslag leidt tot lagere kostprijzen voor de drie ZG-zorg prestaties. In de auditieve/communicatieve sector dalen de kostprijzen met 3,6% tot 8,0%, uitgaande van een tarief met als declarabele eenheid DCT + ICT-D. Binnen de visuele sector is deze daling 8,6% tot 10,4%.

6. Van drie concerns in de auditieve sector hebben we gegevens ontvangen waarmee het mogelijk is een onderscheid te maken tussen kostprijzen voor de ZG-zorg aan cliënten met auditieve beperkingen en ZG-zorg cliënten met een taalontwikkelingsstoornis (TOS). De resultaten van die berekeningen zijn als volgt:

Kostprijs ongedeeld	Kostprijs TOS	Kostprijs AUD
100%	97,0%	100,2%

Tabel 4.3 Gemiddelde kostprijzen TOS en AUD ten opzichte van de ongedeelde kostprijs

Uit tabel 4.3 blijkt dat de kostprijzen voor ZG-zorg aan cliënten met TOS gemiddeld 3% lager zijn dan de gemiddelde ongedeelde kostprijzen van deze concerns en voor auditieve beperkingen 0,2 hoger. Gezien de relatief kleine verschillen tussen de kostprijzen van TOS en auditief en gezien de berekening gebaseerd is op drie concerns, stellen we voor om per 2016 niet te werken met een gedifferentieerd kostprijs (en tarief) voor TOS en auditief.

Op basis van de resultaten van de kostprijsberekening en de inbreng die daarop is gegeven door de leden van de klankbordgroep, adviseren we de NZa om de volgende uitgangspunten mee te nemen bij de tariefbepaling van de prestaties voor 2016:

- Hanteer de volgende prestaties:
 - zorg in verband met een visuele beperking;
 - zorg in verband met een auditieve beperking;
 - zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis;
 - uittoeslag zorgverlener.
- Bereken een tarief op basis van de DCT en ICT-D gezamenlijk (declarabele eenheid). Wanneer met deze declarabele eenheid wordt gewerkt, zijn de verschillen in

productiviteit tussen de instellingen kleiner dan bij een tarief op basis van alleen de DCT (wat leidt tot kleinere verschillen in kostprijzen tussen de instellingen). De effecten van een eventuele herallocatie van kosten tussen instellingen naar aanleiding van aangepaste tarieven zullen daardoor beperkt blijven.

- We stellen voor om voor de prestaties van 2016 geen onderscheid te maken in de tarieven voor auditieve zorg en communicatieve zorg (TOS). De redenen hiervoor zijn de relatief kleine verschillen tussen de kostprijzen voor deze twee vormen van zorg en het feit dat deze kostprijzen zijn gebaseerd op gegevens van slechts drie zorgaanbieders.
- Bereken het tarief voor de uittoeslag op basis van een kilometervergoeding inclusief een vergoeding voor de reistijd. Hierdoor dekt het tarief beter de werkelijke kosten van het reizen naar de cliënt en doet de declaratie recht aan concerns/professionals die veel reizen. Omdat we voor de kostprijsberekening van de reistijd gegevens van slechts vijf zorgaanbieders ter beschikking hadden, adviseren we aanvullend onderzoek om tot een representatieve uittoeslag te komen.

Bijlage 1. Afbakening extramurale ZG behandeling onder de Zvw

De nieuwe prestatie- en tariefstructuur voor de extramurale ZG-zorg geldt alleen voor die zorg die onder de Zvw past. Daarom is het van belang om precies te weten welke zorg wel en welke zorg niet onder de Zvw past.

1. Algemene afbakening

Het Zorginstituut heeft op 25 juni 2013 een advies uitgebracht, waarbij zij aangeeft welke onderdelen van de ZG-zorg past onder de Zvw. Zij hanteert daarbij de volgende indeling in categorieën, waarbij de eerste drie passen in de Zvw en de vierde categorie tot het domein van de Wmo behoort:

- Diagnostisch onderzoek
- Zorg gericht op het psychisch leren omgaan met de ZG-beperking
- Zorg gericht op het opheffen of compenseren van de ZG-beperking
- Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren

Expertisefunctie

De expertisefunctie wordt momenteel op verschillende manieren bekostigd. Zorginstituut Nederland heeft een uitspraak gedaan over de vraag welke expertiseactiviteiten onder de Zvw ZG aanspraak vallen.

2. Specifieke afbakening visueel beperkten

In VIVIS-verband wordt gewerkt met een aantal profielen. Het Zorginstituut heeft uitspraak gedaan over de acht profielen binnen de visuele sector:

- Profiel 0: Informatie, advies en voorlichting: dit profiel is onderdeel van de expertisefunctie en valt onder het instellingsbesluit.
- 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: Diagnostiek en Consultatie/Borging: dit profiel is deels onderdeel van de expertisefunctie (instellingsbesluit). Daar waar dit aan individuele cliënten is toe te rekenen valt dit onder de Zvw

Alle trajecten voor cliënten starten met het product 'intake'.

Binnen de profielen worden verschillende producten geleverd. Op productniveau wordt het volgende onderscheid gemaakt tussen producten die wel en producten die niet onder de Zvw passen. (Gebaseerd op VIVIS productenboek 2012.)

Code producten- boek 2012	Producten Visueel onder de Zvw	Code producten-boek oktober 2014
	Intake	AI1
O1	Ziekte/aandoening	O1
A	Oogheelkundig onderzoek	O1A
B	Medische diagnostiek (AVG-arts)	O1B
O2	Functies: sensorische functie	O2
A	Visueel functie onderzoek	O2A
B	Low Vision onderzoek	2a
C	Onderzoek lichtbeleving	14C
D	Elektrofysiologisch onderzoek	2D
E	Visuele screening	O2E
F	Auditieve screening	O2F
O3	Functies: mentale functie	O3
A	Psychologisch onderzoek	O3A
B	Neuropsychologisch onderzoek	O3B
C	Persoonlijkheidsonderzoek	O3C
D	Intelligentieonderzoek	O3D
E	Psychosociaal onderzoek	O3E
O4	Onderzoeken activiteiten en participatie	O4
A	Onderzoek van motoriek, houding en beweging	O4A
B	Onderzoek gebruik zintuigen	O4B
C	Onderzoek ontwikkelingsstimulering	O4C
D	Onderzoek hanteren energie	O4D
E	Onderzoek communicatie	O4E
F	Onderzoek visuele hulpmiddelen	O4F
G	Onderzoek ICT hulpmiddelen	O4G
H	Onderzoek auditieve en tactiele communicatiehulpmiddelen	O4H
I	Onderzoek oriëntatie en mobiliteit	O4I
J	Onderzoek zelfverzorging	O4J
K	Onderzoek huishouden	O4K
L	Onderzoek tussenmenselijke interacties en relaties	Niet meer aanwezig
B1	Behandeling mentale functies	B1
A	Psychologische behandeling	B1A
B	Psychosociale begeleiding	B1B

Code producten- boek 2012	Producten Visueel onder de Zvw	Code producten-boek oktober 2014
T1	Leren en toepassen van kennis	T1
A	Training gebruik zintuigen	T1A
B	Training basisvaardigheden	T1B
C	Training sensorische integratie	T1C
D	Training braille	T1D
E	Ontwikkelingsstimulering	T1E
T2	Algemene taken en eisen	T2
A	Training hanteren energie(belasting)	T2A
B	NT2 (Nederlands als tweede taal)	T2B
T3	Communicatie	T3
A	Training visuele hulpmiddelen	T3A
B	Training ICT-hulpmiddelen	T3B
C	Training typvaardigheden	T3C
D	Training computervaardigheden	T3D
E	Training auditieve en tactiele communicatiehulpmiddelen	T3E
F	Training totale communicatie	T3F
T4	Mobiliteit	T4
A	Training van motoriek, houding en beweging	T4A
B	Training oriëntatie en mobiliteit	T4B
C	Training Openbaar Vervoer	T4C
D	Training Verkeersdeelname	T4D
E	Training automobility	T4E
T5	Zelfverzorging	T5
A	Training zelfverzorging	T5A
T6	Huishouden	T6
A	Training huishouden	T6A

Producten Visueel niet onder de Zvw	
O4, M	Onderzoek vrije tijdsbesteding
O5, A	Onderzoek studiebegeleiding
O5, B	Loopbaanonderzoek
O5, C	Onderzoek verlichting en inrichting (niet persoonsgebonden)
O5, D	Onderzoek toegankelijkheid (niet persoonsgebonden)
B1, C	Pedagogische begeleiding
T7, A	Training sociale vaardigheden
T8, A	Studiebegeleiding
T8, B	Arbeidstoeleiding
T8, C	Jobcoaching
T9, A	Training vrije tijdsbesteding
T10, A	Advies bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid
T10, B	Teambegeleiding (naar Wmo)
T10, C	Advisering en consultatie aan externen (naar Wmo)
B1, A	Specialistische begeleiding (naar Wmo bij profiel 4b)

3. Specifieke afbakening auditief/communicatief beperkten

Door SIAC is een cliëntprofielen- en productenboek ontwikkeld. Hierin zijn alle cliëntgroepen die op dit moment vanuit de AWBZ zorg ontvangen transparant gemaakt. Er zijn 17 cliëntprofielen onderscheiden op basis van hun specifieke kenmerken en hulpvraag:

- Cliëntprofiel 1 Cliënt met een gehoorbeperking in de leeftijd van 0 tot 1 jaar
- Cliëntprofiel 2 Dove cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar
- Cliëntprofiel 3 Slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar
- Cliëntprofiel 4 Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 0,5 tot 5 jaar
- Cliëntprofiel 5 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 0 tot 5 jaar
- Cliëntprofiel 6 Cliënt met TOS (taal ontwikkelingsstoornis) in de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar
- Cliëntprofiel 7 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 5 tot 12 jaar
- Cliëntprofiel 8 Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 5 tot 12 jaar
- Cliëntprofiel 9 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 5 tot 18 jaar
- Cliëntprofiel 10 Cliënt met TOS in de leeftijd van 5 tot 12 jaar
- Cliëntprofiel 11 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 12 tot 18 jaar
- Cliëntprofiel 12 Dove of slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 12 tot 18 jaar
- Cliëntprofiel 13 Cliënt met TOS in de leeftijd van 12 tot 23 jaar
- Cliëntprofiel 14 Vroegdove volwassen cliënt
- Cliëntprofiel 15 Plotsdove of laatdove volwassen cliënt
- Cliëntprofiel 16 Slechthorende volwassen cliënt
- Cliëntprofiel 17 Doofblinde volwassen cliënt
- Cliëntprofiel 18 Auditief en/of communicatief en verstandelijk beperkte cliënt tot 18 jaar
- Cliëntprofiel 19 Auditief en/of communicatief en verstandelijk beperkte volwassen cliënt

Oordeel Zorginstituut:

- Op basis van de informatie die de instellingen voor mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen (incl. mensen met doofblindheid) hebben aangeleverd aan de NZa/Zorginstituut blijkt dat de zorg die wordt geboden aan kinderen en jongeren (cliëntprofielen 1 t/m 13) past onder de Zvw. Dit met uitzondering van het lotgenotencontact.
- Voor de cliëntprofielen 15 'plotsdove of laatdove volwassen cliënt' en 16 'slechthorende volwassen cliënt' geldt dat deze zorg, zoals aangeleverd in de informatie aan de NZa/Zorginstituut, ook geheel past onder de Zvw.
- Opvoedtraining aan gezinnen waarbij de ouders doof of doofblind zijn en hun kinderen veelal horend, betreft pedagogische hulp en valt daarom niet onder de Zvw. Opvoedtraining voor gezinnen met horende ouders en een doof kind, behoort tot de Zvw.
- Alleen bij cliënten die binnen de cliëntprofielen 14 'vroegdove volwassen cliënt' en 17 'doofblinde volwassen cliënt' vallen, is voor een deel van de zorg sprake van zorg die volgens het Zorginstituut niet past onder de Zvw. In de tabel hieronder is de zorg voor deze profielen nader geëxpliciteerd en door het Zorginstituut aangegeven tot welk domein deze zorg behoort.

Producten Auditief/communicatief		Doelgroepen		Stelsel	
Nu AWBZ-functie BH	Nu AWBZ-functie BG	Vroegdove volwassenen (cliëntprofiel 14)	Doofblinde volwassenen (cliëntprofiel 17)	Zvw	Wmo
Diagnostisch onderzoek		X	X	Zvw	
Psychosociale hulpverlening ingrijpend op (toenemend verlies) ZG-beperking			X	Zvw	
Aanleren nieuwe compenserende vaardigheden bij toenemend verlies van zintuigen, zoals: - Oriëntatie- en mobiliteitstraining - Brailletraining - Tactiele training - Training computer-vaardigheden - Training hanteren energie(belasting)			X	Zvw	
Communicatietraining (aanleren nieuwe vaardigheden)		X	X	Zvw	
Communicatievaardigheden onderhouden, inslijpen en leren toepassen		X	X		Wmo
Revaliderende begeleiding: - Dovenmaatschappelijk werk - Gezinsbegeleiding/opvoedtraining		X	X		Wmo

Producten Auditief/communicatief		Doelgroepen		Stelsel	
Nu AWBZ-functie BH	Nu AWBZ-functie BG	Vroegdove volwassenen (cliëntprofiel 14)	Doofblinde volwassenen (cliëntprofiel 17)	Zvw	Wmo
- Vergroten zelfredzaamheid via trainingen					
	Begeleiders-voorziening doofblinden		X		Wmo
	Begeleiding zelfstandig wonen	X	X		Wmo
	Groepsbegeleiding/dagopvang volwassenen/oudere doven	X	X		Wmo
Doventolkvoorziening		X	X		Wmo

Bijlage 2. Omschrijving relevante begrippen

Afkortingen

FTE:	full time equivalent
FWG:	Functiewaardering in de gezondheidszorg
ORT:	Onregelmatigheidstoeslag
PBL:	Persoonlijk Budget Levensfase
EJU:	Eindejaar Uitkering
DCT:	Direct cliëntgebonden tijd
ICT:	Indirect cliëntgebonden tijd
ICT-D:	Declarabele indirect cliëntgebonden tijd
NCT:	Niet cliëntgebonden tijd

DCT

Alle tijd gemoeid met het directe contact met de cliënt of een groep cliënten, in aanwezigheid van de cliënt of de groep cliënten.

ICT

Alle werkzaamheden die wel voor een individuele cliënt of een groep cliënten worden uitgevoerd maar niet in (noodzakelijke) aanwezigheid van de cliënt of groep cliënten (denk aan: voorbereiding en administratie, intern overleg over cliënten, overleg met derden ten behoeve van cliënt, reistijd van en naar cliënten, halen/aanvragen van hulpmiddelen, et cetera).

Aandachtspunten:

- Contact met het cliëntsysteem (al dan niet in aanwezigheid van de cliënt) is direct cliëntgebonden tijd.
- Een telefonisch/elektronisch/digitaal contact met de cliënt is direct cliëntgebonden tijd; als het contact over de cliënt gaat is het indirect cliëntgebonden tijd.

ICT-D

In de huidige (2015) bekostiging van de ZG-zorg is een deel van de indirect cliëntgebonden tijd declarabel. Het betreft: de tijd ten behoeve van dossieronderzoek, overleg en opstellen van rapportages en plannen met het doel te komen tot een behandelplan.

NCT

Alle werkzaamheden die niet zijn te herleiden naar individuele cliënten of een groep cliënten (denk aan: organisatieoverleg, pauzes, intervisie, productontwikkeling, niet-clientgebonden reistijd, vakliteratuur lezen, et cetera).

Bijlage 3. Prestatiebeschrijvingen in 2015

In de beleidsregel ‘Prestaties en tarieven Zintuiglijk gehandicaptenzorg’ (BR/CU-2119) zijn de prestaties binnen de zintuiglijke gehandicaptenzorg voor 2015 onderverdeeld in:

- zorg in verband met een visuele beperking
- zorg in verband met een auditieve beperking
- zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis
- uittoeslag zorgverlener

Zorg in verband met een visuele beperking

De zorg aan visueel beperkten bestaat voor een groot deel uit kortdurende extramurale trajecten en is multidisciplinair van aard. Daarbij gaat het om diagnostisch onderzoek, interventies gericht op het psychisch leren omgaan met de handicap en interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten. Diagnostisch onderzoek omvat het vaststellen van de (ernst van de) beperking en de zorgvragen die daaruit voortvloeien voor de patiënt. Op basis hiervan wordt een individueel behandelplan vastgesteld, waarvan mogelijke interventies worden besproken in een adviesgesprek met de patiënt en/of diens ouders/verzorgers of andere betrokkenen, waarna vervolgens de behandeling kan worden vastgesteld. Interventies zijn kortdurende behandelingen 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. Onder deze interventies vallen ook systeemgerichte behandelingen. Er moet een concreet en haalbaar behandelplan 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 één-op-één en in kleine groepen worden geboden. In het laatste wordt het aantal uren dat de hulpverlener werkzaam is geweest naar evenredigheid per patiënt berekend. Bij deze prestatie behoren ook dossieronderzoek, overleg en opstellen van rapportages en plannen met het doel te komen tot een behandelplan. Deze regel geldt niet indien de prestatie wordt ingezet ter uitvoering van de opgestelde plannen.

Zorg in verband met een auditieve beperking

Dit betreft multidisciplinaire zorg die bestaat uit diagnostisch onderzoek, interventies die zich richten op het psychisch omgaan met de handicap en interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten. Diagnostisch onderzoek omvat het vaststellen van de (ernst van de) beperking en de zorgvragen die daaruit voortvloeien voor de patiënt. Op basis hiervan wordt een individueel behandelplan vastgesteld, waarvan mogelijke interventies worden besproken in een adviesgesprek met de patiënt en/of diens ouders/verzorgers of andere betrokkenen, waarna vervolgens de behandeling kan worden vastgesteld. Interventies zijn kortdurende behandelingen 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. Onder deze interventies vallen ook systeemgerichte behandelingen. Er moet een concreet en haalbaar behandelplan 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 één-op-één en in kleine groepen worden geboden. In het laatste wordt het aantal uren dat de hulpverlener werkzaam is geweest naar evenredigheid per patiënt berekend. Bij deze prestatie behoren ook dossieronderzoek, overleg en

opstellen van rapportages en plannen met het doel te komen tot een behandelplan. Deze regel geldt niet indien de prestatie wordt ingezet ter uitvoering van de opgestelde plannen.

Zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis

Deze zorg wordt geleverd aan kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van drieëntwintig jaar. Onderdelen van de prestatie 'zorg in verband met een auditieve beperking' zijn ook voor deze doelgroep effectief. Deze doelgroep met ernstige spraak/taalmoeilijkheden en hun ouders wordt een behandeling aangeboden die de taalontwikkeling en sociaal-emotionele ontwikkeling stimuleert.

Uittoeslag zorgverlener

Onder uittoeslag zorgverlener worden verstaan de reiskosten van een zorgverlener die behandeling levert aan een patiënt. De uittoeslag wordt afgesproken op basis van een toeslag per contact.

Bijlage 4. Format Kostenuitvraag extramurale ZG

Accountant	
Contactpersoon	
Datum	
E-mail	
Handtekening	
Algemene gegevens aanbieder	
Naam zorgaanbieder	
Plaats	
Nza-nummer(s)	
Totale opbrengst zorg 2013 (AWBZ/Zvw/Wmo/overig, conform jaarverslag 2013)	
Contactpersoon (invuller)	
Voornaam	
Achternaam	
Functie	
Telefoonnummer	
E-mail	
Ondertekening Raad van Bestuur aanbieder	
Handtekening	
Naam	
Datum	
* Uiterlijk 23 januari 2015 dient u het ingevulde formulier elektronisch toe te zenden aan HHM. ** Uiterlijk 1 maart 2015 dient u het ingevulde formulier uitsluitend elektronisch naar de NZa toe te zenden via info@nza.nl, samen met een scan van het ondertekende voorblad en een accountantsverklaring (bij een totale omzet aan extramurale ZG-zorg in 2013 van meer dan €100.000)	

Gegevensformat uitvraag kosten extramurale ZG-zorg

Algemeen

De lichtgroen gekleurde cellen van het format moeten worden gevuld.

Tabblad productiegegevens

De gegevens die hier worden opgevraagd zijn grotendeels gelijk aan de uitvraag door de zorgverzekeraars t.b.v. inkoop 2015.

Het betreft de realisatie in uren over boekjaar 2013. Mocht het niet mogelijk zijn de realisatie te verdelen over de verschillende cliëntprofielen, dan wordt u verzocht het totaal in de grijze cel te vullen (de formule in de cel kan dan worden verwijderd).

Tabblad medewerkergegevens

NB: hier alleen gegevens opnemen van medewerkers die extramurale behandeling bieden. Als een medewerker bijvoorbeeld ook deels intramuraal werkt of begeleiding biedt, dan naar rato meenemen.

*Het geregistreerde aantal ziekte-uren voor de medewerkers
extramurale behandeling in 2013*

Gemiddeld ziekteverzuimpercentage $\frac{\text{Het geregistreerde aantal ziekte-uren voor de medewerkers extramurale behandeling in 2013}}{\text{Het potentieel aantal beschikbare uren dat hoort bij de medewerkers extramurale behandeling}} \times 100\%$

*Het potentieel aantal beschikbare uren dat hoort
bij de medewerkers extramurale behandeling*

Als 'defaultwaarde' is het percentage voor de GHZ in 2013 ingevuld. U kunt dit percentage aanpassen aan uw eigen situatie

Expertisefunctie

Dit betreft de tijd die wordt besteed de ontwikkeling en onderhoud van specifieke expertise. Dan gaat het om onder andere (het faciliteren van) wetenschappelijk onderzoek, kennisontwikkeling en kennisconsultatie (alleen de niet-cliëntgebonden B2B), algemene voorlichting aan cliënten en beroepskrachten.

Opleidingen

uren opleiding vergoed via expertise = *het gemiddelde aantal uren op jaarbasis dat medewerkers extramurale behandeling aan opleiding besteden vergoed via subsidieaanvraag/lumpsum expertise en via opslag op tarief*

uren opleiding regulier = *het gemiddelde aantal uren op jaarbasis dat medewerkers extramurale behandeling aan reguliere opleiding besteden*

Tezamen zijn de uren opleiding 'expertise' en uren opleiding regulier de totale omvang uren opleiding

Functienaam

In de kolom functienaam neemt u de in uw organisatie onderscheiden functies op; er zijn enkele voorbeeldfuncties ingevuld, die kunt u overschrijven. Zo nodig kunt u rijen invoegen.

sociale lasten: het betreft het opslagpercentage op het brutoloon inclusief vakantietoeslag en EJU.

ORT

Het percentage ORT is naar verwachting 0%. Daarom hebben we deze waarde als default ingevuld.

Tijdbesteding netto beschikbare tijd

direct cliëntgebonden tijd (DCT) =

Alle tijd gemoeid met het directe contact met de cliënt of een groep cliënten, in aanwezigheid van de cliënt of de groep cliënten.

indirect cliëntgebonden tijd (ICT) =

Alle werkzaamheden die wel voor een individuele cliënt of een groep cliënten worden uitgevoerd maar niet in (noodzakelijke) aanwezigheid van de cliënt of groep cliënten (denk aan: voorbereiding en administratie, intern overleg over cliënten, overleg met derden ten behoeve van cliënt, reistijd van en naar cliënten, halen/aanvragen van hulpmiddelen, et cetera).

Aandachtspunten:

- * contact met het cliëntsysteem (al dan niet in aanwezigheid van de cliënt) is direct cliëntgebonden tijd.
- * een telefonisch/elektronisch/digitaal contact met de cliënt is direct cliëntgebonden tijd; als het contact over de cliënt gaat is het indirect cliëntgebonden tijd.

niet cliëntgebonden tijd (NCT) =

Alle werkzaamheden die niet zijn te herleiden naar individuele cliënten of een groep cliënten (denk aan: organisatieoverleg, pauzes, intervisie, productontwikkeling, niet-cliantgebonden reistijd, vakliteratuur lezen, et cetera).

N.B. de niet cliëntgebonden tijd besteed aan opleidingen, is onder het kopje 'opleidingen' opgevraagd. Die tijd moet hier buiten beschouwing blijven.

De niet-cliantgebonden tijd die wordt besteed aan de expertisefunctie wordt gescheiden opgevraagd van de overige niet-cliantgebonden tijd.

Tabblad kostengegevens

Hier worden per rubriek (uit het Prismant rekeningschema voor zorginstellingen) de kosten over 2013 opgevraagd.

Er is een kolom voor de kosten van de geleverde zorg van de totale organisatie, een kolom voor de kosten gerelateerd aan de extramurale ZG-zorg (inclusief kosten expertisefunctie) en een kolom specifiek voor de kosten gerelateerd aan de expertisefunctie van de extramurale ZG-zorg.

Productiegegevens (is grotendeels gelijk aan de uitvraag door de zorgverzekeraars tbv inkoop 2015)		boekjaar 2013
Prestatie	Clïëntprofiel	uren
Zorg in verband met een auditieve beperking		heel 2013
Zorg in verband met een auditieve beperking (Behandeling ZG auditief H333)	1 Cliënt met een gehoorbeperking in de leeftijd van 0 tot 1 jaar	
	2 Dove of ernstig slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar	
	3 Slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar	
	4 Dove of ernstig slechthorende cliënt met een CI in de leeftijd van 1 tot 5 jaar	
	5 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 0 tot 5 jaar	
	7 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 5 tot 12 jaar	
	8 Dove of slechthorende cliënt met een CI in de leeftijd van 5 tot 12 jaar	
	9 Doofblinde cliënt in de leeftijd van 5 tot 23 jaar	
	11 Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 12 tot 23 jaar	
	12 Dove of slechthorende cliënt met een CI in de leeftijd van 12 tot 23 jaar	
	14 Vroegdove volwassen cliënt	
	15 Plotsdove of laatdove volwassen cliënt	
	16 Slechthorende volwassen cliënt	
	17 Doofblinde volwassen cliënt	
	18 0 tot 18 jarigen met auditieve en/of communicatieve verstandelijke beperking	
	19 Volwassenen met auditieve en/of communicatieve verstandelijke beperking	
	Totaal	
Zorg in verband met een visuele beperking		
Zorg in verband met een visuele beperking (Behandeling ZG visueel H332)	1 Onderzoek en functionele diagnostiek	
	2 Onderzoek, advies en instructie	
	3 Korte revalidatievraag	
	4a Meerjarige revalidatie kinderen	
	4b Meerjarige revalidatie, behoud zelfstandigheid	
	5 Intensieve revalidatievraag	
	6 Diagnostiek en Consultatie/borging	
	Totaal	

Productiegegevens (is grotendeels gelijk aan de uitvraag door de zorgverzekeraars tbv inkoop 2015)		boekjaar 2013			
	Totaal				
Zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis					
Zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis	6 Cliënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar				
	10 Cliënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 5 tot 12 jaar				
	13 Cliënt met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden in de leeftijd van 12 tot 23 jaar				
	Totaal				
Uittoeslag zorgverlener	(Reiskosten zorgverlener H321)				
Expertisefunctie					
Visueel					
Productieafpraak	Beleidsregel Nza			Profiel	Uren
Huidige productieafpraak behandeling (BH)	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	
Auditief					
Productieafpraak	Beleidsregel Nza				Uren
Huidige productieafpraak behandeling (BH)	Consultatie			Gericht op individuele cliënt	
				Gericht op zorgaanbieder	
	Specialistisch advies, instructie en voorlichting			Gericht op individuele cliënt	
				Gericht op zorgaanbieder	

Medewerkers									
NB: hier alleen gegevens opnemen van medewerkers die extramurale behandeling bieden. Als een medewerker bijvoorbeeld ook deels intramuraal werkt, dan naar rato meenemen.									
		uren							
Bruto tijd									
Feestdagen				(gemiddelde over meerdere jaren)					
Verlof				(conform cao; 2013)					
PBL				(conform cao; 2013)					
	subtotaal 1								
	PBL overgangsregeling			hier gemiddelde van de extra uren PBL per FTE vanuit de overgangsregeling opnemen					
	bijzonder verlof			hier gemiddeld aantal uren bijzonder verlof per FTE opnemen					
Potentieel beschikbaar aantal uren	subtotaal 2								
Ziekteverzuim				Voor defintie zie toelichting					
Opleiding									
	uren opleiding expertisefunctie			Voor defintie zie toelichting					
	uren opleiding regulier			Voor defintie zie toelichting					
Netto beschikbare tijd			0,0						
Gebruikelijke FWG-schaal en gemiddelde trede binnen deze schaal					Tijdbesteding netto beschikbare tijd				
Funcionaam	aantal fte	FWG-schaal (gemiddeld)	trede (gemiddeld)	% sociale lasten	%ORT	% DCT	%ICT	%NCT expertisefunctie	%NCT overig
bijvoorbeeld					0%				
orthopedagoog					0%				
Spraak-taal patholoog					0%				
Ergotherapeut					0%				
Psycholinguist (gedragwetenschapper)					0%				
Logopedist					0%				
					0%				
Psycholoog					0%				
Audioloog					0%				
Logopedist					0%				
					0%				

Kosten (basisjaar 2013)						
Rubriek	Kostensoort	Totale kosten gerelateerd aan extramurale behandeling ZG- zorg (inclusief expertisefunctie)	Kosten gerelateerd aan expertisefunctie extramurale behandeling ZG- zorg	Totale kosten zorg €	kostencategorie	voorstel verdeelsleutel overhead
411	Personeel algemene en administratieve functies	€ -	€ -	€ -	0 (overhead staf)	aantal fte/personeelsleden
412	Personeel hotelfuncties	€	€	€ -	verblijf	
4131	Management en staf patiënt- c.q. bewoner gebonden functies	€ -	€ -	€ -	opslag leidinggevende	
4132	Personeel(medische) elektronica en revalidatietechniek	€ -	€ -	€ -	Direct uitvoerenden	
4133	Personeel onderzoeksfuncties	€ -	€ -	€ -	Direct uitvoerenden	
4134	Personeel behandel- en behandeling ondersteunende functies	€ -	€ -	€ -	Direct uitvoerenden	
4135	Personeel psychosociale behandel en begeleidingsfuncties	€ -	€ -	€ -	Direct uitvoerenden	
4136	Verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel	€ -	€ -	€ -	Direct uitvoerenden	
4137	Personeel medische en sociaalwetenschappelijke functies	€ -	€ -	€ -	Direct uitvoerenden	
414	Leertling verpleegkundig, -opvoedkundig, -verzorgend personeel	€ -	€ -	€ -	Direct uitvoerenden	
415	Personeel terrein- en gebouw gebonden functies	€ -	€ -	€ -	0 (terrein- en gebouwengebonden)	m2 kantooroppervlak
416	Andere vormen van honorering	€ -	€ -	€ -	0 (overhead staf)	aantal fte/personeelsleden
417	Stagiaires gerelateerd aan client- c.q. bewonersgebonden functies	€ -	€ -	€ -	Direct uitvoerenden	
417	Stagiaires gerelateerd aan overige diensten	€ -	€ -	€ -	0 (overhead staf)	aantal fte/personeelsleden
418	Vergoedingen voor niet in loondienst verrichte arbeid gerelateerd aan client- c.q. bewonersgebonden functies	€ -	€ -	€ -	Direct uitvoerenden	
418	Vergoedingen voor niet in loondienst verrichte arbeid gerelateerd aan overige diensten	€ -	€ -	€ -	0 (overhead staf)	aantal fte/personeelsleden
419	Suppleties en andere kosten bij arbeidsongeschiktheid	€ -	€ -	€ -	per aanbieder afstemmen	

Kosten (basisjaar 2013)						
Rubriek	Kostensoort	Totale kosten gerelateerd aan extramurale behandeling ZG- zorg (inclusief expertisefunctie)	Kosten gerelateerd aan expertisefunctie extramurale behandeling ZG- zorg	Totale kosten zorg €	kostencategorie	voorstel verdeelsleutel overhead
422	Sociale kosten	€ -	€ -	€ -	Opslag sociale lasten	
423	Andere personeelskosten	€ -	€ -	€ -	O (alg. salarislasten)	aantal fte/personeelsleden
43	Kosten van voeding	€	€	€ -	Verblijf	
44	Andere hotelmatige kosten	€	€	€ -	Verblijf	
45	Algemene kosten	€ -	€ -	€ -	O (algemene materiele lasten)	aantal cliënten of aantal
46	Cliënt c.q. bewoner gebonden kosten	€ -	€ -	€ -	Zorggebonden materiele lasten	aantal cliënten of aantal
47	Terrein en gebouwengebonden kosten	€ -	€ -	€ -	O (terrein- en gebouwengebonden)	m2 kantooroppervlak
48	Afschrijvingskosten, interest en huur vaste activa	€ -	€ -	€ -	kapitaallasten	m2 kantooroppervlak

Bijlage 5. Overzicht waarden bouwstenen kostprijzen ZG-zorg

In onderstaande tabel is per bouwsteen de minimum- en de maximumwaarde opgenomen.

	DCT + ICT- Declarabel	Gemiddeld bruto jaarsalaris per fte	Bruto jaarsalaris per uur DCT + ICT-D ZG- zorg	Sociale lasten	Opslag leiding- gevenden	Opslag overhead	Zorggebonden materiele lasten + Verblijf en hotelmatig	Kapitaal- lasten	Opslagen totaal	Integrale kostprijs per DCT + ICT-D uur ZG-zorg	Reiskosten per uittoeslag
Minimumwaarde	34,9%	€ 39.727	€ 39,57	18,8%	2,0 %	24,90%	1,1%	1,20%	60,9%	€ 79,83	€ 17,51
Maximumwaarde	72,7%	€ 60.071	€ 68,88	24,9%	16,5 %	163,7%	13,90%	30,0%	192,9%	€ 139,05	€ 26,00