

**Advies**

# **Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn**

Bekostiging van extramurale behandeling in de  
Zorgverzekeringswet

November 2017



# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Aard van de zorg	12
1.3 Huidige situatie	16
1.4 Proces	17
1.5 Leeswijzer	19
<b>2. Toekomstperspectief</b>	<b>21</b>
2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	21
2.2 Speerpunten NZa	23
2.3 Kader bekostiging	25
2.4 Toekomstige bekostiging	27
<b>3. Bekostiging</b>	<b>31</b>
3.1 Inleiding	31
3.2 Vormgevend kader	31
3.3 Advies bekostiging	33
3.3.1 Consequenties	44
3.3.2 Macro budgettaire ontwikkeling en beheersing	46
3.3.3 Tijdpad	51
<b>4. Aandachtspunten overheveling</b>	<b>53</b>
4.1 Inleiding	53
4.2 Aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw	53
4.3 Toegang	53
4.4 Transparante aanspraak	54
4.5 Bepalen zorgbehoefte	54
4.6 Afbakening bekostigingsprestaties	55
4.7 Declaratie	56
4.8 Eenheid van taal	56
4.9 Mogelijke beperking van risico's door declaratievoorwaarden	57
4.10 Tijdpad	58
<b>Bijlage 1: Kamerbrief 'Reactie pakketadvies Zorginstituut Nederland over extramurale behandeling; aanvullende geneeskundige zorg aan kwetsbare doelgroepen in de eerste lijn', 14 februari 2017</b>	<b>59</b>
<b>Bijlage 2: Brief VWS aan NZa, 'Aanvraag uitvoeringstoets NZa extramurale behandeling', 19 april 2017</b>	<b>65</b>
<b>Bijlage 3: NZa consultatiedocument aanvullende geneeskundige zorg, augustus 2017</b>	<b>71</b>
<b>Bijlage 4: Reacties branchepartijen op consultatiedocument aanvullende geneeskundige zorg</b>	<b>73</b>
<b>Bijlage 5: Reacties branchepartijen op conceptadvies aanvullende geneeskundige zorg</b>	<b>75</b>
<b>Bijlage 6: Overzicht activiteiten in en met de praktijk</b>	<b>77</b>
<b>Bijlage 7: Lijst met afkortingen</b>	<b>79</b>

<b>Bijlage 8: Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling per 1 januari 2017</b>	<b>81</b>
<b>Bijlage 9: Prestatiebeschrijvingen modulaire zorg 2017</b>	<b>89</b>

## Samenvatting

Met de invoering van de Wet langdurige zorg per 1 januari 2015 is de voordien in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geregelde extramurale behandeling voor patiënten die niet op zorg vanuit de Wet langdurige zorg zijn aangewezen, geregeld in de 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling'. Het Zorginstituut Nederland concludeert in het pakketadvies 'Extramurale behandeling ontleed' dat extramurale behandeling qua inhoud en omvang onder de Zorgverzekeringswet past. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd om een advies uit te brengen over de toekomstige bekostiging van extramurale behandeling binnen de Zorgverzekeringswet. Om aansluiting te zoeken bij het voorstel van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om extramurale behandeling te duiden als 'aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn' gebruiken wij voor de leesbaarheid in het advies de term 'aanvullende geneeskundige zorg'.

Bij aanvullende geneeskundige zorg gaat het vaak om de chronische, intensieve zorg die kan volgen op de revalidatiefase. De geneeskundige zorg richt zich op herstel of voorkoming van verergering van een aandoening of beperking. Er is geen sprake meer van genezing. De te onderscheiden vier specifieke doelgroepen zijn ouderen met somatische en/of psychische, chronische en/of complexe aandoeningen; mensen met chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen (hetzij musculair hetzij neurologisch); mensen met niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking. Er is veelal een regierol weggelegd voor de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten. Zij leveren de zorg vaak in nauwe samenwerking met gedragsdeskundigen, paramedici en vaktherapeuten in een multidisciplinair team.

De afgelopen maanden hebben wij in nauwe samenwerking met partijen gewerkt aan de totstandkoming van ons advies. De samenwerking met partijen en de gesprekken met het veld heeft voor waardevolle inbreng gezorgd. Zo zijn er gezamenlijke kernwaarden geformuleerd die van belang zijn in het kader van aanvullende geneeskundige zorg, vanuit het perspectief van de patiënt, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar:

### *Patiënt:*

- beschikbaarheid;
- eigen regie (tot op zekere hoogte) samen met behandelaar;
- multidisciplinaire programma's;
- toegevoegde waarde (juiste, passende, flexibele zorg geleverd met goede kwaliteit);
- betaalbaarheid;
- toegankelijkheid.

### *Zorgaanbieder:*

- financiële ruimte;
- multidisciplinaire samenwerking;
- expertise;
- maatwerk (flexibiliteit, innovatie, ontwikkelruimte).

### *Zorgverzekeraar:*

- kostenbeheersing;
- zekerheid van kwaliteit;

- beschikbaarheid van zorg;
- (betaalbare) zorgpremie;
- transparantie van kwaliteit.

Maatschappelijke ontwikkelingen, de speerpunten van de Nederlandse Zorgautoriteit en de gezamenlijk geformuleerde kernwaarden vormen samen het kader waar wij vanuit gaan bij de advisering over de bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg. Op hoofdlijnen zullen de volgende elementen van invloed zijn op de methode van bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg op lange(re) termijn:

- *regionaal maatwerk*: ruimte voor regionale en lokale diversiteit, integrale zorg, sector overstijgende ontschotting;
- *zo lang mogelijk zelfstandig thuis willen wonen*: over de schotten van wetgeving heen werken, geïntegreerde zorg, multidisciplinaire programma's, samenwerking, toegankelijkheid, herinrichting eerste lijn, substitutie van de tweede naar de eerste lijn;
- *preventie*: focus van nazorg naar voorzorg, over de schotten van wetgeving heen werken, een integrale aanpak is benodigd vanuit het onderwijs, het werk, de buurt en vanuit de zorg;
- *welbevinden voorop*: zeggenschap, eigen regie, positieve gezondheid, toegevoegde waarde, diversiteit, maatwerk, bekostiging op basis van behoefte (zorgzwaarte), transparantie van zorg (keuze-informatie), value based healthcare en shared decision making;
- *integrale bekostiging rond patiëntengroepen*: (zorg)arrangementen gebaseerd op uitkomsten (transparantie van kwaliteit, zekerheid over kwaliteit), waardegedreven zorg en geïntegreerde zorg;
- *experimenten koplopers*: stimuleren regionale experimenten en koplopers rondom samenwerking, preventie en kwaliteit, (financiële ruimte), lokale initiatieven voor maatwerk;
- *betaalbaarheid en toegankelijkheid*: beschikbaarheid (van zorg), transparantie toegangstijden, goed bestuur, betaalbaarheid, kostenbeheersing en (betaalbare) zorgpremie;
- *verlagen administratieve lasten*: vereenvoudigingen, verminderen en faciliteren contractering.

### **Advies bekostiging**

Bekostigingsopties kunnen elkaar opvolgen in de tijd. Voor de zorg die valt onder aanvullende geneeskundige zorg door de specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, gedragsdeskundigen, vaktherapeuten, en paramedische zorgverleners kan niet op korte termijn worden aangesloten bij huidige bekostigingsmodellen zoals deze in de Zorgverzekeringswet voorkomen. De uitwerking die wij op de korte termijn het meest haalbaar en uitvoerbaar achten is het zoveel mogelijk aansluiten bij de prestaties en tarieven vanuit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Het voordeel hiervan is dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de huidige praktijk en wijze van bekostigen, zoals deze nu geldt. De overgang naar de Zorgverzekeringswet wordt daarmee zo laagdrempelig mogelijk gemaakt ten behoeve van een zogenoemde 'zachte landing'. Overheveling kan hierdoor op korte termijn plaatsvinden waardoor de focus kan liggen op de doorontwikkeling van de bekostiging richting toekomstig perspectief. Partijen spreken de voorkeur uit voor deze vorm van bekostiging op de korte termijn.

Voor de lange termijn is door partijen de wens geuit om toe te werken naar een multidisciplinaire integrale vorm van bekostiging. Dit is ook het perspectief waar wij naartoe willen werken en sluit aan bij het kader voor bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg. Multidisciplinaire bekostiging is voor de korte termijn niet haalbaar en uitvoerbaar.

Echter, overheveling van deze zorg naar de Zorgverzekeringswet op de korte termijn prevaleert boven de uitwerking van de meest wenselijke bekostigingsoptie onder de Tijdelijke subsidieregeling. Uit voorgaande overhevelingstrajecten hebben we ervaren dat overheveling naar de Zorgverzekeringswet een positieve prikkel teweeg brengt. Dit geldt voor alle partijen. Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars ontstaat in de Zorgverzekeringswet de situatie dat partijen met elkaar in overleg gaan over het te leveren pakket aan zorg, de tarieven, de kwaliteit, doelmatigheid en andere voorwaarden. Zorgaanbieders worden gestimuleerd om inzichtelijk te maken welke zorg ze leveren en zorgverzekeraars moeten voldoende, tijdige en beschikbare zorg inkopen voor hun verzekerden. Wij zijn dan ook voorstander om zo snel als dit mogelijk is aanvullende geneeskundige zorg over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet.

De door ons geadviseerde bekostiging, op basis van de prestaties uit de Tijdelijke subsidieregeling, is voor de korte termijn. Dit is wat ons betreft geen structurele oplossing en bekostiging voor de lange termijn. Na overheveling kan met partijen in een doorontwikkeltraject worden verkend waar mogelijkheden liggen om de bekostiging multidisciplinair en integraal vorm te geven. De koppeling van bekostiging aan de uitkomsten van zorg zijn hierbij mogelijke perspectieven om naartoe te werken. In aanpalende sectoren zijn soortgelijke doorontwikkeltrajecten al in gang gezet. Enkele voorbeelden hiervan zijn de sectoren verpleging en verzorging in de wijk en eerstelijnsverblijf met de geriatrische revalidatiezorg.

Multidisciplinaire prestaties kunnen op meerdere manieren worden vormgegeven, afhankelijk van onder andere de uitvoerbaarheid en (kosten)homogeniteit van producten: op basis van standaarden, zorgzwaarte op functieprogramma's. Wat daar in ieder geval voor nodig is zijn beschrijvingen van goede zorg op landelijk niveau.

Voor de korte termijn adviseren wij om voor de overheveling van aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerstelijns aan te sluiten bij de prestaties onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling van waaruit de zorg, op grond van de duiding van het Zorginstituut Nederland, wordt bekostigd. Het aantal bekostigingsprestaties kan worden teruggebracht van negentien naar tien.

1. prestatie voor zorgverlening zoals huisartsen plegen te bieden. Hieronder valt zorgverlening door de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten (uurtarief);
2. prestatie voor zorgverlening zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden. Hieronder valt zorgverlening door gedragsdeskundigen en vaktherapeuten (uurtarief);
3. prestatie voor zorgverlening zoals paramedische disciplines plegen te bieden. Hieronder valt zorgverlening door de fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, ergotherapeut en diëtist (uurtarief);
4. prestatie voor zorg in een groep ouderen (per dagdeel);
5. prestatie voor zorg in een groep ziekte van Huntington (per dagdeel);
6. prestatie voor zorg in een groep verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen (per dagdeel);
7. prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep > 6 (per dagdeel);
8. prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep 5 – 6 (per dagdeel);
9. prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep < 5 (per dagdeel);
10. prestatie voor reiskosten (per contact).

### *Prestatiebeschrijvingen*

Voor de inhoud van alle prestaties wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de prestaties uit de Tijdelijke subsidieregeling. Echter, de gehanteerde terminologie sluit niet meer aan bij de huidige praktijk en is in die zin niet herkenbaar en werkbaar voor partijen. Bij de uitwerking van de prestatiebeschrijvingen brengen we de terminologie in lijn met de terminologie van de Zorgverzekeringswet. De beschrijving moet aansluiten bij de huidige praktijk, opdat deze herkenbaar en werkbaar is.

### *Gereguleerde maximum tarieven*

Voor alle prestaties achten wij deregulering, in de vorm van het vrijgeven van de tarieven niet wenselijk. Deregulering is wat ons betreft niet aan de orde, indien dit zou leiden tot slechtere uitkomsten in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Aanvullende geneeskundige zorg staat nog niet in de Zorgverzekeringswet, en partijen hebben dus nog geen ervaring met de inkoop, levering, declaratie en controle van deze zorg. Evident, er bestaan nog marktimperfecties: op dit moment is het nog onduidelijk welke beperkingen en voorwaarden gaan gelden in de Zorgverzekeringswet, of het eigen risico van toepassing is en welk(e) makro-kader(s) van toepassing is/zijn. De besluiten die hierover worden genomen, hebben invloed op de prikkels om kostenbewust en kritisch in te kopen. Bestaande marktimperfecties kunnen we ondervangen door regulering.

Voor de bekostiging op korte termijn is door partijen unaniem de voorkeur uitgesproken voor het reguleren van tarieven. Wij adviseren om voor de basis van de tariefonderbouwing in de Zorgverzekeringswet aan te sluiten bij de tarieven (per uur of per dagdeel) uit de Tijdelijke subsidieregeling, en uit te gaan van maximum tarieven.

### *Declaratie van zorg*

Alle zorg die wordt geleverd, wordt gedeclareerd onder de prestatie waarin de zorginhoud wordt omschreven. Opdat deze zorg zowel door vrijgevestigde zorgverleners als zorgverleners in dienst van een instelling geleverd kan worden, moet het mogelijk zijn dat de zorg door zowel instellingen als door vrijgevestigde zorgaanbieders gedeclareerd wordt. Voor de declaratie van zorg voor aanvullende zorg in een groep kan de instelling de prestaties niet meer geclusterd in rekening brengen, maar moet de instelling de zorg per patiënt bij de zorgverzekeraar declareren.

### *Reiskosten*

We adviseren om voor de prestatie reiskosten de gehanteerde voorwaarde uit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, van het ten hoogste tweemaal per etmaal per zorgverlener declareren van reiskosten, niet over te nemen. Reiskosten mogen net als in de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling alleen worden gedeclareerd bij de prestaties zorgverlening (prestaties 1, 2 en 3).

### *Vervoer*

In de Zorgverzekeringswet geldt de regeling zittend ziekenvervoer. Wij stellen hiervoor geen prestaties en tarieven vast. Patiënten kunnen op basis van deze regeling de gemaakte reiskosten vergoed krijgen of krijgen een kilometervergoeding.



## Consequenties

### *Eigen risico en beperkingen en voorwaarden*

Er moet nog een besluit worden genomen over het al dan niet van toepassing zijn van het eigen risico op aanvullende geneeskundige zorg of delen hiervan. Als we uitgaan van huidige duidingen, aanspraken en wet- en regelgeving dan is het eigen risico niet van toepassing op de zorg geleverd door specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten. Het eigen risico is wel van toepassing op zorg zoals klinisch psychologen en zoals medisch-specialisten plegen te bieden, op paramedische zorg en op vervoer. In de Zorgverzekeringswet gelden daarnaast beperkingen en voorwaarden op paramedische zorg, en aanvullende geneeskundige zorg valt uiteen in verschillende macro budgettaire kaders.

### *Consequenties uitvoering geven aan huidige wet- en regelgeving ten aanzien van eigen risico, beperkingen en voorwaarden en macro budgettaire kaders*

Het besluit om wel of niet aan te sluiten bij bestaande regelgeving met betrekking tot het eigen risico, beperkingen en voorwaarden in de Zorgverzekeringswet, en de toedeling naar macro budgettaire kaders, heeft gevolgen voor administratieve lasten bij zorgaanbieders.

Om uitvoering te geven aan de bestaande regelgeving rondom het eigen risico, moet vanuit alle prestaties het verschil duidelijk worden tussen prestaties die wel onder het eigen risico vallen en prestaties die er niet onder vallen. Voor de prestaties zorgverlening (prestaties 1, 2 en 3) is dit verschil te maken, omdat de zorg die niet onder het eigen risico valt (de zorg door de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten) een eigen prestatie heeft en daarmee buiten het eigen risico gehouden kan worden. Vanuit de prestaties zorg in een groep (prestaties 4 tot en met 9) wordt het verschil in zorg die wel of niet onder het eigen risico valt niet vanzelfsprekend inzichtelijk. Ook de reiskosten (prestatie 10) zullen deels wel en deels niet onder het eigen risico vallen, afhankelijk van voor welke zorgvorm de reiskosten worden gemaakt.

De huidige regels rondom beperkingen en voorwaarden op paramedische zorg in de Zorgverzekeringswet hebben tot gevolg dat de verschillende zorgvormen van paramedische disciplines inzichtelijk moeten zijn. Dat betekent dat binnen prestatie 3 een registratie moet zijn om het inzicht te verkrijgen om welk type paramedische zorg het gaat. Ditzelfde geldt voor de paramedische zorg die geboden wordt in een groep (prestaties 4 tot en met 9). Gegeven huidige wet- en regelgeving valt aanvullende geneeskundige zorg uiteen in verschillende budgettaire kaders. Dit betekent dat verschillende zorgvormen herkenbaar moeten zijn, om deze onder de juiste kaders te kunnen verantwoorden.

Binnen de prestaties is er in veel gevallen een extra 'oormerk' nodig. Ongeacht de wijze van uitwerking levert dit een extra administratieve handeling op voor de zorgaanbieders. Voor de prestaties zorgverlening (prestatie 3) en de prestatie reiskosten (prestatie 10) schatten wij in dat dit een acceptabele toename van administratieve lasten geeft. Voor de prestaties zorg in een groep (prestatie 4 tot en met 9) leidt dit ons inziens echter tot een onevenredig zware administratieve last. Bij deze laatste prestaties moet dan immers per dagdeel worden aangegeven hoeveel zorg per zorgvorm per discipline is geleverd.

De keuze voor een uniform beleid geeft acceptabele administratieve lasten voor de zorgaanbieder. Ongeacht welke inhoudelijke keuze er wordt gemaakt, leidt ook bij de aanvullende geneeskundige zorg de toepassing van uniform beleid tot acceptabele administratieve lasten.

#### *Macro budgettaire ontwikkeling en beheersing*

In het algemeen is van belang bij het handhaven van een macro budgettair kader, dat er een goede manier is om het benodigde kader te schatten. Dit wordt bemoeilijkt door een aantal onzekerheden. Bij overheveling naar de Zorgverzekeringswet vervalt voor de aanvullende geneeskundige zorg het harde macro-budgetplafond. Verder wordt een volumegroei verwacht door gewenste substitutie van tweedelijns (medisch-specialistische) zorg en bestaat de verwachting dat er meer aanspraak op aanvullende geneeskundige zorg zal worden gemaakt vanwege het ingezette beleid en de maatschappelijke trend om langer thuis te wonen. Daarnaast vervalt de indicatiestelling door het Centrum indicatiestelling zorg, waardoor patiënten mogelijk makkelijker toegang hebben tot de aanvullende geneeskundige zorg. Bovendien bestaat er onder de Zorgverzekeringswet geen termijn meer waarop de indicatie voor aanvullende geneeskundige zorg geldig is.

Er zijn verschillende opties denkbaar voor het beheersen van het/de macro budgettaire kader(s). Er kunnen instrumenten worden ingezet die een overschrijding van het macro budgettaire kader voorkomen of waarmee een overschrijding teruggevorderd kan worden. Instrumenten om een overschrijding te voorkomen zijn bestuurlijke afspraken in de vorm van een hoofdlijnenakkoord, een omzetplafond per zorgaanbieder of op landelijk niveau. Instrumenten waarmee een overschrijding teruggevorderd kan worden zijn een tariefkorting en een macrobeheersinstrument.

Als er wordt besloten om instrumenten in te zetten uit oogpunt van kostenbeheersing ligt het macrobeheersinstrument het meest voor de hand. Het macrobeheersinstrument zien we vaker terug in de Zorgverzekeringswet als ingezet beleid voor kostenbeheersing. Als instrument voor kostenbeheersing adviseren wij het macrobeheersinstrument.

#### *Tijdpad*

Een multidisciplinaire vorm van bekostigen is op de korte termijn niet haalbaar. Ons advies voor bekostiging is op de korte termijn haalbaar. Om overheveling per 1 januari 2019 mogelijk te maken moeten wij prestaties en tarieven hebben vastgesteld op uiterlijk 1 juli 2018. Hiervoor is nodig dat uiterlijk het eerste kwartaal van 2018 de noodzakelijke besluiten zijn genomen.

#### *Aandachtspunten overheveling*

De exacte uitwerking van de prestaties en nadere declaratie- en administratievoorschriften moet nog vorm krijgen. Wij hebben aandachtspunten en risico's geïdentificeerd bij de overheveling van aanvullende geneeskundige zorg. Voor de beschrijving van de risico's hebben we een procesbenadering gehanteerd: van de toegang tot zorg tot en met de verantwoording. De te onderscheiden processtappen hierin zijn toegang, transparante aanspraak, bepalen zorgbehoefte, afbakening van bekostigingsprestaties, declaratie en eenheid van taal. Geïdentificeerde risico's kunnen worden beperkt door declaratievoorwaarden.

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In het kader van de hervorming langdurige zorg is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) per 1 januari 2015 vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz). Extramurale behandeling wordt vanaf dat moment bekostigd uit de 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling'<sup>1</sup> (Tijdelijke subsidieregeling), die zijn grondslag vindt in de Wlz. Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft eind oktober 2016 het pakketadvies 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door de specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zorgverzekeringswet' uitgebracht.<sup>2</sup> In dat rapport heeft het ZiNL antwoord gegeven op de vraag of de extramurale behandeling die voorheen onder de AWBZ viel, onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) past. De conclusie van het ZiNL is dat extramurale behandeling qua inhoud en omvang onder de Zvw past.

In het kalenderjaar 2014 maakten 35.450 patiënten gebruik van extramurale behandeling.<sup>3</sup> Het beschikbare macro bedrag voor dit lopende jaar 2017 is € 65 miljoen.<sup>4</sup>

De extramurale behandeling richt zich op de chronische fase van een beperking en/of aandoening. Een medisch traject of revalidatietraject is dus al afgerond en de geneeskundige zorg richt zich op de gevolgen van een beperking en/of een aandoening. Er kunnen vier specifieke doelgroepen worden onderscheiden.<sup>5</sup> In figuur 1 is dit visueel weergegeven. De gebruikte voorbeelden van aandoeningen in deze figuur zijn slechts illustratief en dit moet niet als een limitatieve lijst worden gezien.

<sup>1</sup> Zie bijlage 8: Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling per 1 januari 2017 (Regeling van de Staatssecretaris van VWS van 11 december 2014, houdende regels voor het verstrekken van subsidie ten behoeve van behandeling, geldend van 01-01-2017 tot en met heden).

<sup>2</sup> Rapport ZiNL, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876.

<sup>3</sup> Dit was inclusief jeugdigen die met ingang van 2015 zorg op basis van de Jeugdwet ontvangen. Rapport ZiNL, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876, hoofdstuk 13.

<sup>4</sup> Zie bijlage 8: Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling per 1 januari 2017 (Regeling van de Staatssecretaris van VWS van 11 december 2014, houdende regels voor het verstrekken van subsidie ten behoeve van behandeling, geldend van 01-01-2017 tot en met heden); Zie bijlage 1: Kamerbrief 'Reactie pakketadvies Zorginstituut over extramurale behandeling; aanvullende geneeskundige zorg aan kwetsbare doelgroepen in de eerste lijn', 14 februari 2017, kenmerk 1059307-158930-LZ.

<sup>5</sup> Rapport ZiNL, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876.

## **Figuur 1: Vier specifieke doelgroepen van aandoeningen en/of beperkingen**

### Ouderen met chronische en/of complexe aandoeningen

- Somatisch en/of
- Psychisch

### Mensen met chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen

- Huntington
- Korsakov
- Multiple Sclerose
- Parkinson

### Mensen met niet-aangeboren hersenletsel

- Als gevolg van ongeval of trauma
- Beroerte (CVA)
- Hersentumor
- Hersen(vlies)ontsteking

### Mensen met een verstandelijke beperking

Op 14 februari 2017 heeft de minister van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een reactie op het pakketadvies naar de Tweede Kamer gezonden.<sup>6</sup> In deze reactie is ingegaan op de vervolgstappen die genomen worden voorafgaand aan de definitieve besluitvorming over het tijdstip en de wijze van onderbrenging van deze zorg in de Zvw. Eén van de vervolgstappen was een verzoek, d.d. 19 april 2017, aan ons om een advies uit te brengen over de toekomstige bekostiging van deze zorg binnen de Zvw.<sup>7</sup>

De minister heeft aangegeven dat het begrip 'extramurale behandeling' niet aansluit op de zorgbegrippen die gehanteerd worden in de Zvw. De minister stelt voor om te refereren aan 'aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn'.<sup>8</sup> In termen van de Zvw vinden wij deze term ook passender dan te blijven refereren aan extramurale behandeling. Omwille van de leesbaarheid refereren wij in voorliggend advies aan 'aanvullende geneeskundige zorg', daar waar wij het hebben over 'aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn'.

## **1.2 Aard van de zorg**

### *Geneeskundige zorg gericht op gevolgen*

Bij aanvullende geneeskundige zorg gaat het vaak om de chronische, intensieve zorg die kan volgen op een revalidatiefase. In het algemeen gaat het om kwetsbare patiënten met meerdere (vaak op elkaar ingrijpende) gezondheidsproblemen. Patiënten zijn als gevolg hiervan beperkt geraakt in hun functioneren. Er is geen sprake meer van genezing. Naast ouderen kunnen dit ook anderen zoals jong(volwassenen) zijn. De aanvullende geneeskundige zorg richt zich, veelal door middel van multidisciplinaire zorgverlening, op herstel of voorkoming van verergering van een aandoening of beperking.

<sup>6</sup> Zie bijlage 1: Kamerbrief 'Reactie pakketadvies Zorginstituut Nederland over extramurale behandeling; aanvullende geneeskundige zorg aan kwetsbare doelgroepen in de eerste lijn', 14 februari 2017, kenmerk 1059307-158930-LZ.

<sup>7</sup> Zie bijlage 2: Brief VWS aan NZa, 'Aanvraag uitvoeringstoets NZa extramurale behandeling', 19 april 2017, kenmerk: 111390 1-162414-LZ.

<sup>8</sup> Het betreft de vier specifieke doelgroepen zoals weergegeven in figuur 1.

De zorg richt zich ook op het fysiek en psychisch leren omgaan met de aandoening en de beperkingen, waarbij aandacht is voor de patiënt en het mantelzorgsysteem. De onderstaande tekstkaders, waarin twee patient journeys zijn beschreven, geven hiervan een illustrerend voorbeeld.

Patient journey: Patiënten met een verstandelijke beperking

Een man met een verstandelijke beperking, 38 jaar oud, komt bij de huisarts met hoestklachten die al weken niet overgaan. Door het vele hoesten verslijkt hij zich steeds vaker, gaat het eten steeds lastiger en klaagt hij over pijn achter zijn borstbeen. Ondanks het overgewicht van de patiënt maken de ouders zich zorgen of hij wel voldoende voeding binnen krijgt en geen ondervoeding aan het ontwikkelen is. De huisarts verwijst de patiënt naar een arts voor verstandelijk gehandicapten, met de vraag om de klachten van de patiënt goed in kaart te brengen en met een concreet behandelvoorstel te komen, waarbij oog is voor de mantelzorgers.

Patient journey: Patiënten met progressieve degeneratieve neurologische aandoeningen

Een man van 68 jaar, die al een paar jaar behandeld wordt voor de ziekte van Parkinson, krijgt steeds meer klachten, die in relatie staan tot het voortschrijden van de ziekte en de bijwerkingen van de diverse geneesmiddelen. Samen met zijn echtgenote, plus een paar uur verpleging per week, kunnen ze opname in een verpleeghuis nog steeds uitstellen. Sinds enkele weken geeft de echtgenote aan, dat het haar allemaal te zwaar wordt. Met name het vallen van haar man, de achteruitgang van zijn geheugen en de onzekerheid of alle geneesmiddelen nog wel hun werk doen en écht nodig zijn, drijven haar tot wanhoop. Ze vraagt of iemand thuis kan komen kijken om in te schatten of de zorg thuis nog wel gegeven kan worden. De huisarts stelt voor dat een specialist ouderengeneeskunde met beiden contact opneemt om hun vragen te bespreken.

*Individuele zorgvraag*

De zorgvragen die voortvloeien uit de hierboven beschreven aandoeningen en beperkingen zijn veelal complex en divers van aard. De zorgvragen treden vaak in combinatie met elkaar op en kunnen elkaar beïnvloeden. Dit heeft tot gevolg dat de zorgvragen in samenhang met elkaar behandeld moeten worden. Kenmerkend voor de inhoud en omvang van de zorg is dat deze daardoor individueel bepaald is en geregeld aangepast moet worden aan nieuwe zorgbehoeften; zie de hierna uitgeschreven patient journeys ter illustratie.

Patient journey: Kwetsbare ouderen met chronische en/of complexe aandoeningen

Een vrouw van 93 jaar woont nog steeds zelfstandig. Sinds vier jaar krijgt ze hulp bij het huishouden. Mevrouw is een paar weken geleden geopereerd aan borstkanker. Elke dag komt een verpleegkundige om de operatiewond, die moeizaam geneest, te verzorgen. De huishoudelijke hulp vertelt de verpleegkundige dat mevrouw al sinds een jaar steeds slechter voor zichzelf zorgt. De hulp maakt zich zorgen, omdat mevrouw ook nog slecht ziet, een te lage bloeddruk heeft waardoor ze steeds valt, een depressieve indruk maakt na de operatie en 's nachts niet lijkt te gaan slapen, want het bed ziet er ongebruikt uit. De verpleegkundige neemt contact op met de huisarts, en samen komen ze tot de slotsom een specialist ouderengeneeskunde in consult te vragen.

### Patient journey: Patiënten met niet-aangeboren hersenletsel

Een vrouw van 47 jaar heeft acht jaar geleden een paar kleine hersenbloedingen gehad vanuit een vaatkluwen in de hersenen. Hierna ontwikkelde ze lichte klachten van epilepsie, die medicamenteus goed onder controle zijn gebracht. De vrouw komt nu bij de huisarts, omdat ze merkt dat ze erg moe is door het zorgen voor haar gezin met vier puberende zonen, het huishouden en haar werk. Wat haar het meest verontrust is dat ze opeens – in haar ogen – zelfs relatief eenvoudig rekenwerk niet meer kan uitvoeren. Ze maakt zich zorgen of de schade in haar hersenen toch groter blijkt te zijn dan aanvankelijk gedacht. De huisarts verwijst haar voor onderzoek en geneeskundige zorg naar een gespecialiseerd samenwerkingsverband voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsel.

#### *Individueel en groep*

De in te zetten geneeskundige zorg kan individueel van aard zijn en in een groep worden aangeboden. Het groepsgewijs aanbieden van geneeskundige zorg geeft patiënten de mogelijkheid te leren uit interactie met de groep. Het individuele behandelplan beschrijft de behandeldoelen (gericht op het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen) binnen de dagbehandeling.

Voor beiden vormen van zorg bestaan in de Tijdelijke subsidieregeling prestaties. Voor de individuele behandeling wordt in de Tijdelijke subsidieregeling gerefereerd aan bekostigingsprestaties behandeling. Voor de zorg die in een groep wordt gegeven heten de bekostigingsprestaties dagbehandeling. Dagbehandeling kan verward worden met dagbesteding. Dagbesteding valt niet onder de Zvw maar onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In Zvw terminologie past het daarom beter om te refereren aan 'geneeskundige zorg' dan aan 'behandeling'. Daarnaast past het beter om te refereren aan 'geneeskundige zorg in een groep' dan aan 'dagbehandeling'. Dit passen we in het vervolg van dit advies ook toe, waarbij we omwille van de leesbaarheid in ons advies refereren aan 'zorg in een groep', daar waar wij het hebben over 'geneeskundige zorg in een groep'.

#### *Regiebehandelaar*

De specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten leveren de zorg vaak in nauwe samenwerking met andere zorgverleners in een multidisciplinair team. Daarbij is de regierol bij de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten belegd. De rol van regiebehandelaar bij de inzet van multidisciplinaire zorg (volgens standaarden) onderscheiden we van de generalistische (monodisciplinaire) inzet op verzoek van de huisarts. Hier komen we later op terug.

Afhankelijk van de vraag of de somatische of het gedragsmatige aspect voorliggend is, kan de regierol ook belegd worden bij een gedragsdeskundige.<sup>9</sup> Een regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het opstellen van het individueel behandelplan, waarin de zorg van andere zorgverleners is beschreven. Andere zorgverleners die zorg (kunnen) verlenen zijn gedragsdeskundigen (gezondheidspsycholoog (gz-psycholoog), ouderenpsycholoog, klinisch neuropsycholoog en orthopedagoog), paramedici (fysiotherapeut, oefentherapeut,

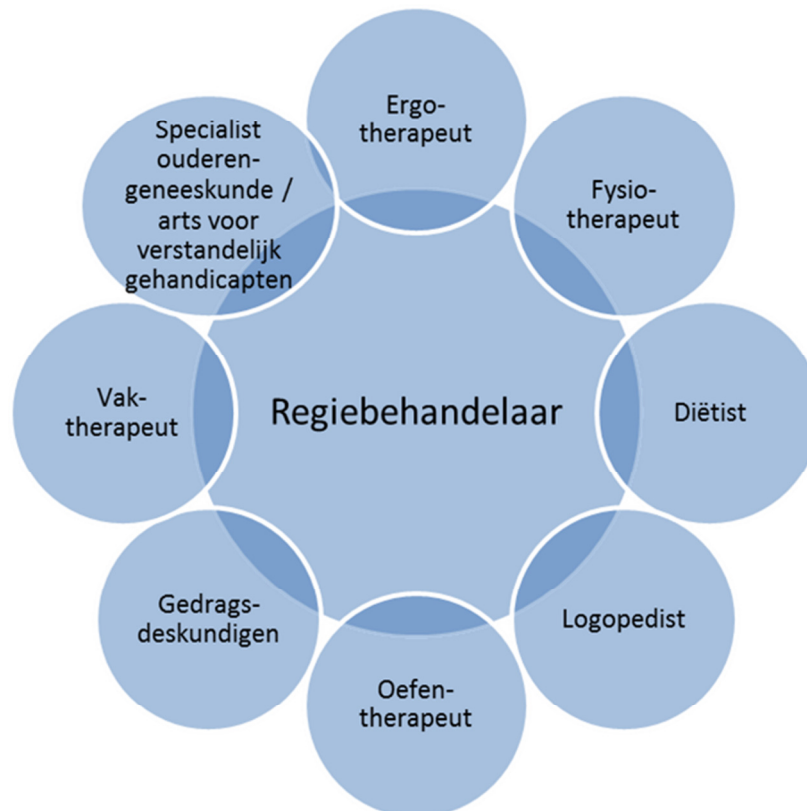
---

<sup>9</sup> Rapport Zorginstituut Nederland, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876. Pagina 35, 40.

ergotherapeut, logopedist en diëtist) en een vaktherapeut.<sup>10</sup> In figuur 2 is dit gevisualiseerd.

De term gedragsdeskundigen is ontleend aan het advies van het ZiNL 'Extramurale behandeling ontleed'. Wij sluiten hierbij aan. Daar waar wij in voorliggend advies het hebben over gedragsdeskundigen bedoelen we de gz-psycholoog, ouderenpsycholoog, klinisch neuropsycholoog en orthopedagoog.

**Figuur 2: Multidisciplinaire zorgverlening onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar**



#### *Afgestemde en samenhangende zorg*

Vanwege de sterke verwantschap met de zorg geleverd door een huisarts en de (wijk)verpleegkundige is het van belang dat er een heldere afbakening komt van deze zorg die als aanvullend is getypeerd. Afbakening zorgt ervoor dat zorg op elkaar kan worden afgestemd en in samenhang kan worden geleverd. Vanuit dit achterliggende kader constateert het ZiNL dat er gebrek is aan landelijk uniforme beschrijvingen van goede zorg. Deze constatering richt zich op beschrijvingen van multidisciplinaire zorg (volgens standaarden), waarbij de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten de rol van regiebehandelaar hebben. Dit in tegenstelling tot de situatie waarbij we het hebben over de generalistische (monodisciplinaire) inzet op verzoek van de huisarts, waarbij beroepsgroepen hun professionele arsenaal al redelijk duidelijk hebben beschreven.

<sup>10</sup> Rapport Zorginstituut Nederland, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876. Pagina 36, 37.

Veel multidisciplinaire zorg is op instellingsniveau duidelijk, maar voor het realiseren van uniforme integrale zorgverlening zijn landelijke standaarden nodig. Men refereert hierbij aan verschillende termen die niet altijd eenduidig worden gebruikt: zorgstandaarden, zorgprogramma's, functieprogramma's enzovoorts. Om dit in voorliggend document te voorkomen beschrijven wij hierna de termen standaard, zorgprogramma en functieprogramma. Daarbij geven we aan op welke manier wij hieraan refereren in dit document.

#### *Standaard*

Onder standaard vallen zorgstandaarden en kwaliteitsstandaarden. Kenmerkend van standaarden is de beschrijving van zorg op landelijk niveau, in tegenstelling tot beschrijvingen op regionaal of instellingsniveau.

In een standaard worden vanuit de patiënt, op een actuele en zo mogelijk wetenschappelijke onderbouwing, de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, de ondersteuning bij zelfmanagement, een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en de relevante kwaliteitsindicatoren voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm omschreven.<sup>11</sup> Een standaard is bestemd voor zorgverleners en zorggebruikers en is opgebouwd uit inhoudelijke en organisatorische modules.

De term kwaliteitsstandaard wordt enkel gebruikt wanneer wordt voldaan aan de criteria van het Toetsingskader en het document is opgenomen in het register.<sup>12</sup>

#### *Zorgprogramma*

Zorgprogramma's kunnen worden vormgegeven op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Zorgprogramma's op lokaal en regionaal niveau kunnen worden gebruikt ten behoeve van samenwerkings- of contractafspraken. Zorgprogramma's variëren veelal per lokale of regionale situatie. Als zorgprogramma's op landelijk niveau zijn vormgegeven, kan het begrip (zorg)standaard voor de bekostiging worden gehanteerd.

#### *Functieprogramma*

Bij een functieprogramma gaat het om algemene aspecten van zorg, en worden de kennis en expertise rondom een bepaald onderdeel van geneeskundige zorg gebundeld. Voorbeelden van functieprogramma's zijn: 'wondzorg & decubitus' en 'slikken'. In principe zijn ze van toepassing op alle patiënten en zijn niet gekoppeld aan specifieke diagnostische doelgroepen, en niet-leeftijdsgebonden. Binnen de zorg aan verstandelijk beperkten wordt al gewerkt met functieprogramma's (bijvoorbeeld de comorbiditeitsclusters).

Waarom het voor de bekostiging zo belangrijk is dat zorg- en functieprogramma's op landelijk niveau worden vormgegeven, leggen we uit in paragraaf 2.4.

### **1.3 Huidige situatie**

Met de invoering van de Wlz per 1 januari 2015 is de voordien in de AWBZ geregelde aanvullende geneeskundige zorg voor patiënten die niet op zorg vanuit de Wlz zijn aangewezen, geregeld in de Tijdelijke

---

<sup>11</sup> Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA), 'Leidraad voor kwaliteitsstandaarden', 1 maart 2017.

<sup>12</sup> ZiNL, 'Beleidsregel Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten 2015', 1 juni 2015.



subsidiereregeling.<sup>13</sup> In het Besluit langdurige zorg (Blz) is opgenomen dat het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) oordeelt of een patiënt in aanmerking komt voor behandeling zonder verblijf.<sup>14</sup> Het gaat in de Tijdelijke subsidieregeling om 'Behandeling individueel' en 'Behandeling groep voor patiënten met de grondslag somatische aandoening (som), psychogeriatrische aandoening (pg), lichamelijke beperking, waaronder niet-aangeboren hersenletsel (lg) en volwassenen met de grondslag verstandelijk beperkt (vg)'. Het vervoer naar en van de locatie waar de patiënt gedurende een dagdeel de zorg ontvangt valt ook onder de Tijdelijke subsidieregeling. De reiskosten van een zorgverlener, wanneer deze naar de patiënt afreist voor individuele zorg, valt eveneens onder de Tijdelijke subsidieregeling.

De zorg geleverd aan patiënten kan vier behandelvormen omvatten<sup>15, 16</sup>:

- continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg);
- behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag;
- aanvullende functionele diagnostiek;
- medebehandeling.<sup>17</sup>

De subsidieprestaties hebben hun basis in de prestaties afkomstig uit de NZa Beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2017', kenmerk BR/REG-17135b. De volledige lijst met prestaties en prestatiebeschrijvingen is opgenomen in bijlage 9.

De prestaties worden in rekening gebracht per uur geleverde zorg of per dagdeel. Voor enkele prestaties geldt dat niet is af te leiden wie (welke discipline van zorgverleners) de prestatie heeft geleverd. Zo kan het dus voorkomen dat verschillende disciplines zorg leveren en onder eenzelfde prestatie declareren. Uit declaratiegegevens is niet af te leiden welke discipline de zorg heeft geleverd omdat deze gegevens niet mee worden geleverd. Dit maakt dat, op basis van declaraties van de subsidieprestaties alleen, niet het multidisciplinaire karakter van aanvullende geneeskundige zorg af te leiden is. En juist dit multidisciplinaire karakter maakt de bekostiging ervan een complex vraagstuk. Idealiter ondersteunt de bekostiging het multidisciplinaire karakter van de zorg.

## 1.4 Proces

Wij hebben in februari het adviesverzoek van VWS in behandeling genomen. In de aanloop van het uitwerken en opstellen van ons advies hebben wij er bewust voor gekozen om intensief in gesprek te gaan met partijen. Gedurende het proces hebben wij de samenwerking zoveel als mogelijk was opgezocht.

<sup>13</sup> Zie bijlage 8: Regeling van de Staatssecretaris van VWS van 11 december 2014, houdende regels voor het verstrekken van subsidie ten behoeve van behandeling, geldend van 01-01-2017 tot en met heden (Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling).

<sup>14</sup> Artikel 5.2.1, tweede lid Blz.

<sup>15</sup> CIZ. 'Beleidsregels indicatiestelling voor de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling 2017', december 2016, p. 9.

<sup>16</sup> De geldigheidsduur voor een indicatie wisselt per behandelvorm, bij CSLM-zorg is dit maximaal vijf jaar; bij behandeling gericht op herstel en/of aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag is dit twee jaar; bij aanvullende diagnostiek is dit drie maanden; en bij medebehandeling is dit maximaal één jaar.

<sup>17</sup> Er kan sprake zijn van medebehandeling op verzoek van een huisarts. De specialist ouderengeneeskunde, gz-psycholoog of de arts voor verstandelijk gehandicapten voeren de specifieke medische, gedragswetenschappelijke of paramedische behandeling uit. Het gaat hierbij om de behandeling, evaluatie en het bijstellen van de behandeling.



- toegevoegde waarde (juiste, passende, flexibele zorg geleverd vanuit goede kwaliteit);
- betaalbaarheid;
- toegankelijkheid.

*Zorgaanbieder:*

- financiële ruimte;
- multidisciplinaire samenwerking;
- expertise;
- maatwerk (flexibiliteit, innovatie, ontwikkelruimte).

*Zorgverzekeraar:*

- kostenbeheersing;
- zekerheid van kwaliteit;
- beschikbaarheid van zorg;
- (betaalbare) zorgpremie;
- transparantie van kwaliteit.

De samenwerking met partijen en de gesprekken met het veld hebben voor waardevolle input gezorgd. Met behulp van deze input is een consultatiedocument vervaardigd. Het consultatiedocument is opgenomen in bijlage 3. Daarin hebben wij een aantal bekostigingsopties ter consultatie voorgelegd en hierbij consultatievragen geformuleerd. De consultatieronde liep gedurende de maand september. De verkregen reacties zijn één-op-één overgenomen in bijlage 4.

De consultatiereacties van partijen hebben voor ons een bouwsteen opgeleverd om te komen tot een concept advies, welke wij wederom aan partijen hebben voorgelegd, gedurende eind oktober, begin november. De reacties op het concept advies zijn één-op-één overgenomen in bijlage 5. De consultatiereacties hebben, daar waar nodig en op de plaatsen waar dit betreft, geleid tot wijzigingen, aanvullingen en aanscherpingen.

Naast bovengenoemde consultatietrajecten hebben we gedurende het proces veelvuldig de samenwerking met veld- en branchepartijen opgezocht, om op die manier een beter inzicht te krijgen in de zorglevering en de huidige praktijk. Zo hebben we diverse werkbezoeken afgelegd en interviews met experts gehouden. De lijst met de ondernomen activiteiten gedurende het proces is opgenomen in bijlage 6. Bijlagen 3 tot en met 6 zijn als aparte losse bijlagen bij dit advies gepubliceerd, en zijn te vinden op onze website ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

## 1.5 Leeswijzer

Bij de keuze voor een bekostigingsoptie spelen verschillende elementen een rol. Dit zijn enerzijds elementen die wij vanuit bekostigingsoogpunt van belang vinden, inclusief de elementen uit het toekomstig kader zoals in hoofdstuk 2 staat uitgeschreven. Anderzijds destilleren we uit het adviesverzoek van VWS een aantal uitgangspunten en randvoorwaarden waaraan de bekostiging moet voldoen. Deze staan beschreven in paragraaf 3.2. Bij de uitwerking van ons advies voor de bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw is rekening gehouden met deze uitgangspunten.

Het advies is als volgt opgebouwd: in het volgende hoofdstuk schetsen we een toekomstperspectief. Maatschappelijke ontwikkelingen komen aan bod, net als speerpunten van de NZa, wat tot een kader leidt waar wij vanuit gaan bij de advisering over de bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg. Ook blikken we in dat hoofdstuk vooruit op een toekomstige bekostiging van deze zorg.

In hoofdstuk 3 geven we antwoord op het adviesverzoek van VWS en werken we ons advies voor de bekostiging gedetailleerd uit. Hierbij zoomen we in op onderwerpen als tarief, prestatiebeschrijving, macro budgettaire ontwikkeling en beheersing, en het tijdpad. In hoofdstuk 4 staat de uitwerking van de handhavingstoets. We beschrijven hier aandachtspunten en risico's die zijn geïdentificeerd als aanvullende geneeskundige zorg wordt overgeheveld.

## 2. Toekomstperspectief

### 2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

De verwachting is dat de zorg er in 2030 anders uitziet dan nu.

De volgende relevante demografische kenmerken in 2030 zijn:<sup>19</sup>

- acht miljoen volwassenen met één of meer chronische aandoeningen;
- anderhalf miljoen 65-plussers met functioneringsproblemen;
- tweeëneenhalf miljoen volwassenen met psychosociale problemen zoals eenzaamheid, angst en depressiviteit;
- twee miljoen volwassenen met psychische aandoeningen zoals middelenstoornissen, stemmingsstoornissen, schizofrenie en angststoornissen;
- een half miljoen jeugdigen hebben één of meerdere chronische aandoeningen zoals hoofdpijn, vermoeidheid, gehoorklachten.

En er zullen regionale verschillen te zien zijn. Zo verwacht men bijvoorbeeld dat er in Amsterdam een stijging zal optreden van mensen met psychiatrische aandoeningen, terwijl in Friesland daar een afname van wordt verwacht. Tegelijkertijd wordt in beide regio's een significante stijging van mensen met een beperking/aandoening aan het bewegingsapparaat verwacht.<sup>20</sup>

Bovengenoemde toekomstige demografische ontwikkelingen vragen om een andere manier van reguleren en bekostigen van zorg; er moet ruimte zijn voor regionaal maatwerk in samenwerking en bekostiging. In de afgelopen jaren is daar een start mee gemaakt met de hervorming van de langdurige zorg. Deze verandering is in de eerste plaats ingezet omdat de eisen die worden gesteld aan de organisatie van deze zorg aan het veranderen zijn. We worden ouder en tegelijkertijd stellen we andere eisen aan de kwaliteit van leven. Belangrijk onderdeel daarvan is dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen.<sup>21</sup> Hiervoor zijn onder andere voorzieningen ingericht in het gemeentelijk domein en is de bekostiging in de Zvw voor het eerstelijnsverblijf vorm gegeven. Ook met betrekking tot andere zorgvormen in de eerste lijn, de zorg dicht bij de mensen thuis, passen wij de bekostiging, binnen de kaders die VWS meegeeft aan. Voorbeelden die verder in dit hoofdstuk aan bod komen zijn de verpleging en verzorging in de wijk en geboortezorg.

Aanvullende geneeskundige zorg is zorg die gericht is op specifieke doelgroepen (kwetsbare) patiënten, die hen in staat stelt beter (en daarmee langer) thuis te functioneren. Deze zorg draagt eraan bij dat kwetsbare mensen tijdig de juiste geneeskundige zorg ontvangen in de eerste lijn, waardoor de huisarts wordt ontlast en er minder instroom is in de acute zorgketen.<sup>22</sup>

<sup>19</sup> Rapport ZiNL, 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren', 10 april 2015.

<sup>20</sup> TNO-rapport, in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen, 'Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronische aandoeningen', februari 2014, kenmerk TNO/LS 2013 R11019.

<sup>21</sup> Kamerbrief 'Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst', 25 april 2013, kenmerk 114352-103091-LZ.

<sup>22</sup> Zie bijlage 1: Kamerbrief 'Reactie pakketadvies Zorginstituut Nederland over extramurale behandeling; aanvullende geneeskundige zorg aan kwetsbare doelgroepen in de eerste lijn', 14 februari 2017, kenmerk 1059307-158930-LZ.

Hiermee is aanvullende geneeskundige zorg aanvullend op huisartsenzorg, verpleging en verzorging in de wijk, eerstelijnsverblijf en de gemeentelijke voorzieningen en zal er samen over de wettelijke domeinen heen gewerkt moeten worden.<sup>23</sup> Om verder invulling te kunnen geven aan het zo lang mogelijk thuis blijven wonen, zal de eerste lijn nadrukkelijker dan nu zorg moeten gaan verlenen aan (kwetsbare) specifieke groepen patiënten. Deze specifieke groepen patiënten werden voorheen ofwel binnen de voormalige AWBZ of binnen de medisch-specialistische zorg gezien. Door het verlenen van meer zorg in de eerste lijn en minder in de tweedelijns (medisch-specialistische) zorg vindt er substitutie plaats. Het experiment "Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde" (MESO-zorg) beschrijft hiervan goede resultaten.<sup>24, 25</sup> Zo laat de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet die aan dit experiment meedoet zien, dat door de inzet van de specialist ouderengeneeskunde doorverwijzingen naar de tweede lijn worden voorkomen. Een voorbeeld is dat met eenvoudige diagnostiek in de eerste lijn een ingewikkeld en uitgebreid traject in het ziekenhuis onnodig maakt. Dit is voor de patiënt prettiger en kan kosten- en tijdsbesparend werken.

Een andere maatschappelijke ontwikkeling dan de hiervoor beschreven ontwikkeling dat mensen langer thuis blijven wonen waardoor er in de eerste lijn meer zorg wordt gevraagd en geleverd, en die aanvullende geneeskundige zorg raakt, is dat niet de zorg, maar het welbevinden van de mens met zijn beperking voorop komt te staan. Er ontstaan steeds meer initiatieven die werken vanuit het concept positieve gezondheid. Positieve gezondheid biedt een gespreksinstrument over een zestal gezondheidsdimensies. Daarbij wordt naast lichaamsfuncties en dagelijks functioneren ook naar het mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven en sociaal maatschappelijk participeren gekeken.<sup>26</sup> Welbevinden start met zeggenschap. Mensen moeten ondersteuning, zorg en een woonomgeving kunnen krijgen die past in hun eigen leven.<sup>27</sup> Daarbij zal er ruimte moeten zijn voor diversiteit, maatwerk (denk aan het persoonsgebonden budget (PGB) en persoonsvolgende inkoop), bekostiging op basis van behoefte en uitkomsten, transparantie van kwaliteit en shared decision making. Het op een gevalideerde manier meten van gezondheid en uitkomsten van geleverde zorg is nu volop in ontwikkeling én in onderzoek.

Bovengenoemde maatschappelijke ontwikkelingen in combinatie met alsmat stijgende zorgkosten vragen om een andere organisatie van zorg en verdere ontwikkeling van preventie. Bij een andere organisatie van zorg kan men denken aan concepten als valued based healthcare en geïntegreerde zorg en bekostiging:

- Valued based health care<sup>28, 29</sup> richt zich op maximalisatie van de waarde van zorg voor de patiënt en het reduceren van de kosten van zorg.

---

<sup>23</sup> Wettelijke domeinen zijn bijvoorbeeld: Zvw, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet.

<sup>24</sup> Experiment EI-337 van de Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties.

<sup>25</sup> Barnhoorn H, Bertholet E: Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp. *Bijblijven* (2015) 31: 900-914.

<sup>26</sup> Stichting Institute for Positive Health, Positieve Gezondheid, beschikbaar via: <https://ipositivehealth.com/tools/positieve-gezondheid/>

<sup>27</sup> Kamerbrief 'Waardig leven met zorg', 26 februari 2016, kenmerk 930368-147878-LZ.

<sup>28</sup> Rapport Porter, M.E. 'Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results', 25 mei 2006.

<sup>29</sup> Porter, M.E. 'What Is Value In Health Care?', 23 december 2010.

Voor deze transformatie dient er sprake te zijn van helder gedefinieerde patiëntengroepen, meten van uitkomsten en kosten per patiënt, ketenfinanciering, ketenzorg, expansie van best practices en ondersteunende technologie.

- Bij geïntegreerde zorg<sup>30, 31</sup> en bekostiging worden mensen en hun behoeften centraal gesteld en niet hun aandoeningen. Daarbij worden mensen gestimuleerd zelf de regie in handen te nemen in plaats van aannemen van de geboden zorg en ondersteuning. Hierbij wordt er eveneens over de schotten heen samengewerkt. Er zijn voldoende aanwijzingen dat deze manier van organiseren van zorg effectiever is en kosten reduceert.

Voor de verdere ontwikkeling van preventie zal de focus verschuiven van nazorg naar voorzorg, zoals de commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen heeft geadviseerd.<sup>32</sup> In een zo vroeg mogelijk stadium de juiste preventie op maat leveren kan het beroep op dure, gespecialiseerde zorg verminderen. Ook hierbij zal samen over de schotten van wettelijke domeinen heen gewerkt moeten worden, om zorgvragen eerder te ondervangen. Zorgvragen, bijvoorbeeld hartkloppingen bij volwassenen, kunnen ook hun oorsprong hebben in problemen bij de opvoeding, op het werk, in de partnerrelatie of de woonomgeving. Een integrale aanpak is nodig vanuit onderwijs, werk, buurt en vanuit zorg.<sup>33</sup>

## 2.2 Speerpunten NZa

Bij alles wat wij doen, staat het belang van de burger voorop. Die moet erop kunnen vertrouwen dat er goede en betaalbare zorg is als hij of zij die nodig heeft. Om genoemde maatschappelijke ontwikkelingen vorm te laten krijgen, willen wij de komende jaren de slag maken van reguleren en controleren naar gezamenlijk realiseren. Dit verwachten wij te behalen door te focussen op nieuwe vormen van regulering en toezicht (dynamisch, anticiperend) en van denken in processen en organisatiestructuren naar identificeren van maatschappelijke problemen en samen realiseren van oplossingen. Ons toekomstperspectief gaat uit van nieuwe vormen van bekostiging, ruimte voor regionale en/of lokale diversiteit, preventie als basis en onlosmakelijk onderdeel van de zorgverlening, inclusief preventie vallend binnen de Zvw,<sup>34</sup> ontschotting van de huidige regulering, (zorg)arrangementen gebaseerd op uitkomsten (netwerken), toezicht met focus op kwaliteit en innovatie naast betaalbaarheid en toegankelijkheid en ingrijpen als belangen van de burger worden geschaad.

Speerpunten van de NZa voor de komende jaren zijn:

- integrale zorg: De NZa vindt maatwerk van belang. Zo zetten wij bijvoorbeeld in op sector overstijgende ontschotting.
- administratieve last: Lage administratieve belasting is mogelijk door vereenvoudiging van administratie, verminderen van administratieve lasten en het faciliteren van de contractering.

<sup>30</sup> Rapport World Health Organization, What are integrated people-centred health services? 2015. Zie website:

<http://www.who.int/servicedeliverysafet/areas/peoplecentred-care/ichs-what/en/>

<sup>31</sup> Rapport World Health Organization, Integrated care models: an overview, oktober 2016.

<sup>32</sup> ZiNL, onder redactie van De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, Rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen, de contouren', 10 april 2015 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2014, 29 282, nr. 221).

<sup>33</sup> Kamerbrief 'Preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten', 25 maart 2016, kenmerk 147077-Z.

<sup>34</sup> Rapport College voor zorgverzekeringen, Van preventie verzekerd, 16 juli 2007.

- waardegedreven zorg: We stimuleren de omslag van sturen op volume naar sturen op uitkomsten: resultaatbeloning.
- goed bestuur: De NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zetten de komende tijd actief in op goed bestuur.
- transparantie van zorg: We willen meer aandacht voor transparantie van geleverde zorg als keuze-informatie voor burgers. Zowel voor kwaliteit, prijs als toegankelijkheid.
- maatwerk in bekostiging: Binnen bestaande bekostigingssystemen is er ruimte voor maatwerk voor specifieke groepen danwel regio's. Bij nieuwe bekostiging wordt rekening gehouden met maatwerk onder andere door naar lokale initiatieven te kijken.
- toegankelijke zorg: In het bijzonder aandacht geven aan wachttijden en wachtlijsten. Transparantie van onder andere toegangstijden is hierbij van belang.

Om invulling te geven aan deze speerpunten willen wij ons de komende jaren voor wat betreft de eerstelijnszorg (waar aanvullend geneeskundige zorg onder wordt gepositioneerd) met name richten op de volgende ambities, binnen de kaders die VWS meegeeft. Hierbij geven we aan welke sectoren al klaar zijn om dergelijke stappen te zetten.

#### *Integrale bekostiging*

We zetten de eerste stappen op weg naar integrale bekostiging rond patiëntengroepen. De focus ligt hierbij op goede uitkomsten en transparantie over kwaliteit (verpleging en verzorging in de wijk, zintuigelijk gehandicaptenzorg en de paramedische zorg). Daarnaast werken we aan verbetering van de huidige bekostigingsmodellen op basis van de speerpunten: substitutie, samenwerking, preventie, kwaliteit, zorgzwaarte (mondzorg en farmacie). We streven niet alleen naar veranderingen binnen sectoren. We gaan ook stappen zetten in sector overstijgende, integrale bekostiging bij de geboortezorg (eerste en tweede lijn samen) en bij de verpleging en verzorging in de wijk met de huisartsenzorg (rondom dezelfde patiëntengroepen). De bekostiging voor aanvullende geneeskundige zorg is, hoewel financieel klein van omvang, een concrete uitwerking voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn.

Of en op welke wijze integrale bekostiging hierin mogelijk is, schetsen wij in de volgende hoofdstukken van dit advies.

#### *Regionale experimenten samenwerking, preventie en kwaliteit*

We stimuleren regionale experimenten en koplopers rondom samenwerking, preventie en kwaliteit. We geven binnen de verschillende sectoren ruimte voor regionaal maatwerk en stimuleren lokale experimenten met nieuwe vormen van bekostiging. We zoeken naar mogelijkheden om belemmeringen in het samenwerken over de schotten verder op te heffen (coördinatie van zorg, zorgnetwerken, experimenten met meerdere zorggroepen) en stimuleren preventie (denk aan leefstijlcoaching).

#### *Proactieve toezichtstrategie*

We monitoren sectorontwikkelingen intensiever en voeren de regie. In sectoren waar we wijzigingen hebben doorgevoerd, gaan we de contractering actief monitoren. Daarbij richten we ons met name op toegankelijkheid en kwaliteit. Dit geldt ook voor sectoren waar we aanhoudend signalen ontvangen over de druk op de tarieven en waar wij op de lange termijn risico's zien voor de kwaliteit en toegankelijkheid. We hebben daarbij een proactieve toezichtstrategie, met focus op de sectoren waarin we de meeste impact kunnen hebben voor de burger.



## 2.3 Kader bekostiging

Maatschappelijke ontwikkelingen, inclusief de toekomstige demografische kenmerken (paragraaf 2.1), onze speerpunten (paragraaf 2.2) en de gezamenlijk geformuleerde kernwaarden (paragraaf 1.4) vormen samen het kader waar wij vanuit gaan bij de advisering over de bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg.

Op hoofdlijnen zullen de volgende elementen van invloed zijn op de methode van bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg op lange(re) termijn:

- *regionaal maatwerk*: ruimte voor regionale en lokale diversiteit, integrale zorg, sector overstijgende ontschotting;
- *zo lang mogelijk zelfstandig thuis willen wonen*: over de schotten van wetgeving heen werken, geïntegreerde zorg, multidisciplinaire programma's/samenwerking, toegankelijkheid, herinrichting eerste lijn, substitutie van de tweede naar de eerste lijn;
- *preventie*: focus van nazorg naar voorzorg, over de schotten van wetgeving heen werken, een integrale aanpak is benodigd vanuit het onderwijs, het werk, de buurt en vanuit de zorg;
- *welbevinden voorop*: zeggenschap, eigen regie, positieve gezondheid, toegevoegde waarde, diversiteit, maatwerk, bekostiging op basis van behoefte (zorgzwaarte), transparantie van zorg (keuze-informatie), value based healthcare en shared decision making;
- *integrale bekostiging rond patiëntengroepen*: (zorg)arrangementen gebaseerd op uitkomsten (transparantie van kwaliteit, zekerheid over kwaliteit), waardegedreven zorg en geïntegreerde zorg;
- *experimenten koplopers*: stimuleren regionale experimenten en koplopers rondom samenwerking, preventie en kwaliteit, (financiële ruimte), lokale initiatieven voor maatwerk;
- *betalbaarheid en toegankelijkheid*: beschikbaarheid (van zorg), transparantie toegangstijden, goed bestuur, betaalbaarheid, kostenbeheersing en (betaalbare) zorgpremie;
- *verlagen administratieve lasten*: vereenvoudigingen, verminderen en faciliteren contractering.

In figuur 4 hebben we enkele van bovengenoemde elementen die het kader van bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg vormen gevisualiseerd.

**Figuur 4: Visualisatie kader bekostiging aanvullende geneeskundige zorg**



*Draagvlak kader bekostiging aanvullende geneeskundige zorg*

Er is draagvlak voor het kader van de bekostiging voor aanvullende geneeskundige zorg. Aandachtspunten van belang voor de verdere vormgeving van de bekostiging welke door partijen zijn genoemd, zijn aspecten van keuzevrijheid van de patiënt, een zachte landing in combinatie met het budgettaire kader van de overheveling van de zorg, een flexibele inzet van zorgverleners en duidelijkheid over de regierol in de zorg. Daarnaast vindt men de doelgroep afbakening en eenheid van taal van belang, omdat zo de zorg geleverd binnen de aanvullende geneeskundige zorg te onderscheiden is van de huidige zorg geleverd binnen de Zvw, en omdat de doelgroepen divers zijn. Een aantal partijen zien voor zichzelf een rol weggelegd om bij te dragen aan leertrajecten en proeftuinen. Tot slot zijn we door veldpartijen erop geattendeerd dat bepaalde zorg, die nu niet in de duiding van het ZiNL genoemd wordt, aandacht behoeft, zoals apotheekzorg. In de volgende alinea staan we stil bij deze zorg.

*Ruimte voor optimale medicamenteuze zorg*

De afgelopen jaren is er, mede vanuit VWS, veel aandacht geweest voor medicatieveiligheid. Ook voor de (nabije) toekomst zijn er mogelijkheden om aandacht te blijven schenken aan een verdere optimalisatie van de medicamenteuze begeleiding en beoordeling. Daarbij kan men denken aan medicatiebeoordelingen inclusief analyses vanwege polyfarmacie. Recent is onderzoek<sup>35</sup> gedaan naar de functie van de apotheker. Hieruit bleek dat zowel de specialist ouderengeneeskunde als de arts voor verstandelijk gehandicapten meestal zelfstandig medicatiebeoordelingen doen.

Een medicatiebeoordeling samen met arts, patiënt en apotheker is kenmerkend voor de zorg zoals deze op dit moment geleverd wordt door een huisarts. De praktijkvoering waarin huisarts, apotheker en patiënt samen betrokken zijn bij de medicamenteuze begeleiding en beoordeling kan nagevolgd worden door de combinaties specialist ouderengeneeskunde, apotheker en patiënt en door arts voor verstandelijk gehandicapten, apotheker en patiënt.

## 2.4 Toekomstige bekostiging

De vier specifieke doelgroepen vragen om zorg die veelal door een multidisciplinair team van zorgverleners wordt verleend. Een patiënt kan in de Zvw vanuit verschillende aanspraken aanspraak maken op de zorg die deze verschillende zorgverleners verlenen. In het bekostigingsvraagstuk is dit van belang, want iedere aanspraak heeft weer eigen voorwaarden en beperkingen, bijvoorbeeld de beperkingen en voorwaarden bij de aanspraak op paramedische zorg.

De te onderscheiden keuzes voor bekostiging in de Zvw kunnen grofweg gesplitst worden in twee richtingen:

1. Bekostiging op basis van monodisciplinaire prestaties en tarieven (monodisciplinaire bekostiging);
2. De integrale bekostiging van multidisciplinaire zorg (multidisciplinaire bekostiging).

Bekostigingsopties kunnen elkaar opvolgen in de tijd. De korte termijn schetsen wij als het moment dat de Tijdelijke subsidieregeling overgaat in de bekostiging vanuit de Zvw. Dit is op zijn vroegst 1 januari 2019. Wanneer de bekostiging een aantal jaren in de Zvw staat spreken we van de lange termijn.

Hieronder lichten wij dit verder toe.

*Monodisciplinaire bekostiging*

Onder monodisciplinaire bekostiging verstaan wij de bekostiging van afzonderlijke zorgverleners die zorg leveren aan de patiënt. Dit staat los van de manier waarop de organisatie van deze zorg is geregeld. Die zorg kan dus best geïntegreerd geleverd zijn; de organisatie en samenwerking kunnen multidisciplinair vormgegeven zijn. Iedere zorgverlener declareert zijn eigen geleverde deel aan zorg apart. Onder voorwaarden kan voor deze bekostigingsoptie gekozen worden. De uitwerking die wij op de korte termijn het meest haalbaar en uitvoerbaar achten is het zoveel mogelijk aansluiten bij de prestaties en tarieven vanuit de Tijdelijke subsidieregeling. In hoofdstuk 3 werken we dit gedetailleerd uit.

---

<sup>35</sup> Kim Ditzel: Advies Polyfarmacie binnen de extramurale behandeling. De functie van de apotheker. September 2017.

### *Multidisciplinaire bekostiging*

In tegenstelling tot de monodisciplinaire bekostiging declareert binnen een multidisciplinaire bekostiging niet elke zorgverlener voor zich, maar valt de zorg als geheel onder één enkele prestatie. In de basis gaat het om een 'arrangement' van zorg, waarbij alle (behandel)activiteiten rondom de zorgvraag van de patiënt onderdeel zijn van een prestatie. Vanuit deze integrale prestatie leveren alle individuele zorgverleners de zorg. Het kan gaan om een prestatie per dag, een prestatie per week, een prestatie voor delen van het zorgtraject (bijvoorbeeld functiegerichte modules) en ook prestaties voor het gehele zorgtraject zijn denkbaar.

Voor de lange termijn is door partijen de wens geuit om toe te werken naar een multidisciplinaire integrale vorm van bekostiging. Dit is ook het perspectief waar wij naartoe willen werken en sluit aan bij het in paragraaf 2.3 uitgewerkte kader voor bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg.

Een multidisciplinaire bekostiging ondersteunt het multidisciplinaire karakter van de zorg en doet recht aan de specifieke expertise die veelal nodig is voor deze patiënten. Het kent een hoofdaannemer die voor de zorgverzekeraar als aanspreekpunt fungeert voor het gehele arrangement aan zorg. Dit geeft een prikkel om op voorhand de kwaliteit en doelmatigheid transparanter te maken. Als aanvullende geneeskundige zorg is overgeheveld en in de Zvw staat, kan met partijen in een doorontwikkeltraject worden verkend waar mogelijkheden liggen om de bekostiging multidisciplinair en integraal vorm te geven. De koppeling van bekostiging aan de uitkomsten van zorg zijn hierbij mogelijke perspectieven om naartoe te werken. Hiervoor moeten we eerst de weg afleggen naar meer transparantie over kwaliteit, omdat deze informatie nu ontbreekt. Bij het met elkaar toewerken naar waardegedreven zorg kunnen we het eerdergenoemde experiment MESO als goed voorbeeld gebruiken.

In aanpalende sectoren zijn soortgelijke doorontwikkeltrajecten al in gang gezet. Enkele voorbeelden hiervan zijn de verpleging en verzorging in de wijk en eerstelijnsverblijf in samenhang met de geriatrische revalidatiezorg. In de doorontwikkeling verpleging en verzorging wordt een verkenning gedaan naar voorspellende kenmerken voor de zorg die wordt geleverd aan een bepaalde homogene groep (populatie). De feitelijk geleverde zorg staat dan niet meer centraal in de te declareren prestaties, wel de zorgzwaarte en de uitkomsten van de zorg. Binnen de doorontwikkeling eerstelijnsverblijf met de geriatrische revalidatiezorg wordt toegewerkt naar het verduidelijken of opheffen van het onderscheid tussen deze zorgvormen, waarbij de bekostiging de inhoud van de zorg zal volgen. Voor aanvullende geneeskundige zorg houden we de samenloop van ontwikkelingen binnen de sectoren verpleging en verzorging in de wijk, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg in de gaten, om in de toekomst een soortgelijk traject te volgen.

Multidisciplinaire prestaties kunnen we op meerdere manieren vormgeven, afhankelijk van onder andere de uitvoerbaarheid en (kosten)homogeniteit van producten: op basis van standaarden, zorgzwaarte op functieprogramma's. Deze verschillende manieren staan hieronder beschreven.

### *Op basis van standaarden*

Een voorbeeld hiervan is de bekostiging zoals binnen segment 2 van de huisartsenzorg. In segment 2 zijn prestaties opgenomen binnen een zorgketen, die programmatisch van aard zijn en geleverd worden binnen een multidisciplinair organisatorisch verband.

Op dit moment kennen we een aantal integrale zorgvormen die op basis van vastgestelde zorgstandaarden geleverd worden als programma binnen segment 2A. Voorbeelden van specifieke aandoeningen zijn chronisch obstructief longlijden (COPD) en diabetes mellitus type 2 (DM2). De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestaties worden beschreven in de zorgstandaarden.

De zorgstandaarden zijn gebaseerd op kostenhomogene producten, waarvoor een bekostigingsstructuur kan worden gevormd. Voor deze manier van bekostigen van aanvullende geneeskundige zorg is dus het bestaan van standaarden voor de specifieke aandoeningen zoals deze voorkomen onder aanvullende geneeskundige zorg nodig.

*Op basis van zorgwaarte*

Een andere mogelijkheid is om multidisciplinaire prestaties niet te koppelen aan een aandoening maar aan de zorgwaarte van patiënten. Patiënten met verschillende aandoeningen maar met een vergelijkbare zorgwaarte vallen dan onder eenzelfde prestatie. Voorbeelden van dergelijke bekostigingssystemen bestaan al, namelijk eerstelijnsverblijf en de generalistische basis-ggz. Binnen eerstelijnsverblijf worden de drie prestaties laag complex, hoog complex en palliatief terminale zorg onderscheiden, waarvoor een tarief per dag geldt. Binnen de basis-ggz bestaan de trajecten kort, middel, intensief en chronisch, waarvoor een tarief per geheel zorgtraject van de patiënt geldt. Aan de hand van een aantal voorspellende kenmerken wordt bepaald welke prestatie de zorgaanbieder kan declareren. Voor een dergelijke manier van bekostigen van aanvullende geneeskundige zorg vereist dit systeem onder andere, dat bepaald kan worden welke kenmerken voorspellend zijn voor de zorg die geleverd wordt.

*Op basis van functieprogramma's*

Een derde optie is om op landelijk vastgesteld niveau van functieprogramma's als integraal arrangement in een prestatie vast te leggen. De prestaties kunnen bij verschillende patiënten en in wisselende samenstelling worden gebruikt. Bij een functieprogramma gaat het om algemene aspecten van zorg, en worden de kennis en expertise rondom een bepaald onderdeel van geneeskundige zorg gebundeld. Voorbeelden van functieprogramma's zijn: 'wondzorg & decubitus' en 'slikken'.

*Van monodisciplinaire naar multidisciplinaire bekostiging*

Om invulling te geven aan een vorm van multidisciplinaire bekostiging moeten sector overstijgende afspraken worden gemaakt (ontschotting), waar ruimte is voor regionaal maatwerk en voor (zorg)arrangementen gebaseerd op uitkomsten zoals kwaliteit en transparantie. Een voorbeeld van integrale zorgverlening en integrale bekostiging is de geboortezorg. Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een geboortezorgorganisatie kunnen in 2017 een integraal tarief voor geboortezorg afspreken met verzekeraars. Het integrale tarief is bedoeld om de samenwerking tussen de verschillende disciplines van zorgverleners makkelijker te maken en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Trekken we deze ontwikkeling door voor aanvullende geneeskundige zorg dan zouden we, binnen de kaders die VWS meegeeft, kunnen toewerken naar een integrale vorm van bekostiging (van zorgarrangementen) voor patiënten in de eerste lijn van waaruit geneeskundige zorg, psychologische en paramedische zorg en verpleegkundige zorg wordt bekostigd, waarbij al dan niet de behoefte is aan medisch noodzakelijk verblijf.

Uit de duiding van ZiNL volgt dat voor een uniforme zorgverlening in de praktijk het nodig is dat er per aandoening beschrijvingen van 'goede zorg' zijn.<sup>36</sup> De beschrijving van de multidisciplinaire zorg in zorgstandaarden is gericht op duidelijkheid over zorginzet en over verantwoordelijkheid van individuele zorgverleners. Er zijn twee goede voorbeelden beschikbaar, de ziekte van Huntington en niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Afgezien van deze twee goede voorbeelden moeten er nog veel beschrijvingen van goede zorg worden uitgewerkt. Het slagen van een multidisciplinaire bekostiging (met tariefregulering) staat of valt met deze beschrijvingen. De vormgeving van een multidisciplinaire bekostiging hangt af van het kunnen bepalen en vaststellen van (kosten)homogene producten. Bij homogene prestaties is er een duidelijk onderscheid tussen de verschillende prestaties.

Idealiter moet de homogeniteit van de tijdbesteding per discipline of kosten volgen uit (zorg- of kwaliteits-) standaarden. De uitvoerbaarheid en mate van tariefregulering van multidisciplinaire bekostiging is dus sterk afhankelijk van beschrijvingen van goede zorg op landelijk niveau, niet op instellingsniveau. Dit komt doordat we redelijkerwijs kostendekkende tarieven vaststellen op basis van gemiddelde kosten. Dit tarief stelt een zorgaanbieder in staat om de zorg redelijkerwijs kostendekkend te leveren. Daarentegen, het vaststellen van een tarief voor standaarden op instellingsniveau kent teveel (praktijk)variatie waardoor deze gemiddeld niet kostendekkend zullen zijn voor alle zorgaanbieders.

Concluderend kunnen we stellen dat multidisciplinaire integrale vorm van bekostiging voor de korte termijn niet haalbaar en uitvoerbaar is, maar wel het perspectief om naar toe te werken op langere termijn. Deze weg bewandelen we nadat de zorg is overgeheveld naar de Zvw, gezamenlijk met partijen.

---

<sup>36</sup> Rapport Zorginstituut Nederland, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876.

## 3. Bekostiging

### 3.1 Inleiding

Het adviesverzoek van de minister is in vier vragen uitgesplitst. Deze staan in het kader hieronder.

Ik verzoek u voor de te hanteren prestatiebeschrijvingen en tarieven te adviseren over de volgende vragen:

- A. Of - en op welke wijze - kan worden aangesloten bij huidige bekostigingsmodellen zoals deze in de Zvw voorkomen.
- B. Voor zover deze zorg en zorgprogramma's niet zijn in te passen binnen de huidige bekostigingsmodellen zoals deze in de Zvw voorkomen, verzoek ik u mij te adviseren over de prestatiebeschrijvingen en de tariefsoort die zouden moeten gelden voor deze zorg.

In dit advies vraag ik u mee te nemen:

- C. Of er significante veranderingen in de opbrengsten bij zorgaanbieders zijn te verwachten als gevolg van de wijziging van het bekostigingsstelsel en of daarbij flankerende maatregelen noodzakelijk zijn.
- D. Of de geadviseerde prestatiebeschrijvingen effect hebben op het verplicht eigen risico en eigen bijdragen in de Zvw.

In dit hoofdstuk geven we antwoord op het adviesverzoek en we gaan daarbij in op de vier specifieke deelvragen. We starten met een beschrijving van het vormgevend kader waarbinnen wij dit advies hebben opgesteld. Daarna volgt ons advies bekostiging. Hierbij zoomen we in op onderwerpen als tarief, prestatiebeschrijving, voordelen, consequenties en macro budgettaire ontwikkeling en beheersing. Het tijdspad komt als laatste aan bod.

### 3.2 Vormgevend kader

De minister heeft ons gevraagd om bij de beantwoording van de vragen uit te gaan van een aantal randvoorwaarden. Ook is ons gevraagd uit te gaan van de bestaande situatie in wet- en regelgeving en huidige aanspraken Zvw. Aangezien het besluit om wel of niet bij bestaande situatie in wet- en regelgeving aan te sluiten gevolgen heeft voor onder andere administratieve lasten bij zorgaanbieders, willen wij deze consequenties belichten zodat deze meegewogen kunnen worden in verdere besluitvorming.

Bovenstaande betekent dat wij in onze overwegingen een aantal zaken als gegeven hebben beschouwd.

#### *Eigen risico*

Er moet nog een besluit worden genomen over het al dan niet van toepassing laten zijn van het eigen risico op aanvullende geneeskundige zorg of delen hiervan. Hierin zijn twee hoofdkeuzen te onderscheiden: het eigen risico is wel van toepassing of niet van toepassing.

Als we uitgaan van huidige duidingen, aanspraken en wet- en regelgeving dan is het eigen risico niet van toepassing op de zorg geleverd door specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten.

De geneeskundige zorg van deze beroepsgroepen is immers geduid als 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.<sup>37</sup> Het eigen risico is wél van toepassing op zorg zoals klinisch-psychologen en zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden en op paramedische zorg. Dat betekent dat voor zorg geleverd door gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en alle paramedische disciplines het eigen risico geldt.

Het wel of niet van toepassing zijn van het eigen risico heeft gevolgen voor het inzichtelijk maken van prestaties. Hier komen we later op terug. We nemen nu als gegeven aan dat de keus hierover nog gemaakt moet worden.

#### *Beperkingen en voorwaarden onder de Zvw*

In de Zvw gelden beperkingen en voorwaarden op paramedische zorg. Voor fysiotherapie en oefentherapie geldt dat behandeling voor een beperkt aantal aandoeningen wordt vergoed en bij patiënten vanaf de leeftijd van achttien jaar de eerste 20 behandelingen niet vergoed worden. Ergotherapie wordt voor maximaal tien uren uit de basisverzekering vergoed en diëtetiek voor maximaal drie uren. Het wel of niet van toepassing zijn van beperkingen en voorwaarden voor paramedische zorg heeft gevolgen voor het inzichtelijk maken van prestaties. Hier komen we later op terug. We nemen nu als gegeven aan dat de keus hierover nog gemaakt moet worden.

#### *Budgettaire kaders*

Het is nog onduidelijk onder welke budgettaire kaders de verschillende zorgvormen zoals deze nu onder de Tijdelijke subsidieregeling worden gegeven, zullen vallen na de overheveling naar de Zvw. Hiervoor zijn twee hoofdkeuzen te onderscheiden: het budgettaire kader valt uiteen in verschillende kaders óf er geldt één budgettair kader voor aanvullende geneeskundige zorg.

Het wel of niet uiteenvallen van het budgettaire kader in verschillende kaders heeft gevolgen voor het inzichtelijk maken van prestaties. Hier komen we later op terug. We nemen nu als gegeven aan dat de keus hierover nog gemaakt moet worden.

#### *Vervoer is uitgezonderd van regulering*

Vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten zoals beschreven in artikel 10 Zvw valt onder de te verzekeren prestaties van de Zvw. Dit is verder uitgewerkt in het Bzv.<sup>38</sup> De NZa stelt geen prestaties en tarieven vast voor zittend ziekenvervoer, zoals beschreven in artikel 2.14 van het Bzv. Ondanks dat wij geen prestaties en tarieven vaststellen voor vervoer kunnen zorgaanbieders kosten wel in rekening brengen op basis van de regeling zittend ziekenvervoer. Dat dit gevolgen kan hebben voor zorgaanbieders (voor wat betreft opbrengsten) en voor de patiënt (voor wat betreft eigen risico en eigen bijdrage) beschrijven we verderop in dit hoofdstuk.

---

<sup>37</sup> Dit staat beschreven in het ZiNL rapport 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw' van oktober 2016. In het (latere) advies 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten, Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz' van september 2017 voegt het Zorginstituut toe dat het ook kan gaan om 'zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'. In voorliggend advies gaan wij uit van de duiding zoals beschreven staat in het eerstgenoemde rapport.

<sup>38</sup> Artikel 2.13 tot en met 2.15 Bzv.



Daarnaast zijn door de minister de volgende randvoorwaarden gesteld waarmee wij rekening houden:

- De onderbrenging van deze zorg in de Zvw geschiedt budgetneutraal (macro).
- De onderbrenging vindt plaats op zijn vroegst per 1 januari 2019.
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg.
- Er gelden adequate prikkels voor het transparant maken van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.
- Er is sprake van voldoende transparantie voor sturing en toezicht, zowel wat betreft de zorgzwaarte, de geleverde zorg en de kwaliteit van zorg (zowel patiëntbeleving als behandelresultaten).
- De bekostiging van deze zorg sluit aan op de bekostiging van de overige eerstelijnszorg zoals de huisartsenzorg, verpleging en verzorging in de wijk, ggz, geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf.
- De macro budgettaire beheersbaarheid is gewaarborgd.

### 3.3 Advies bekostiging

Verzoek A: Of - en op welke wijze - kan worden aangesloten bij huidige bekostigingsmodellen zoals deze in de Zvw voorkomen.

#### *Specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten*

Voor de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten bestaat binnen de Zvw momenteel geen geschikte bekostigingsvorm. Gezien de duiding van het ZiNL dat het bij deze zorg gaat om 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', ligt het voor de hand om voor de zorg geleverd door deze disciplines aan te sluiten bij de bekostiging van huisartsenzorg. Deze bekostiging is hiervoor echter niet geschikt, omdat deze bekostigingsvorm specifiek is toegesneden op huisartsen en niet op het palet 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'. Huisartsenzorg kenmerkt zich door een systeem van vaste inschrijvingstarieven met daarnaast declarabele prestaties. Bij de zorgverlening door de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten is geen sprake van ingeschreven patiënten en dus geen sprake van inschrijvingstarieven. Partijen hebben de wens geuit om voor de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten een aparte bekostiging vast te stellen, die daarnaast recht doet aan de specifieke deskundigheid die deze disciplines met zich meebrengen. Het is daarbij voor zorgverzekeraars van belang dat helder wordt gemaakt waar het 'aanvullende aspect' van deze zorg in zit.

#### *Gedragsdeskundigen en vaktherapeuten*

Voor de bekostiging van gedragsdeskundigen en vaktherapeuten hebben ons gedurende het consultatietraject diverse signalen bereikt van knelpunten als gebruik wordt gemaakt van de bestaande bekostigingssystemen onder de Zvw. Huidige bekostigingsmogelijkheden voor deze disciplines zijn te vinden in de ggz-bekostiging. De bestaande ggz-prestaties zijn volgens de consultatiepartijen niet geschikt voor de bekostiging van zorg die valt onder aanvullende geneeskundige zorg. De redenen hiervoor zijn met name dat de opzet van de zorg binnen de ggz-bekostiging anders is dan de zorgverlening binnen de aanvullende geneeskundige zorg (en dat daarmee de prestaties niet aansluiten); dat voor de bekostiging van de ggz altijd sprake moet zijn van een vermoeden van een DSM stoornis en dit is niet altijd het geval voor aanvullende geneeskundige zorg en als laatste, dat binnen de aanvullende geneeskundige zorg niet kan worden voldaan aan de voorwaarden die binnen de regelgeving van de geneeskundige ggz worden gesteld, waaronder de voorwaarden vanuit het kwaliteitsstatuut.

### *Paramedische zorgverleners*

Voor wat betreft de paramedische zorg zijn partijen van mening dat de eerstelijns prestaties (overigens met vrije tarieven) voor deze disciplines onvoldoende zijn toegesneden op de paramedische zorg die wordt verleend binnen de Tijdelijke subsidieregeling. Het gaat bij aanvullende geneeskundige zorg om meer specialistische zorg en om specifieke deskundigheid van de zorgverleners, die nu veelal niet binnen bestaande eerstelijns praktijken wordt geleverd. De zorglevering door de paramedische zorgverleners vindt vooral plaats in en vanuit Wlz-instellingen.

Een aanpassing in de bekostigingsregelgeving zou nodig zijn. Een voorbeeld hiervan is het kunnen declareren van meerdere, kortere behandelmomenten per dag. Daarnaast kunnen (naar verwachting de meeste) instellingen niet declareren via de bestaande eerstelijnsprestaties voor fysiotherapie en oefentherapie.<sup>39</sup> Veel instellingen zijn namelijk uitgesloten van de mogelijkheid om gebruik te maken van deze prestaties. Dat volgt uit de reikwijdte van de betreffende beleidsregels, in navolging van de aanwijzing.<sup>40</sup>

### *Zorg in een groep*

Een bekostiging voor zorg in een groep voor de specifieke doelgroepen van de aanvullende geneeskundige zorg komt in de Zvw niet voor.

### Concluderend

Voor zorg die valt onder aanvullende geneeskundige zorg kan niet op korte termijn worden aangesloten bij huidige bekostigingsmodellen zoals deze in de Zvw voorkomen. Dit wordt onderschreven door partijen.

Verzoek B: Voor zover deze zorg en zorgprogramma's niet zijn in te passen binnen de huidige bekostigingsmodellen zoals deze in de Zvw voorkomen, verzoek ik u mij te adviseren over de prestatiebeschrijvingen en de tariefsoort die zouden moeten gelden voor deze zorg.

Om antwoord te geven op deze vraag zijn we gestart met een verkenning van de mogelijkheid om multidisciplinaire bekostigingsprestaties vorm te geven op basis van zorgstandaarden, zorgzwaarte of functieprogramma's. Bij een multidisciplinaire bekostiging valt de zorg als integraal geheel onder een enkele bekostigingsprestatie. Deze wijze van bekostigen is voor de toekomst de meest wenselijke optie en tevens het perspectief waar we naartoe kunnen werken, binnen de door VWS gestelde kaders. Voor de korte termijn is deze optie echter niet haalbaar, zoals we in paragraaf 2.4 hebben beschreven. Echter, overheveling van deze zorg naar de Zorgverzekeringswet op de korte termijn prevaleert boven de uitwerking van de meest wenselijke bekostigingsoptie onder de Tijdelijke subsidieregeling. Wat we vervolgens hebben gedaan is verkend wat voor de korte termijn de meest haalbare vorm van bekostigen is.

We hebben als analyse op verzoek A geconcludeerd dat niet kan worden aangesloten bij huidige bekostigingsmodellen zoals deze in de Zvw voorkomen. Daardoor zijn we de mogelijkheid gaan verkennen om aan te sluiten bij de bestaande prestaties onder de Tijdelijke subsidieregeling.

<sup>39</sup> Zoals weergegeven in de beleidsregel voor fysiotherapie (BR/REG-17104) en de beleidsregel voor oefentherapie (BR/REG-17105).

<sup>40</sup> Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 januari 2008, CZ/EKZ-2822885, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg houdende nadere bepaling van de werkingssfeer van de aanwijzingen vrije prijsvorming fysiotherapie en oefentherapie.

Het voordeel hiervan is dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de huidige praktijk en bekostiging, zoals deze nu geldt. Partijen zijn gewend met deze prestaties te werken. De overgang van de 'veilige plek' in de subsidieregeling naar 'een relatief onbekende situatie' namelijk bekostiging onder de Zvw wordt daarmee zo laagdrempelig mogelijk gemaakt ten behoeve van een zogenoemde 'zachte landing'. Als laatste, overheveling kan hierdoor op korte termijn plaatsvinden waardoor de focus kan liggen op de doorontwikkeling van de bekostiging richting toekomstig perspectief. Partijen spreken ook de voorkeur uit voor deze vorm van bekostiging op de korte termijn.

Bekostiging op basis van de prestaties uit de Tijdelijke subsidieregeling blijkt voor de overheveling op korte termijn de meest geschikte optie te zijn.

#### **Advies**

Wij adviseren voor de overheveling van aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn aan te sluiten bij de prestaties onder de Tijdelijke subsidieregeling, en het aantal prestaties terug te brengen van negentien naar tien. Als tariefsoort adviseren wij een maximumtarief.

Hieronder werken wij deze bekostigingsoptie verder uit.

#### *Vormgeving prestaties*

Voor de bekostiging stellen wij voor om de totale Zvw-zorglevering vallend onder aanvullende geneeskundige zorg te vatten onder een beperkt aantal bekostigingsprestaties. De Tijdelijke subsidieregeling maakt gebruik van in totaal negentien bekostigingsprestaties. Deze prestaties zijn gebaseerd op bepaalde grondslagen en zijn gedifferentieerd naar specifieke doelgroepen. Het overnemen van in totaal negentien prestaties in de bekostiging maakt de bekostiging administratief belastend en is overbodig. De Zvw gaat niet uit van grondslagen noch van doelgroepen maar gaat uit van functiegericht omschreven aanspraken. Dat houdt in dat prestaties niet gekoppeld zijn aan type zorgverlener, maar dat in de prestatie de geleverde zorg wordt beschreven, onafhankelijk van welke zorgverlener deze zorg levert. De prestaties richten zich op de inhoud van zorg en zijn niet gericht op bepaalde doelgroepen met grondslagen. Dit uitgangspunt passen wij ook toe op de bekostigingsprestaties in ons advies. Dit betekent concreet dat we de prestaties uit de Tijdelijke subsidieregeling die gedifferentieerd zijn naar de specifieke doelgroepen lvg en sglvg niet overnemen; de zorg voor deze doelgroepen wordt, net als voor de overige doelgroepen, via één van de andere prestaties in rekening gebracht. Het bekostigingsprincipe in de Zvw gaat uit van functiegerichte prestaties en tarieven, en bekostiging is gericht op inhoud van zorg. Op deze manier kan geborgd worden dat na overheveling naar de Zvw alle specifieke doelgroepen<sup>41</sup> behandeld kunnen blijven worden die nu zorg vanuit de Tijdelijke subsidieregeling ontvangen.

Bij de prestaties zorg in een groep maken we een uitzondering op het uitgangspunt van functiegericht omschreven prestaties. Hier komen we verderop in dit advies op terug.

<sup>41</sup> De te onderscheiden vier specifieke doelgroepen zijn ouderen met somatische en/of psychische chronische en/of complexe aandoeningen; mensen met chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen (musculair hetzij neurologisch); mensen met niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking. Rapport ZiNL, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876, pagina 17.

Wij adviseren om in totaal tien bekostigingsprestaties vorm te geven, waaruit de aanvullende geneeskundige zorg, op grond van de duiding van ZiNL, wordt bekostigd:

1. prestatie voor zorgverlening zoals huisartsen plegen te bieden. Hieronder valt zorgverlening door de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijke gehandicapten;
2. prestatie voor zorgverlening zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden. Hieronder valt zorgverlening door gedragsdeskundigen en vaktherapeuten;
3. prestatie voor zorgverlening zoals paramedische disciplines plegen te bieden. Hieronder valt zorgverlening door de fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, ergotherapeut en diëtist;
4. prestatie voor zorg in een groep ouderen;
5. prestatie voor zorg in een groep ziekte van Huntington;
6. prestatie voor zorg in een groep verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen;
7. prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep > 6;
8. prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep 5 - 6;
9. prestatie voor zorg in een groep lichamelijke gehandicapten, groep < 5;
10. prestatie voor reiskosten.

Hieronder lichten wij de verschillende prestaties toe. We starten met de prestaties voor zorgverlening (prestaties 1, 2 en 3), daarna lichten we de prestaties toe die gaan over zorg in een groep (prestaties 4 tot en met 9) en tenslotte gaan we in op de prestatie voor reiskosten (prestatie 10).

### **Prestaties voor zorgverlening (prestaties 1, 2 en 3)**

#### *Prestatiebeschrijving*

Voor de inhoud van deze drie prestaties wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de prestaties uit de Tijdelijke subsidieregeling. Echter, de gehanteerde terminologie sluit niet meer aan bij de huidige praktijk en is in die zin niet herkenbaar en werkbaar voor partijen. De terminologie moet in lijn worden gebracht met de terminologie van de Zvw. Om een concreet voorbeeld te noemen, de term 'CSLM-zorg' is een term die typisch refereert aan de manier van zorgverlening onder de Wlz. Voor de prestatiebeschrijving in de Zvw is deze term niet (meer) herkenbaar en werkbaar. Wellicht is een andere term meer passend, bijvoorbeeld multidisciplinaire zorg. Om de terminologie in lijn te brengen met de Zvw, de huidige praktijk én om te borgen dat de prestaties voor alle specifieke doelgroepen gebruikt kunnen worden, moeten heldere en bruikbare prestatiebeschrijvingen worden opgesteld. Dit wordt op een later moment in samenwerking met het veld gedaan.

Door VWS is gevraagd om bij ons advies voor bekostiging rekening te houden met de volgende randvoorwaarden: er zijn adequate prikkels voor het transparant maken van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en er is sprake van voldoende transparantie voor sturing en toezicht, zowel wat betreft de zorgzwaarte, de geleverde zorg als de kwaliteit van zorg.

We vinden het van belang dat er prikkels worden ingebouwd voor het transparant maken van de kwaliteit en doelmatigheid. Zo kan er bijvoorbeeld worden gekozen om in de prestatiebeschrijvingen specifiek omschreven producten per discipline op te nemen, die wat zeggen over de inhoud van de geleverde zorg.

Deze inhoud van geleverde zorg kan voor de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten onderscheiden worden qua inzet. Dat is enerzijds de (monodisciplinaire) generalistische inzet op verzoek van de huisarts, én anderzijds de inzet waarbij multidisciplinaire zorg (volgens standaarden) met een multidisciplinair team wordt geleverd. Prestatie 1 is van toepassing voor het hele professionele arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten.<sup>42</sup> Voor de generalistische inzet hebben de beroepsgroepen hun professionele arsenaal al redelijk duidelijk omschreven. Bij het aanpassen van de terminologie naar Zvw termen kan het 'productenboek' van de beroepsvereniging van de specialist ouderengeneeskunde, Verenso, behulpzaam zijn.<sup>43</sup> Hierin zijn de handelingen van de specialist ouderengeneeskunde in kaart gebracht. Dit productenboek biedt handvatten om de prestatiebeschrijving meer in lijn te brengen met de huidige praktijkvoering. De beroepsvereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (NVAVG) heeft het zorgaanbod van de arts voor verstandelijk gehandicapten beschreven in een rapport.<sup>44</sup> Hierin staan eisen aan de geneeskundige zorg voor verstandelijk gehandicapten beschreven, met een koppeling aan benodigde competenties.

Voor prestaties 2 en 3 geldt in tegenstelling tot prestatie 1 dat niet het hele professionele arsenaal van deze zorgverleners een plek krijgt in de Zvw. Gedragsdeskundigen worden vooral betrokken bij het stellen van de primaire diagnostiek op het gebied van gedragsproblematiek, het vaststellen van een onderliggende zorgvraag, bij de functionele diagnostiek, het vaststellen van het functioneringsprofiel en bij het leren omgaan met of behandelen van problemen op het gebied van cognitie, stemming en gedrag. Daarnaast kan er sprake zijn van regiebehandelaar mits de gedragsmatige aspecten voorliggend zijn.<sup>45</sup> De inzet van paramedische disciplines en vaktherapeuten is onder regie van een regiebehandelaar.

Bij de prestatiebeschrijving van prestatie 2 en 3 nemen we hierboven beschreven aspecten mee. De beroepsvereniging van de gedragsdeskundigen, Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) heeft een brochure gemaakt waarin taken en rollen staan beschreven van gedragsdeskundigen.<sup>46</sup> Bij de uitwerking van prestatiebeschrijving kan dit van pas komen. Verder zijn er tekstpassages uit de prestatiebeschrijvingen van de Tijdelijke subsidieregeling die nuttig kunnen zijn. Bijvoorbeeld dat bepaalde vormen van zorg onderdeel uitmaken van een individueel behandelplan en de zorg plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van en onder regie van een regiebehandelaar.

<sup>42</sup> Hieronder valt ook de in de 'Beleidsregels indicatiestelling voor de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling 2017' van het CIZ genoemde zorgvorm medebehandeling.

<sup>43</sup> Rapport Significant, 'Rapportage productenboek handelingen specialist ouderengeneeskunde', 6 juli 2017.

<sup>44</sup> Rapport Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (NVAVG), 'Zorgaanbod van de AVG, wat doet de arts voor verstandelijk gehandicapten', maart 2012.

<sup>45</sup> Rapport Zorginstituut Nederland, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876. Pagina 35, 40.

<sup>46</sup> Brochure van de Sectie Ouderenpsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen, 'De psycholoog in de veranderende verpleeghuiszorg', 2016.

Al met al zijn er goede voorbeelden voorhanden die we kunnen gebruiken bij de uitwerking van prestatiebeschrijvingen.<sup>47</sup> Dit geldt in ieder geval voor de generalistische inzet van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten. Echter, het werk is nog niet klaar. Het bekostigingsprincipe van de Wlz (op basis van grondslagen en doelgroepen) maakt dat de zorg voor specifieke doelgroepen veelal op instellingsniveau georganiseerd en daardoor beschreven is. De praktijk moet nog een slag maken met beschrijvingen van de inhoud van de zorg welke op landelijk niveau gelden. En de patiënt mag er daarbij vanuit gaan dat de geleverde zorg qua inhoud overal hetzelfde is en de kwaliteit van een bepaald minimumniveau is (los van maatwerk). Beroepsgroepen moeten gezamenlijk de inhoud van de zorg beschrijven. En dit geldt dan met name voor de multidisciplinaire zorg (volgens standaarden). Deze exercitie draagt bij aan de waarborg dat de zorg geleverd wordt (aan alle doelgroepen) en gedeclareerd kan worden.

Ten slotte is voor deze prestaties van belang dat de indicatiestelling door het CIZ vervalt. In de Zvw gaat het om de professionele afstemming tussen twee artsen, namelijk de huisarts en specialist ouderengeneeskunde respectievelijk arts voor verstandelijk gehandicapten bij prestatie 1. Voor de prestaties 2 en 3 zal logischerwijs afstemming plaats vinden tussen de huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskundige enerzijds, en de overige beroepsgroepen anderzijds vanwege de zorgverlening beschreven in het individuele behandelplan.

#### *Tarief*

Voor alle geadviseerde prestaties (prestaties 1 tot en met 10) achten wij deregulering, in de vorm van het vrijgeven van de tarieven niet wenselijk. De marktomstandigheden zijn getoetst aan het 'Theoretische kader liberalisering vrije beroepen in de zorg'.<sup>48</sup> Deregulering is wat ons betreft niet aan de orde, indien dit zou leiden tot slechtere uitkomsten in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Aanvullende geneeskundige zorg staat nog niet in de Zvw, en partijen hebben dus nog geen ervaring met de inkoop, levering, declaratie en controle van deze zorg. Evident, er bestaan nog marktimperfecties: op dit moment is het nog onduidelijk welke beperkingen en voorwaarden gaan gelden in de Zvw, of het eigen risico van toepassing is en welk(e) macrokader(s) van toepassing is/zijn. Ook moet er nog een besluit worden genomen over de risicodragendheid van zorgverzekeraars voor deze zorg. De besluiten die hierover worden genomen, hebben invloed op de prikkels om kostenbewust en kritisch in te kopen. Bestaande marktimperfecties kunnen we ondervangen door regulering.

Daarnaast adviseren wij voor alle prestaties om voor de basis van de tariefonderbouwing in de Zvw aan te sluiten bij de tarieven uit de Tijdelijke subsidieregeling. Het uitvoeren van een betrouwbaar en representatief kostenonderzoek waarbij zorgaanbieders voor een bepaalde periode registraties moeten bijhouden, om inzicht te verkrijgen in de inhoud en omvang van zorg, kost tijd.

---

<sup>47</sup> Genoemde voorbeelden waar wij aan hebben gerefereert zijn ons gedurende het proces aangedragen door partijen. Daarnaast zijn we in de laatste schriftelijke consultatieronde geattendeerd op brochures, competentie- en beroepsprofielen van andere zorgverleners. Een voorbeeld hiervan is het Beroepscompetentieprofiel van de orthopedagoog-generalist, 'De Orthopedagoog-Generalist als professional', opgesteld door De Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, NVO.

<sup>48</sup> Visiedocument NZa, 2006. Theoretisch kader vrije beroepen in de zorg. Dit kader is tevens toepasbaar op andere sectoren dan de eerstelijns.

Dit belemmert het op korte termijn overhevelen van deze zorg naar de Zvw en dit vinden wij nadelig. Wij komen hier bij het tijdpad in paragraaf 3.3.3 op terug.

Gedurende de consultatieperiode hebben we partijen voorgelegd hoe zij tegenover het reguleren danwel het vrijgeven van tarieven staan. Voor de bekostiging op korte termijn is unaniem de voorkeur voor het reguleren van tarieven uitgesproken.

Voor het tarief van de drie prestaties zorgverlening (prestaties 1, 2 en 3) adviseren wij om, net zoals in de Tijdelijke subsidieregeling, uurtarieven te verbinden aan de prestaties. Het verschil met de subsidieregeling is dat we voor de bekostiging in de Zvw adviseren om uit te gaan van maximumtarieven, daar waar in de subsidieregeling wordt uitgegaan van vaste tarieven. Voor de hoogte van de tarieven sluiten we aan bij de tarieven uit de Tijdelijke subsidieregeling.

#### *Declaratie van zorg*

Alle zorg, die wordt geleverd, wordt gedeclareerd onder de prestatie waarin enkel de zorginhoud wordt omschreven. Dat kan een verschil zijn met de declaratie van de prestaties in de Tijdelijke subsidieregeling, waar tevens bij de te declareren prestatie wordt aangegeven welke discipline de regiebehandelaar is.

Opdat deze zorg zowel door vrijgevestigde zorgverleners als zorgverleners in dienst van een instelling geleverd kan worden, moet het mogelijk zijn dat de zorg door zowel instellingen als door vrijgevestigde zorgaanbieders gedeclareerd wordt.

### **Prestaties zorg in een groep (prestaties 4 tot en met 9)**

#### *Prestatiebeschrijving*

Bij deze prestaties gaat het om de geneeskundige zorg die in een groep wordt geleverd. In het begin van het consultatietraject zijn we voor de bekostiging van zorg in een groep uitgegaan van de hierboven beschreven drie prestaties voor zorgverlening. Voor deze laatstgenoemde prestaties met een maximum uurtarief zou, in het geval dat de prestatie in groepsverband wordt geleverd, de totaal bestede tijd door het aantal deelnemers van de groep worden gedeeld om tot een tarief per patiënt te komen. Echter, een analyse op de financiële impact hiervan resulteert in een sterke verandering van opbrengsten, zowel op macro niveau als op individueel zorgaanbieders niveau. Deze vormgeving van bekostigen kan naar alle waarschijnlijkheid niet macro budgetneutraal worden uitgevoerd. Daarnaast kunnen individuele zorgaanbieders er op vooruit, maar ook achteruit gaan. De omvang van de financiële voor- of achteruitgang is op voorhand niet te voorspellen maar wij achten het risico te groot dat verschillen in opbrengst te groot zijn. Dit is mede ingegeven, doordat de prestaties zorg in een groep 60% van het macro budget van de Tijdelijke subsidieregeling omvatten. Dit heeft ons doen besluiten om aan te sluiten bij de huidige subsidieprestaties. Het gaat hier om zes prestaties. Alhoewel wij de voorkeur geven aan het comprimeren van de prestaties zorg in een groep, beschikken we op dit moment niet over data om deze zes prestaties samen te voegen tot minder prestaties van waaruit gemiddeld kostenhomogene producten te maken zijn.

De prestatiebeschrijvingen brengen we in lijn met veelgebruikte terminologie uit de Zvw. De beschrijving moet aansluiten bij de huidige praktijk, opdat deze herkenbaar en werkbaar is. Tevens is hierbij van belang dat wordt gewaarborgd dat de zorg aan de vier specifieke patiëntgroepen die het ZiNL onderscheidt vallen onder de reikwijdte van

de nog uit te werken beleidsregel en worden beschreven in de prestatiebeschrijvingen.

#### *Tarief*

We adviseren een maximumtarief per patiënt per dagdeel, en voor wat betreft de hoogte van het tarief aan te sluiten bij de tarieven van de prestaties uit de Tijdelijke subsidieregeling.

#### *Declaratie van zorg*

Bij de prestaties zorg in een groep gaat het om multidisciplinaire zorg en daarmee om multidisciplinaire prestaties. Er vindt programmatische, op elkaar afgestemde geneeskundige zorg plaats, zonodig geleverd door diverse disciplines. Bijvoorbeeld de arts voor verstandelijk gehandicapten, in combinatie met een gedragsdeskundige en een logopedist, gecombineerd met verpleging. Deze prestaties worden dan ook gedeclareerd door de instelling waar deze zorg wordt geboden. Een verschil met de subsidieregeling is dat onder de Tijdelijke subsidieregeling de totaal aantallen prestaties worden gedeclareerd bij het zorgkantoor, die vervolgens op patiëntniveau verantwoord worden. Onder de Zvw vindt declaratie op patiëntniveau plaats. Dat betekent dat de instelling de prestaties niet meer geclusterd in rekening kan brengen maar deze per patiënt bij de zorgverzekeraar declareert.

### **Prestatie Reiskosten (prestatie 10)**

#### *Prestatiebeschrijving, tarief en declaratie*

De prestatiebeschrijving van reiskosten laten we zoveel mogelijk aansluiten bij de prestatiebeschrijving van de Tijdelijke subsidieregeling. In de consultatie geven partijen aan dat door de huidige voorwaarde van het ten hoogste tweemaal per etmaal in rekening kunnen brengen van reiskosten, zij wel kosten maken maar deze niet in rekening kunnen brengen. Het afleggen van huisbezoeken is een belangrijk onderdeel van de aanvullende geneeskundige zorg. Zorgverleners zijn voor hun reistijd relatief veel tijd kwijt, omdat patiënten verder weg (en verspreid) wonen. Wij adviseren om de gehanteerde voorwaarde uit de Tijdelijke subsidieregeling, van het ten hoogste tweemaal per etmaal per zorgverlener declareren van reiskosten, niet over te nemen. De prestatie reiskosten is bedoeld voor de kosten die gemoeid zijn met de zorglevering bij de patiënt thuis, waarvoor een zorgverlener naar de patiënt toe moet reizen. Dit kan vaker dan tweemaal per etmaal voorkomen.

Reiskosten mogen net als in de Tijdelijke subsidieregeling, alleen worden gedeclareerd bij de prestaties zorgverlening (prestaties 1, 2 en 3).

Ook voor de prestatie reiskosten adviseren we een maximumtarief vast te stellen en voor wat betreft de hoogte van het tarief aan te sluiten bij het tarief uit de Tijdelijke subsidieregeling. Declaratie vindt plaats op patiëntniveau, per patiëntcontact. Voor de verantwoording aan het budgettair kader wordt aangesloten bij het type zorg waarvoor de reiskosten worden gemaakt.

Te zijner tijd kunnen we bekijken of we het beleid op reiskosten kunnen uniformeren met de andere sectoren in de eerste lijn. Dat betekent dat we de kosten die gemoeid zijn met reiskosten verdisconteren in het tarief van de verschillende prestaties. Dit is nu niet mogelijk, omdat de huidige data van de prestatie reiskosten geen correcte weergave van de totale omvang van de kosten geven, omdat zorgaanbieders deze prestatie maximaal tweemaal per etmaal per zorgverlener in rekening mogen brengen.



Verzoek C: Of er significante veranderingen in de opbrengsten bij zorgaanbieders zijn te verwachten als gevolg van de wijziging van het bekostigingsstelsel en of daarbij flankerende maatregelen noodzakelijk zijn.

Er zijn op een aantal niveaus veranderingen in de opbrengsten te verwachten bij de overheveling van aanvullende geneeskundige zorg naar de Zvw. Deze lichten wij hieronder toe.

*Alleen Wmg zorg kan gedeclareerd worden*

Allereerst geldt bij de bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw dat het moet gaan om Wmg-zorg.<sup>49</sup> De afbakening van Zvw zorg met zorg uit wetten, zoals de Jeugdwet, Wmo en Wlz, is niet altijd even scherp. Dit blijkt ook uit de duiding van het ZiNL. Dit kan een verandering zijn ten opzichte van de huidige situatie als er op dit moment zorg wordt geleverd die niet op grond van de Wmg-prestaties gedeclareerd kan worden. Deze zorg zal mogelijk via andere wettelijke regimes bekostigd gaan worden, zoals de Wmo en de Jeugdwet. Die bekostiging valt buiten de regulering door de NZa en buiten het verzoek om een uitvoeringstoets. Dit heeft vervolgens effect op de opbrengsten van de instelling. De omvang hiervan is echter niet in te schatten.

In het verlengde van voorgaande geldt voor de orthopedagoog en vaktherapeut dat niet het volledige professionele arsenaal van deze beroepsgroepen een plek vindt in de Zvw – dit in tegenstelling tot het professionele arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten. Vaktherapie is onderdeel van aanvullende geneeskundige zorg, zolang de inzet is beschreven in een behandelplan.<sup>50</sup> Een deel van de zorg door de orthopedagoog valt niet binnen de aanvullende geneeskundige zorg, bijvoorbeeld opvoeding, maatschappelijk functioneren, onderwijs en jeugdhulp.<sup>51</sup> Deze componenten worden bekostigd via andere wettelijke regimes zoals de Jeugdwet en de Wmo.

Dit kan er voor zorgaanbieders toe leiden dat zij niet (meer) alle zorg kunnen leveren én declareren zoals zij onder de Tijdelijke subsidieregeling gewend waren te leveren én te declareren. Dit heeft vervolgens mogelijk effect op de opbrengsten van de instelling maar ook hiervan is de omvang niet in te schatten.

*Van vaste tarieven naar maximum tarieven*

Een andere wijziging, die tot veranderingen in de opbrengsten bij zorgaanbieders kan leiden, zijn de tarieven. In de subsidieregeling gaat het om vaste tarieven, in de Zvw is ons voorstel te werken met maximumtarieven. Dit houdt in dat waar zorgaanbieders eerst verzekerd waren van een tarief voor een bepaalde prestatie, partijen in de Zvw onderhandelen over het tarief. Hier kan mogelijk een lager tarief uit komen ten opzichte van het tarief dat gold onder de subsidieregeling.

<sup>49</sup> Zorg bij of krachtens de Zvw en (eventueel) handelingen en werkzaamheden van op het terrein van zorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

<sup>50</sup> Rapport Zorginstituut Nederland, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876. Pagina 36.

<sup>51</sup> Rapport Zorginstituut Nederland, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876. Pagina 35.

### *Reiskosten*

Een mogelijke verandering in opbrengsten die positief kan uitvallen voor zorgaanbieders is het kunnen declareren van reiskosten, wanneer deze kosten zijn gemaakt en wanneer deze prestatie is geleverd, zonder een maximum van het aantal te declareren prestaties per etmaal.

Het kunnen declareren van reistijd, wanneer deze prestatie is geleverd, zal een gunstig effect hebben op de opbrengsten van zorgaanbieders.

### *Vervoer*

In de huidige Tijdelijke subsidieregeling gelden specifieke tarieven voor vervoer. Op basis van de subsidieregeling is voor het jaar 2016 voor €1,6 miljoen aan vervoerskosten gedeclareerd.

In de Zvw geldt de regeling zittend ziekenvervoer. Patiënten kunnen op basis van deze regeling de gemaakte reiskosten vergoed krijgen of krijgen hiervoor een kilometervergoeding. Voor de aanspraak op vervoer voor patiënten in de Zvw is artikel 2.14 Bzv relevant. In dit artikel is bepaald dat een aantal categorieën van verzekerden voor vergoeding van vervoer in aanmerking komen:

- de verzekerde die nierdialyses moet ondergaan;
- de verzekerde die oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
- de verzekerde wiens gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
- de verzekerde die jonger is dan achttien jaar en is aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10 Bzv;
- de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule).

Als iemand voor de geneeskundige zorg van een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd is aangewezen op vervoer, dan kan de zorgverzekeraar op basis van de hardheidsclausule besluiten de reiskosten te vergoeden. Om te beoordelen of een verzekerde op grond van de hardheidsclausule aanspraak kan maken op ziekenvervoer, gebruikt de zorgverzekeraar de volgende formule: "(aantal maanden) x (aantal keren p/week) x (aantal weken p/maand) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (= wegingsfactor)".<sup>52</sup>

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

In welke mate de opbrengsten van de zorgaanbieders wijzigen met betrekking tot vervoer is afhankelijk van de vraag of de patiënt onder één van bovengenoemde categorieën valt en is afhankelijk van de uitkomst van de hardheidsclausule.

---

<sup>52</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/h/hardheidsclausule-bij-vervoer-zvw>.

In de Tijdelijke subsidieregeling is er aanspraak op vervoer als er sprake is van een medische noodzaak voor vervoer en het vervoer betrekking heeft op zorg in een groep. De patiënt heeft in de Zvw ruimere mogelijkheden om gebruik te maken van vervoer omdat het onderscheid individuele geneeskundige zorg en geneeskundige zorg in een groep in de Zvw niet van toepassing is op vervoer. Daarnaast is er meer keuzevrijheid in de Zvw voor de patiënt aangezien de vergoeding voor vervoer in natura of restitutie kan plaatsvinden. Of een patiënt zijn eigen vervoerder kan kiezen, bepaalt de zorgverzekeraar. Indien de verzekeraar bepaalt welke vervoerders worden vergoed, zal de zorgaanbieder die haar opbrengsten met betrekking tot vervoer wil behouden een afspraak moeten maken met de verzekeraar. Doordat het gaat om vervoer naar de locatie waar de zorg wordt gegeven heeft de zorgaanbieder die de zorg levert een sterke prikkel om tevens het vervoer te leveren.

Met betrekking tot dit punt houden we na de overheveling ontwikkelingen in de gaten en kunnen we bezien of er nog aanpassingen nodig zijn.

Verzoek D: Of de geadviseerde prestatiebeschrijvingen effect hebben op het verplicht eigen risico en eigen bijdragen in de Zvw.

Voor de beantwoording van deze vraag gaan we uit van huidige bepalingen in wet- en regelgeving. Vanuit deze bestaande situatie beschrijven we het effect op het verplicht eigen risico en eigen bijdrage in de Zvw.

De zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten valt onder de aanspraak 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'. De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen plegen te bieden vallen buiten het verplicht eigen risico. Voor de overige zorg en vervoer geldt dat dit onder het eigen risico valt. Voor het gebruik van vervoer betaalt de patiënt een eigen bijdrage en geldt het verplicht eigen risico.<sup>53</sup> Een exacte financiële verandering is op voorhand niet te geven. Dit is afhankelijk van de individuele toepassing van de regeling zittend ziekenvervoer en de hardheidsclausule, zoals beschreven onder ons antwoord op verzoek C.

Voor de paramedische zorg gelden binnen de Zvw specifieke beperkingen en voorwaarden.<sup>54</sup> Deze beperkingen en voorwaarden gelden nu niet voor patiënten onder de Tijdelijke subsidieregeling.

De toepassing van het eigen risico en de beperkingen en voorwaarden die in de Zvw gelden, betekenen voor de patiënt een wijziging ten opzichte van de huidige situatie. In de Tijdelijke subsidieregeling is de patiënt immers geen eigen bijdrage verschuldigd. Met betrekking tot dit punt hebben we in het consultatietraject van partijen veelvuldig signalen ontvangen over de mogelijk negatieve effecten voor patiënten. Zonder hierbij een standpunt in te nemen willen we deze signalen in dit advies opmerken en aan de minister meegeven. Uit de praktijk komen signalen naar voren dat adviezen voor het volgen van medische hulp zoals fysiotherapie mogelijk niet worden opgevolgd, omdat de patiënt dit na overheveling naar de Zvw zelf moet betalen. Een grote groep patiënten is uit het arbeidsproces ontvallen en/of hebben een lage sociaal economische status.

<sup>53</sup> Voor het gebruik van ziekenvervoer geldt het eigen risico en betaalt de patiënt een eigen bijdrage (zie website ZiNL, vervoer-bij-ziekte-zvw).

<sup>54</sup> Artikel 2.6 Bzv.

Deze patiënten hebben daardoor financieel een minder gunstige positie. Hierdoor hebben zij vaak zelf niet de financiële middelen om het eigen risico te kunnen betalen en/of een aanvullende verzekering af te sluiten. Dit werkt zorg vermijdend gedrag in de hand. Daarnaast zijn er al patiëntgroepen te onderscheiden die zorg mijndend zijn, bijvoorbeeld patiënten met de ziekte van Huntington of het syndroom van Korsakov. Zorg mijndend gedrag kan de druk op huisartsenzorg verergeren, maatschappelijke en sociale problemen vergroten wat een stijging geeft van de kosten. Een ander signaal betreft dat de complexiteit van de aandoening maakt dat een patiënt meer uren geneeskundige zorg nodig heeft dan wordt vergoed uit de Zvw.

### **3.3.1 Consequenties**

#### *Risico op overbehandeling en dubbele bekostiging*

Omdat voor de prestaties zorgverlening (prestaties 1, 2 en 3) geldt dat elk uur in rekening kan worden gebracht, bestaat er een risico op overbehandeling. Daarnaast is voor deze zorg, die als aanvullend is getypeerd, een heldere en scherpe afbakening van de zorg die al onder de Zvw geleverd wordt van belang. Afbakening zorgt ervoor dat zorgvormen op elkaar kunnen worden afgestemd en in samenhang kunnen worden geleverd. Tevens minimaliseert afbakening het risico op dubbele bekostiging. Deze risico's kunnen mogelijk worden beperkt door een aantal declaratievoorwaarden aan de prestaties te verbinden. Hier komen we in paragraaf 4.9 op terug.

#### *Verantwoording doelgroep*

Voor wat betreft prestaties zorg in een groep adviseren we om, zoveel als mogelijk, aan te sluiten bij het aantal en de inhoud van de prestaties uit de Tijdelijke subsidieregeling. De huidige prestaties zijn gedifferentieerd naar grondslagen en doelgroepen. In ons voorstel wordt differentiatie naar groep behouden. Zorginhoudelijk is hier ook een deel van de differentiatie aan toe te schrijven, evenals het verschil in tariefonderbouwing. Om te kunnen vaststellen of een patiënt tot een van de doelgroepen behoort, is het noodzakelijk om daarvoor criteria voorhanden te hebben die door zorgaanbieders en –verzekeraars gehanteerd kunnen worden. Nog ongeacht de specifieke uitwerking, levert dit per definitie een zekere mate van administratieve belasting op. Een concreet voorbeeld: voor de prestatie zorg in een groep gedifferentieerd voor de groep verstandelijke gehandicapten met ernstig meervoudige beperkingen gelden nu de volgende patiëntkenmerken: volwassenen vanaf 18 jaar, met ernstig meervoudige beperkingen waarbij sprake is van een combinatie van twee of meer ernstige beperkingen van verstandelijke, motorische, lichamelijke of zintuiglijke aard en waarbij een ontwikkelingsleeftijd is van maximaal twaalf maanden. Daar bovenop geldt dat er sprake moet zijn van tenminste drie van volgende factoren: gebruik van sondevoeding; epilepsie; organische afwijkingen; risico van doorliggen; zeer ernstige zintuiglijke handicap; noodzaak tot veelvuldige paramedische zorg of grote fysieke kwetsbaarheid. Deze kenmerken zullen moeten worden geregistreerd en gecontroleerd.

## **Consequenties uitvoering geven aan huidige wet- en regelgeving ten aanzien van eigen risico, beperkingen en voorwaarden in de Zvw en macro budgettaire kaders**

### *Eigen risico*

Om uitvoering te geven aan de bestaande regelgeving rondom het eigen risico, moet vanuit alle prestaties het verschil duidelijk worden tussen prestaties die wel onder het eigen risico vallen en prestaties die er niet onder vallen. In ons advies is voor de prestaties zorgverlening (prestaties 1, respectievelijk 2 en 3) dit verschil te maken, omdat de zorg die niet onder het eigen risico valt (de zorg door de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten, prestatie 1) een eigen prestatie heeft en daarmee buiten het eigen risico gehouden kan worden. De zorgvormen die wel onder het eigen risico vallen (de zorg door gedragsdeskundigen en paramedische zorg, prestaties 2 en 3) hebben ook eigen prestaties en daarmee kan voor deze zorg het eigen risico worden toegepast.

Vanuit de prestaties zorg in een groep (prestaties 4 tot en met 9) wordt het verschil in zorg die wel of niet onder het eigen risico valt niet vanzelfsprekend inzichtelijk. Het gaat hier om integrale multidisciplinaire prestaties, waarbij een deel van de zorg wel en een deel van de zorg niet onder het eigen risico valt. Ook de reiskosten (prestatie 10) zullen deels wel en deels niet onder het eigen risico vallen, afhankelijk van voor welke zorgvorm de reiskosten worden gemaakt.

Indien uitvoering wordt gegeven aan de huidige regelgeving rondom het eigen risico, heeft dit tot gevolg dat de verschillende zorgvormen binnen de prestaties zorg in een groep op enige wijze inzichtelijk moeten worden gemaakt. Dit betekent een toename in administratieve lasten bij de zorgaanbieder, en in de systemen bij de zorgverzekeraars.

### *Beperkingen en voorwaarden in de Zvw*

De huidige regels rondom de beperkingen en voorwaarden in de Zvw hebben tot gevolg dat de verschillende zorgvormen van paramedische disciplines inzichtelijk moeten zijn. De paramedische zorgverleners kennen in ons advies geen 'eigen' prestaties naar discipline; de verschillende paramedici declareren allen onder de prestatie voor paramedische zorg (prestatie 3). Dat betekent dat binnen prestatie 3 een registratie moet zijn om het inzicht te verkrijgen om welk type paramedische zorg het gaat. Ditzelfde geldt voor de paramedische zorg binnen de prestatie zorg in een groep (prestaties 4 tot en met 9).

### *Budgettaire kader(s)*

Gegeven de huidige wet- en regelgeving valt aanvullende geneeskundige zorg uiteen in verschillende budgettaire kaders. Dit betekent dat verschillende zorgvormen herkenbaar moeten zijn, om deze onder de juiste kaders te kunnen verantwoorden.<sup>55</sup>

Kortom, binnen de prestaties is er in veel gevallen een extra 'oormerk' nodig. Dit geldt voor alle prestaties, met uitzondering van de prestatie voor zorgverlening voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, en de prestatie voor zorgverlening zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden (prestatie 1 en 2). In tabel 1 hebben wij de verschillende regelingen binnen de Zvw samengevat per prestatie en geven wij aan of prestaties al dan niet een oormerk moeten krijgen, gegeven de huidige wet- en regelgeving.

<sup>55</sup> Zoals: onderscheidenlijke kaders voor de verschillende paramedische zorgvormen, het kader voor de huisartsenzorg, kader voor psychologische zorg etcetera.

**Tabel 1: Consequenties eigen risico, beperkingen, budgettair kader per prestatie**

Prestatie	Valt deze zorg onder het eigen risico?	Gelden beperkingen in de Zvw?	Budgettair kader	Oormerk binnen prestatie nodig om uitvoering te geven aan eigen risico / beperkingen Zvw / verantwoording budgettair kader?
Zorgverlening zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, prestatie 1	Nee	Nee	Nog te besluiten	Nee
Zorgverlening zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden, prestatie 2	Ja	Nee	Nog te besluiten	Nee
Zorgverlening zorg zoals paramedische disciplines plegen te bieden, prestatie 3	Ja	Ja	Nog te besluiten	Ja
Zorg in een groep, prestatie 4 tot en met 9	Gedeeltelijk	Gedeeltelijk	Verschillende	Ja
Reiskosten, prestatie 10	Gedeeltelijk	Gedeeltelijk	Verschillende	Ja

Ongeacht de wijze van uitwerking levert dit een extra administratieve handeling op voor de zorgaanbieders. Voor de prestaties zorgverlening (prestatie 3) en de prestatie reiskosten (prestatie 10) schatten wij in dat dit een acceptabele toename van administratieve lasten geeft. Voor de prestaties zorg in een groep (prestatie 4 tot en met 9) leidt dit ons inziens echter tot een onevenredig zware administratieve last. Bij deze laatste prestaties moet dan immers per dagdeel worden aangegeven hoeveel zorg per zorgvorm per discipline is geleverd.

Bij eerdere overhevelingen van zorg naar de Zvw is hetzelfde vraagstuk aan bod gekomen. Bijvoorbeeld bij eerstelijnsverblijf.<sup>56</sup> Er is toen voor gekozen om voor de gehele (integrale) prestatie hetzelfde beleid te hanteren voor toepassing van het eigen risico en budgettaire kader; een uitsplitsing wordt niet gemaakt. De keuze voor een uniform beleid voor de gehele prestatie geeft acceptabele administratieve lasten voor de zorgaanbieder. Ongeacht welke inhoudelijke keuze er wordt gemaakt, leidt ook bij de aanvullende geneeskundige zorg de toepassing van uniform beleid tot acceptabele administratieve lasten.

### 3.3.2 Macro budgettaire ontwikkeling en beheersing

Door VWS is gevraagd om bij ons advies voor bekostiging rekening te houden met de volgende randvoorwaarden: de onderbrenging van deze zorg in de Zvw geschiedt macro budgetneutraal en de macro budgettaire beheersbaarheid is gewaarborgd.

De overheveling naar de Zvw heeft op een aantal manieren invloed op het macro budgettaire kader van de aanvullende geneeskundige zorg. Deze lichten wij hieronder toe.

<sup>56</sup> Voor de integrale prestatie eerstelijnsverblijf geldt voor alle daarbinnen geleverde zorgvormen het eigen risico, er gelden geen beperkingen en voorwaarden en de zorg valt onder één budgettair kader.

## Macro budgettaire ontwikkeling

### *Geen hard macro-budgetplafond*

Bij overheveling naar de Zvw vervalt voor de aanvullende geneeskundige zorg het harde macro-budgetplafond. In de oude situatie was sprake van budgetplafonds: vóór het jaar 2015 in de AWBZ via de contracteerruimte en vanaf 2015 via een subsidieplafond. Bij de overheveling naar de Zvw vervalt dit. Er vervalt dan ook een belangrijke drempel die voorkomt dat de macro-uitgaven gaan stijgen.

### *Onzekerheden in vaststellen macrokader*

In het algemeen is van belang bij het handhaven van een macro budgettair kader, dat er een goede manier is om het benodigde kader te schatten. Dit wordt bemoeilijkt door een aantal onzekerheden. Zo wordt een volumegroei verwacht door gewenste substitutie van tweedelijns (medisch-specialistische) zorg en bestaat de verwachting dat er meer aanspraak op aanvullende geneeskundige zorg zal worden gemaakt vanwege het ingezette beleid en de maatschappelijke trend om langer thuis te wonen. Uit de introductie van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten in de Zvw volgt een autonome kostenstijging. Daarnaast vervalt de indicatiestelling door het CIZ, waardoor patiënten mogelijk makkelijker toegang hebben tot de aanvullende geneeskundige zorg. In de Zvw is de verwijzrol in sommige gevallen belegd bij de huisarts die als poortwachter dient voor (specialistische) vervolgzorg. Bovendien bestaat er onder de Zvw geen termijn meer waarop de indicatie voor aanvullende geneeskundige zorg geldig is.

Verder zijn bij ons signalen aangedragen van partijen dat de huidige uitgaven binnen de subsidieregeling geen volledig beeld geven van de totale omvang van aanvullende geneeskundige zorg. Zo wordt er buiten de subsidieregeling om gebruik gemaakt van andere bekostigingsmogelijkheden. Segment 3 van de bekostiging van de huisartsenzorg en de beleidsregel 'Innovatie voor kleinschalige experimenten'<sup>57</sup> zijn voorbeelden van deze andere financieringen. Partijen geven aan dat bekostiging onder de Tijdelijke subsidieregeling soms onduidelijk is en moeizaam op gang komt. Niet alle zorgvragen en/of patiënten zouden daardoor nu in beeld zijn. Als dit onder de Zvw gemakkelijker gaat, komt hier een autonome stijging op gang die gepaard gaat met meer kosten op macro niveau.

### *Reiskosten*

De geadviseerde bekostiging van reiskosten kan leiden tot een kostenstijging. Onder de subsidieregeling geldt voor de reiskosten een maximum van twee declaraties per zorgverlener per etmaal.<sup>58</sup> Door het loslaten van dit gestelde maximum in de Zvw, is te verwachten dat de totale omvang van kosten voor deze prestatie stijgt.

### *Conclusie*

We trekken de conclusie dat er onzekerheden zijn in het vooraf vaststellen van een macro kader die toereikend is. Daarnaast kan aanvullende geneeskundige zorg bijdragen aan gewenste substitutie van zorg. De omvang hiervan is echter moeilijk te voorspellen. Dit maakt het lastig te bepalen hoe hoog het macro budgettaire kader moet zijn.

<sup>57</sup> Een polikliniek voor patiënten met de ziekte van Huntington wordt via de beleidsregel 'Innovatie voor kleinschalige experimenten' bekostigd.

<sup>58</sup> Zie bijlage 8: Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling per 1 januari 2017 (Regeling van de Staatssecretaris van VWS van 11 december 2014, houdende regels voor het verstrekken van subsidie ten behoeve van behandeling, geldend van 01-01-2017 tot en met heden).

Het kader zal van zodanige omvang moeten zijn dat deze toereikend is om de benodigde zorg te leveren en tegelijkertijd voldoende ruimte geeft om gewenste substitutie te bewerkstelligen.

### Macro budgettaire beheersing

Er zijn verschillende opties denkbaar voor het beheersen van het/de macro budgettaire kader(s). Ten eerste het risicodragend uitvoeren van deze zorg door zorgverzekeraars, en het goed opnemen van deze zorg in het risicovereveningsmodel. Als zorgverzekeraars risicodragend zijn, ondervinden zij een financiële prikkel om zorg doelmatig in te kopen doordat zij (een deel van) het risico van de kosten dragen voor de zorg die zij inkopen voor hun verzekerden. Door het risicovereveningsmodel worden zij gecompenseerd voor een aantal risico's van hun verzekerdenpopulatie. Door de zorgverzekeraars direct volledig risicodragend te laten zijn, zullen zij een belangrijke financiële prikkel ondervinden tot doelmatige zorginkoop.

Verder kunnen er instrumenten worden ingezet die een overschrijding van het macro budgettaire kader voorkomen of waarmee een overschrijding teruggevorderd kan worden. Instrumenten om een overschrijding te voorkomen zijn bestuurlijke afspraken in de vorm van een hoofdlijnenakkoord, een omzetplafond per zorgaanbieder of op landelijk niveau. Instrumenten waarmee een overschrijding teruggevorderd kan worden zijn een tariefkorting en een macrobeheersinstrument (MBI).

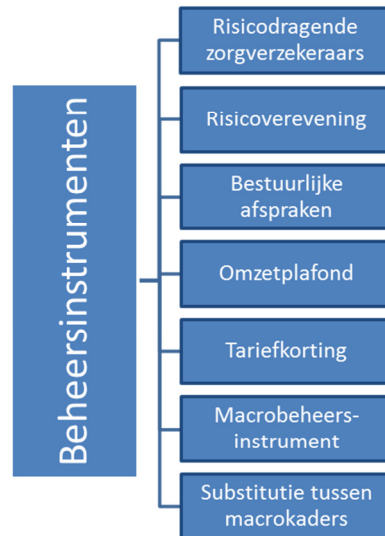
Een andere oplossing ligt in het hanteren van flexibiliteit tussen budgettaire kaders. Als de volumegroei wordt veroorzaakt door gewenste substitutie van zorg vanuit de tweedelijns (medisch-specialistische) zorg naar de eerstelijns zorg, ligt het voor de hand om ook de middelen te verplaatsen tussen deze kaders.

De macro budgettaire ontwikkeling en beheersing zijn in figuur 5 en figuur 6 weergegeven.

**Figuur 5: Macro budgettaire ontwikkeling**





**Figuur 6: Macro budgettaire beheersing**

### Uitvoerbaarheid

De uitvoerbaarheid van alle maatregelen hangt onder andere af van het gekozen bekostigingsmodel. We zoomen op een aantal in figuur 6 genoemde beheersinstrumenten in.

#### *Bestuurlijke afspraken*

Hiermee wordt gestimuleerd dat de sector gezamenlijk met de overheid nadenkt over en zich inspant voor gewenste kostenontwikkelingen en methodes om dat te bereiken. Tegelijkertijd geeft dit geen garanties op het niet overschrijden van het vooraf afgesproken budgettaire kader, noch mogelijkheden om de overschrijdingen terug te halen. Bestuurlijke afspraken zien wij dan ook als aanvulling op eventuele andere methodes van kostenbeheersing.

#### *Omzetplafond per zorgaanbieder of op landelijk niveau*

Het is mogelijk om voorafgaand aan het jaar per zorgaanbieder een omzetplafond vast te stellen. Kostenbeheersing is hierbij gegarandeerd, omdat geen zorgaanbieder over zijn individuele kostenplafond heen kan gaan. Tegelijk wordt een lagere omzet dan het vooraf afgesproken plafond niet bijgeplust. Dat betekent dat een zorgaanbieder die binnen en zelfs onder het afgesproken kostenplafond is gebleven, mogelijk door doelmatigheidsmaatregelen, efficiëntie of innovatieve zorgvormen, hiervoor niet wordt beloond.

Puur bezien vanuit het perspectief van kostenbeheersing is dit een effectief model. Het nadeel is dat de marktverhoudingen op voorhand vast worden gezet. Aanbieders kunnen niet meer omzet genereren. Dit belemmert de keuzevrijheid van patiënten, investeringen in betere kwaliteit door zorgaanbieders en onderlinge concurrentie op de prijs per prestatie. Tot slot vereist deze variant dat vooraf, in het jaar t-1, zorgaanbieders die deze zorg leveren bekend moeten zijn. Dit hoeft niet het geval te zijn. Dit instrument is ingrijpend en arbeidsintensief en vinden wij een onwenselijke variant voor aanvullende geneeskundige zorg.

Er kan ook landelijk een omzetplafond vastgesteld worden. Dit gebeurt in de Wlz en wordt de contracteerruimte genoemd. Vanuit kostenbeheersing geeft deze variant zekerheid dat het macrokader niet overschreden wordt.

Het nadeel is dat de werkwijze slecht past bij de Zvw systematiek omdat geen sprake is van alleen naturaverzekeringen en een contracteerruimte per zorgverzekeraar. Dit instrument vinden wij daarmee niet passend.

#### *Tariefkorting*

Deze methode voorziet er in dat in het jaar na de constatering van een overschrijding de tarieven verlaagd worden. Het voordeel van deze methode is dat niet alleen de overschrijding teruggehaald wordt, maar ook een nieuwe overschrijding in jaar t+1 wordt voorkomen. Het nadeel is dat het invorderen van de overschrijding wordt uitgesteld tot een toekomstige situatie. Nieuwe toetreders betalen mee aan een overschrijding die per definitie niet door hen is veroorzaakt. Verder voorziet deze maatregel alleen in het verlagen van de prijs. Een overschrijding kan ook veroorzaakt worden door het volume. Bovendien is het maar de vraag in hoeverre een tariefkorting effectief is in een markt die maximumtarieven kent; de daadwerkelijke tarieven worden immers bepaald in de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Gezien de zorg en de tarieven nog in ontwikkeling zijn, vinden wij dit geen geschikt instrument voor de aanvullende geneeskundige zorg.

#### *Macrobeheersinstrument*

Het MBI lijkt erg op het omzetplafond op landelijk niveau. Bij het MBI wordt achteraf bepaald of het macro budgettair kader overschreden is. Alleen bij een eventuele overschrijding worden maatregelen genomen. Uit kostenbeheersingsoogpunt voor lange termijn is een nadeel dat iedereen de prikkel heeft om zoveel mogelijk te produceren, omdat de kostenoverschrijding bij alle zorgaanbieders naar rato van hun omzet wordt teruggehaald. Een grotere omzetgroei dan landelijk gemiddeld betekent dat ook na het terughalen van de overschrijding, partijen erop vooruit gaan. Een kleinere omzetgroei dan landelijk gemiddeld betekent dat men niet meer omzet heeft gegenereerd dan anderen maar wel moet bijdragen aan de kostenoverschrijding. Verder kan de dreiging van het toepassen van het MBI leiden tot terughoudendheid in het investeren in kwaliteit, capaciteit of innovatie. Deze effecten zijn nadelig, omdat innovatie nodig is voor het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen en uitbreiding van capaciteit wenselijk is om te komen tot gewenste ondersteuning van de (acute) eerstelijns zorgketen en gewenste substitutie.

De uitvoerbaarheid van een MBI hangt af van het aantal zorgaanbieders dat declareert en van een betrouwbare manier om de omzet te bepalen. Het aantal zorgaanbieders is van belang omdat bij een groter aantal het complexer wordt om exact de macrogegevens vast te stellen. Daarnaast geldt, des te groter het aantal zorgaanbieders des te complexer eventuele overschrijdingen zijn terug te vorderen. Zeker als er een groot aantal zorgaanbieders is met een klein aandeel in de totale omzet, kunnen de baten van het inwinnen van de overschrijding niet opwegen tegen de kosten van het innen. Ten tweede is van belang of adequaat de omzet in jaar t te bepalen is. Dit is namelijk nodig om het macrobedrag vast te kunnen stellen en vervolgens om, in het geval van een overschrijding, nauwkeurig per zorgaanbieder vast te kunnen stellen welk bedrag er teruggevorderd moet worden.

#### **Advies**

Het hanteren van een strikte methode voor kostenbeheersing kan nadelige effecten hebben op de ontwikkeling van een markt. Als er wordt besloten om instrumenten in te zetten uit oogpunt van kostenbeheersing ligt het MBI het meest voor de hand.

Voor het MBI kan de minister in jaar t+1 besluiten óf het MBI wordt ingezet en zo ja, welk bedrag teruggehaald moet worden bij een eventuele overschrijding. Hiermee ontstaat flexibiliteit in het al dan niet toepassen van het instrument.

#### **Advies**

Als instrument voor kostenbeheersing adviseren wij het macrobeheersinstrument.

Het MBI zien we vaker terug in de Zvw als ingezet beleid voor kostenbeheersing. Voorbeelden hiervan zijn geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf (welke onder één budgettaire kader vallen), verpleging en verzorging in de wijk en ook op de zintuiglijk gehandicaptenzorg is een MBI van toepassing.

Wij merken op dat de uitvoerbaarheid van een MBI binnen de aanvullende geneeskundige zorg ook afhangt van keuzes die worden gemaakt met betrekking tot de budgettaire kaders. Daarnaast kennen sommige budgettaire kaders al een MBI binnen de Zvw. Indien de aanvullende geneeskundige zorg onder verschillende budgettaire kaders wordt ondergebracht, en voor (sommige van) deze kaders geldt een MBI, loopt ook de aanvullende geneeskundige zorg daarin mee. In het belang van een uitvoerbaar en effectief MBI geven wij aan dat de toepassing van het MBI op basis van één macro budgettair kader voor aanvullende geneeskundige zorg beter uitvoerbaar is en administratief minder belastend. Ditzelfde punt is ook aan bod gekomen in paragraaf 3.3.1.

### **3.3.3 Tijdpad**

Zoals aangegeven is de meest wenselijke bekostigingsoptie, een multidisciplinaire vorm van bekostigen, op de korte termijn niet haalbaar. Ons advies voor bekostiging, zoals uit gewerkt in paragraaf 3.3, is op de korte termijn haalbaar.

Een gedetailleerd tijdpad voor overheveling is lastig te schetsen en is mede afhankelijk van een aantal keuzen die door de minister gemaakt moet worden. In ieder geval moeten de volgende besluiten worden genomen:

- Een besluit over het tijdstip en wijze van positionering van aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw. Daarbij wordt duidelijkheid gegeven over de prestaties en de tariefsoort;
- Duidelijkheid over het/de macro-kader(s) die van toepassing zijn op deze zorg;
- Een besluit over de omvang van de middelen die aan het/de macro kader(s) worden overgeheveld vanuit de Tijdelijke subsidieregeling, en de eventuele inzet van een kostenbeheersinstrument;
- Een besluit over de risicodragendheid van zorgverzekeraars;
- Een besluit over de toepassing van de beperkingen en voorwaarden op paramedische zorg, en van het eigen risico.

Om overheveling per 1 januari 2019 mogelijk te maken moeten wij prestaties en tarieven hebben vastgesteld op uiterlijk 1 juli 2018. Daarnaast dienen zorgverzekeraars uiterlijk 1 april het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop bekend te maken.<sup>59</sup> Hiervoor is nodig dat uiterlijk het eerste kwartaal van 2018 de nodige besluiten zijn genomen op bovenstaande punten.

<sup>59</sup> 'Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw'.

Daarnaast geldt voor de overheveling dat de door ons geadviseerde bekostiging (op basis van de prestaties uit de Tijdelijke subsidieregeling) voor de korte termijn is. Dit is wat ons betreft geen structurele oplossing en bekostiging voor de lange termijn. Uit voorgaande overhevelingstrajecten hebben we ervaren dat overheveling naar de Zvw een positieve prikkel teweeg brengt. Dit geldt voor alle partijen. De patiënt wordt, in tegenstelling tot in de Wlz, in de Zvw gestimuleerd om kritisch te kiezen voor een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder, op basis van prijs en kwaliteit. Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars ontstaat in de Zvw de situatie dat partijen met elkaar in overleg gaan over het te leveren pakket aan zorg, de tarieven, de kwaliteit, doelmatigheid en andere voorwaarden. Zorgaanbieders worden gestimuleerd om inzichtelijk te maken welke zorg ze leveren en zorgverzekeraars moeten voldoende, tijdige en beschikbare zorg inkopen voor hun verzekerden. Wij zijn dan ook voorstander om zo snel als dit mogelijk is, met aandacht voor een voldoende zorgvuldig proces, aanvullende geneeskundige zorg over te hevelen naar de Zvw, in de meest haalbare en uitvoerbare optie. Terwijl partijen in de beginperiode na overheveling wennen aan de 'nieuwe situatie in de Zvw', kan met partijen in een doorontwikkeltraject worden verkend waar mogelijkheden liggen om de bekostiging multidisciplinair en integraal vorm te geven. Registraties zijn hierbij onontbeerlijk om verschillende redenen. De koppeling van bekostiging aan de uitkomsten van zorg zijn hierbij mogelijke perspectieven om naartoe te werken. Ten eerste om inzicht te krijgen in geleverde zorg. Ten tweede is inhoud en omvang van geleverde zorg nodig om een betrouwbaar en representatief kostenonderzoek uit te voeren. En ten derde kunnen deze data worden gebruikt om toe te werken naar een toekomstige bekostiging. De toekomstige bekostiging, waar in een doorontwikkeling naartoe wordt gewerkt, hebben we op hoofdlijnen geschetst in paragraaf 2.4. Het is nu te vroeg om een heel concreet eindplaatje te schetsen, de weg ernaartoe bewandelen we samen met partijen.

## 4. Aandachtspunten overheveling

### 4.1 Inleiding

VWS heeft ons verzocht om voor de door ons geadviseerde bekostiging een handhavingstoets uit te voeren om de frauderisico's voldoende te kunnen afwegen, bij een wijziging van het bekostigingssysteem. In dit hoofdstuk staan de aandachtspunten en risico's beschreven die zijn geïdentificeerd bij de overheveling van aanvullende geneeskundige zorg.

### 4.2 Aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw

De exacte uitwerking van de prestaties en nadere declaratie- en administratievoorschriften moeten nog vorm krijgen. Daar zal, afhankelijk van het besluit van VWS, in een later stadium nadere invulling aan gegeven moeten worden. Dit zal ook in overleg met veldpartijen gebeuren. Hierdoor is het op dit moment alleen mogelijk om aandachtspunten en risico's van het systeem op hoofdlijnen te analyseren. In dit hoofdstuk gaan wij in op de mogelijke risico's van de geadviseerde bekostigingssystematiek. Er is niet gestreefd naar volledigheid maar naar het in kaart brengen van de belangrijkste aandachtspunten.

Bij de analyse wordt het brede fraudebegrip gehanteerd. Dat wil zeggen dat naast fraude ook naar fouten, vergissingen en mogelijkheden van misbruik en oneigenlijk gebruik wordt gekeken. Er is gekozen voor een procesbenadering: van de toegang tot zorg tot en met de verantwoording. Per processtap benoemen wij hieronder de belangrijkste risico's.

Overigens moet voorop gesteld worden dat het uitgangspunt bij de geadviseerde bekostigingsoptie is om zo veel mogelijk aan te sluiten bij enkele van de prestaties die gelden onder de Tijdelijke subsidieregeling. Voor zover op dit moment bekend is, wordt er geen misbruik van de huidige regeling gemaakt dan wel gefraudeerd. Wij hebben geen indicaties die er op duiden dat dit in de toekomst na de overheveling zal veranderen. Dit neemt niet weg dat er wel degelijk aandachtspunten en risico's te benoemen zijn.

### 4.3 Toegang

Binnen de Zvw mag bepaalde zorg, zoals zorg die medisch-specialisten plegen te bieden, slechts ten laste van de basisverzekering gebracht worden na een verwijzing van een (huis)arts, uitgezonderd acute zorgsituaties. Dit biedt de mogelijkheid dat beoordeeld wordt of de patiënt redelijkerwijs aangewezen is op de zorg waar een verwijzing voor vereist is. De vraag is op welke wijze aanvullende geneeskundige zorg onder de Zvw voor een patiënt toegankelijk zal zijn. Hierbij zijn twee mogelijkheden: (1) via verwijzing van een (huis)arts of (2) via directe toegang (tenzij ingeperkt door polisvoorwaarden van een zorgverzekeraar).

#### *Risico*

Indien niet helder is afgebakend op welke wijze de aanvullende geneeskundige zorg toegankelijk is, kan er binnen de Zvw een risico ontstaan op ongewenste stijging van de uitgaven. Zorgverzekeraars kunnen deze ongewenste stijging tegengaan, door onder andere het opnemen van polisvoorwaarden en een scherp inkoopbeleid.

### **4.4 Transparante aanspraak**

Er moet een goede afbakening zijn van de over te hevelen zorg. Daarbij is helderheid vereist over welke zorg ten laste komt van de Zvw en welke zorg onder andere wettelijke domeinen valt. Helderheid over de aanspraak vermindert het risico op het inbrengen van niet-Zvw zorg ten laste van de Zvw. Verder stelt helderheid over de aanspraak de zorgverzekeraar in staat om te controleren of de zorg terecht ten laste van de basisverzekering wordt gedeclareerd. De duidelijke begrenzing is ook van belang om een scheiding te kunnen maken tussen zorg vallend onder de Zvw aan de ene kant en zorg vallend onder andere wettelijke domeinen aan de andere kant: de Wlz, Wmo en Jeugdwet. In het adviesverzoek van VWS is aangegeven dat uitgegaan kan worden van de huidige aanspraken in de Zvw.

#### *Risico*

Uit de duiding van het ZiNL blijkt dat de aanvullende geneeskundige zorg, zorg en disciplines omvat die slechts ten dele of onder voorwaarden binnen de basisverzekering vallen. Dat geldt bijvoorbeeld voor paramedische zorg, vaktherapie en zorg van de orthopedagoog.<sup>60</sup> Zonder duidelijke begrenzing en formele vastlegging daarvan bestaat er een risico op het ten onrechte inbrengen van deze zorg onder de basisverzekering.

Een omschrijving van de samenhangende zorg als één geheel met indicatiecriteria en een duidelijk begin- en eindpunt van de zorg helpen bij een heldere afbakening van deze zorg in de praktijk. Zo kan deze zorg bijvoorbeeld binnen de Zvw worden afgebakend ten opzichte van medisch-specialistische revalidatiezorg en binnen de bekostiging worden afgebakend van de bestaande bekostiging van geneeskundige ggz, paramedische zorg en huisartsenzorg. Het ontbreken van een dergelijke omschrijving bemoeilijkt deze afbakening. Dat kan een prikkel of onduidelijkheid bij zorgaanbieders veroorzaken. Hierdoor kunnen onjuiste prestaties gedeclareerd worden en bestaat er een risico op dubbele bekostiging.

### **4.5 Bepalen zorgbehoefte**

Het is in de Zvw gebruikelijk dat de zorgverlener bepaalt welke zorg er geleverd wordt, al dan niet ondersteund middels beroepsinhoudelijke richtlijnen en standaarden. Bij een gebrek daaraan zou mogelijk het Kwaliteitsinstituut ondersteuning kunnen bieden.

---

<sup>60</sup> Rapport ZiNL, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876, p. 44.

*Risico*

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

## 4.6 Afbakening bekostigingsprestaties

Het is van belang dat prestaties voor aanvullende geneeskundige zorg duidelijk geformuleerd en goed afgebakend worden. Met afbakening wordt bedoeld dat duidelijk is welke zorg onder de prestaties valt en dat enerzijds onderscheid kan worden gemaakt tussen de zorg vallend onder de specifieke prestaties voor aanvullende geneeskundige zorg ten opzichte van andere Wmg-prestaties en anderszijds ten opzichte van andere wettelijke regimes dan de Zvw. Dat biedt zorgaanbieders duidelijkheid over wanneer zij welke prestaties in rekening kunnen brengen. Aan de andere kant is dat nodig voor zorgverzekeraars en de NZa om te controleren of de prestaties terecht in rekening zijn gebracht.

Het is nog niet bekend hoe de prestaties voor aanvullende geneeskundige zorg gedefinieerd worden. Wel is het mogelijk om aan te geven welke risico's ontstaan op het moment dat de prestaties niet voldoende afgebakend zijn ten opzichte van de overige prestaties binnen de Zvw (zoals bestaande bekostiging voor paramedische zorg en de ggz-bekostiging) en buiten de Zvw (zoals de Wlz).

*Risico*

Eerder genoemde systeemkenmerken: het bepalen van de zorgbehoefte door zorgaanbieder (paragraaf 4.5), onvoldoende medisch herkenbare prestaties en daardoor lastige afbakening van bekostigingsprestaties, maken controle vooraf lastig. De zorgverzekeraar kan achteraf wel een aantal controles uitvoeren. Daarbij is te denken aan het vergelijken van indicatie versus declaratie, en zorgaanbieders vergelijken op basis van declaraties en het uitvoeren van benchmarks.

In de consultatie is door partijen aangegeven dat afbakening van de aanvullende geneeskundige zorg ten opzichte van de reeds bekostigde geneeskundige zorg, evenals de definiëring van de prestaties en doelgroepen, belangrijke voorwaarden zijn voor zorgaanbieders om correct te kunnen declareren en voor zorgverzekeraars om de zorg in te kopen en controle te kunnen uitoefenen op de declaraties. Zonder duidelijke afbakening is het mogelijk dat een onwenselijke overlap tussen de zorgvormen zou kunnen ontstaan. Ongecontracteerde zorg vergroot het risico bij onvoldoende afgebakende prestaties.

Op dit moment zijn de doelgroepen zoals in de duiding omschreven algemeen geformuleerd. Nadere definiëring van die doelgroepen, zodat duidelijk is in welke gevallen gebruik kan worden gemaakt van aanvullende geneeskundige zorg, ontbreekt nog, waardoor het risico ontstaat dat aanvullende geneeskundige zorg wordt bekostigd voor patiënten die buiten de doelgroep vallen. En omgekeerd geredeneerd dat patiënten er onbedoeld buiten vallen waar de zorg wel voor bedoeld is.

Uit de duiding van het ZiNL volgt dat sprake kan zijn van samenloop van aanvullende geneeskundige zorg en de ggz. Voor de basis-ggz en specialistische-ggz is er een reeds bestaande bekostiging.

Door deze mogelijke samenloop kan onduidelijkheid ontstaan over welk bekostigingsregime van toepassing is op de zorgverlening van gedragsdeskundigen en vaktherapeuten.

Het ZiNL adviseert om voor institutionele zorg het onderscheid tussen geneeskundige zorg van specifiek paramedische aard en algemeen paramedische zorg los te laten.<sup>61</sup> Dit advies is ingegeven door de constatering van ZiNL dat een onderscheid tussen deze twee zorgvormen lastig te maken is. Het advies beperkt zich tot institutionele zorg en strekt zich niet uit tot de (specifiek paramedische) zorg die nu onder de Tijdelijke subsidieregeling valt en dus onder aanvullende geneeskundige zorg gaat vallen. De constatering dat specifiek paramedische geneeskundige zorg lastig te onderscheiden is van algemeen paramedische geneeskundige zorg geeft wel aan dat er een risico bestaat op onduidelijke afbakening tussen de zorg die valt onder de paramedische zorg in het kader van aanvullende geneeskundige zorg en de paramedische zorg zoals die valt onder de reeds bestaande bekostigingsregels binnen de Zvw. We zullen bij de verdere vormgeving van de bekostiging voor aanvullende geneeskundige zorg de ontwikkelingen met betrekking tot positionering behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz nauwlettend in de gaten houden.

#### **4.7 Declaratie**

Binnen de Tijdelijke subsidieregeling is het niet verplicht te declareren op patiëntniveau. Wel wordt er een specificatie op patiëntniveau gegeven. Binnen de Zvw wordt echter op patiëntniveau gedeclareerd.

##### *Risico*

Zorgaanbieders die nu niet op patiëntniveau declareren moeten dat wel gaan doen onder de Zvw. Daar moet bij de inrichting van declaratiesystemen rekening mee gehouden gaan worden. Dit moet voor de overheveling ingeregeld zijn. Partijen moeten hier tijdig mee aan de slag, anders kan niet worden voldaan aan deze verplichting.

#### **4.8 Eenheid van taal**

Niet alle zorg die wordt geleverd aan de specifieke doelgroepen onder de Tijdelijke subsidieregeling is weergegeven in zorgprogramma's of landelijke standaarden. Door zorgaanbieders wordt verschillend invulling gegeven aan de prestaties onder de Tijdelijke subsidieregeling. Zo zal bijvoorbeeld aan zorg in een groep somatiek en psychogeriatrisch door de ene instelling een andere invulling worden gegeven dan bij een andere instelling. (Landelijke) standaarden zouden de inzet inzichtelijker kunnen maken en meer uniform.

Het is verder nog onduidelijk of er keurmerken, kwaliteitskaders of anderszins vereisten zijn voor het bieden van erkende deskundigheid bij aanvullende geneeskundige zorg. Hier moeten beroepsgroepen zich over buigen.

---

<sup>61</sup> Rapport ZiNL, 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten', 27 september 2017. Advies over de behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz.



*Risico*

Over het algemeen lijkt er geen duidelijke lijn te bestaan over welke zorg wordt geleverd aan bepaalde patiëntcategorieën. Daardoor ontbreekt duidelijkheid over welke (zorginhoudelijke) invulling zorgaanbieders geven aan prestaties zoals zorg in een groep. Tevens zal het voor zorgverzekeraars moeilijk zijn om te weten welke zorg zij moeten inkopen. Ook controle op de geleverde zorg wordt daardoor bemoeilijkt. Dit is een aandachtspunt, waar zorgverzekeraars rekening mee moeten houden.

Als er geen keurmerk, kwaliteitskader of anderszins kwalitatieve houvast voorhanden is voor het bieden van erkende deskundigheid, is de geboden kwaliteit binnen aanvullende geneeskundige zorg niet transparant. Het is niet duidelijk aan welke kwaliteitsaspecten zorgaanbieders van aanvullende geneeskundige zorg moeten voldoen en of hieraan wordt voldaan. Het risico is dat er zorg wordt geboden die kwalitatief onvoldoende is of door onvoldoende deskundige zorgverleners.

#### **4.9 Mogelijke beperking van risico's door declaratievoorwaarden**

Om een deel van de bovenstaande risico's te beperken is het advies om een aantal declaratievoorwaarden aan de prestaties te verbinden, conform de (multidisciplinaire) zorg die door het ZiNL worden genoemd en die ook nu onder de werkwijze en praktijkvoering van de Tijdelijke subsidieregeling gelden als voorwaarden. Een voorwaarde kan zijn dat de (multidisciplinaire) zorg wordt geleverd onder regie en eindverantwoordelijkheid van een regiebehandelaar. Een verdere voorwaarde zou zijn dat de geleverde zorg beschreven of benoemd moet zijn in een individueel behandelplan, waarvoor de regiebehandelaar de verantwoordelijkheid draagt.

Uit het individuele behandelplan moet blijken welke zorgverlener verantwoordelijk is voor welk zorgonderdeel. De eis van het opstellen van een individueel behandelplan, waaruit blijkt welke discipline voor welk zorgonderdeel verantwoordelijk is, werkt ook als prikkel, om de geleverde zorg inzichtelijk te maken. Hiermee worden prikkels ingebouwd richting transparantie van kwaliteit en doelmatigheid, en het kan worden gebruikt als input voor een doorontwikkeling van bekostiging. Kijkend naar de wenselijke toekomstige bekostiging met integrale multidisciplinaire prestaties, passen de genoemde voorwaarden (regiebehandelaar, individueel behandelplan) ook bij de verantwoording van deze vorm van bekostiging.

Het ZiNL geeft in zijn duiding aan wie regiebehandelaar kan zijn binnen aanvullende geneeskundige zorg (de specialist ouderengeneeskunde, de arts voor verstandelijk gehandicapten of een gedragsdeskundige<sup>62</sup>), afhankelijk van waar het accent van de geneeskundige zorg ligt. Voor de aanvullende geneeskundige zorg is echter geen (dekkend geheel van) kwaliteitskader(s) aanwezig, zoals bijvoorbeeld bij de geneeskundige ggz, waarin benoemd staat wie regiebehandelaar kan zijn. Daar kan in de declaratievoorwaarden dus niet (in alle gevallen) naar verwezen worden.

<sup>62</sup> Het ZiNL geeft aan dat de gespecialiseerde psycholoog en de orthopedagoog-generalist regiebehandelaar kunnen zijn. Rapport Zorginstituut Nederland, 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist Ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw', de dato 31 oktober 2016, volgnummer 2016093876. Pagina 35, 40.

Daarnaast zien wij hier ook nog een rol weggelegd voor zorgverzekeraars. In de Zvw is het de zorgverzekeraar die in de modelovereenkomst (polis) bepalingen mogen opnemen over welke zorgverleners de benodigde indicatie mogen afgeven, wie mag doorverwijzen en welke zorgverleners de zorg mogen verlenen. Ook kan de zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden bepalingen opnemen die de patiënt in acht moet nemen om zijn aanspraak op zorg geldend te kunnen maken. Daarnaast vervullen de zorgverzekeraars ook de rol van zorginkoper. In de markt voor aanvullende geneeskundige zorg moeten zorgverzekeraars uiteindelijk met zorgaanbieders onderhandelen over de prijs, kwaliteit en volume van de zorg.

#### **4.10 Tijdpad**

Het tijdsbestek, waarin voorliggend advies moet leiden tot bekostiging per 1 januari 2019 is krap. Nadat voorliggend advies is vastgesteld, en is aangeboden aan de minister, moet vervolgens de voorhangprocedure, besluitvorming en aanwijzing plaatsvinden, voordat de NZa bevoegd is om prestaties en tarieven vast te stellen. Voor bekostiging per 2019 moeten al deze stappen voor 1 juli 2018 plaatsvinden en uiterlijk 1 april 2017 moeten zorgverzekeraars duidelijkheid kunnen geven over het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop. En dat betekent dat wij uiterlijk het eerste kwartaal in 2018 duidelijkheid moeten hebben over het tijdstip en wijze van positioneren van aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw.

##### *Risico*

Door het krappe tijdpad voor de overheveling van aanvullende geneeskundige zorg naar de Zvw, bestaat het risico dat de deadline van 1 juli 2018 voor het vaststellen van prestaties en tarieven door de NZa niet wordt gehaald.

**Bijlage 1: Kamerbrief 'Reactie  
pakketadvies Zorginstituut Nederland  
over extramurale behandeling;  
aanvullende geneeskundige zorg aan  
kwetsbare doelgroepen in de eerste lijn',  
14 februari 2017**

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**  
1059307-158930-LZ

**Bijlage(n)**  
1

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

Datum 14 februari 2017  
Betreft Reactie pakketadvies Zorginstituut over extramurale  
behandeling; aanvullende geneeskundige zorg aan  
kwetsbare doelgroepen in de eerstelijns.

Geachte voorzitter,

Het Zorginstituut heeft begin november zijn pakketadvies *'Extramurale  
behandeling ontleed: De zorg door specialist ouderengeneeskunde, arts voor  
verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw'*  
gepubliceerd. Het pakketadvies bieden wij u hierbij aan. Het gaat om een  
belangrijk advies gericht op geneeskundige zorg voor kwetsbare mensen thuis, die  
hen in staat stelt beter thuis te functioneren. Het draagt eraan bij dat kwetsbare  
mensen tijdig de juiste geneeskundige zorg ontvangen in de eerste lijn, waardoor  
de huisarts wordt ontlast en er minder instroom is in de acute zorgketen.

**Pakketadvies Zorginstituut: analyse inhoud extramurale behandeling**

Het pakketadvies van het Zorginstituut gaat in op de vraag of de extramurale  
behandeling qua aard en inhoud onder de Zvw kan vallen. Belangrijke vraag  
daarbij is wat de extramurale behandeling precies inhoudt en of de zorg als  
geneeskundige zorg in de zin van de Zvw kan worden gekwalificeerd.

De conclusie van het pakketadvies is dat de geneeskundige zorg die nu onder de  
Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling valt, onder de  
Zorgverzekeringswet (Zvw) past. Tegelijkertijd moet er nog veel voorbereidend  
werk plaatsvinden voordat deze geneeskundige zorg onder de reikwijdte van het  
verzekerde pakket kan worden gebracht. In deze brief gaan wij in op het  
pakketadvies en op de vervolgstappen die wij met het Zorginstituut en de NZa in  
gang willen zetten voorafgaand aan de definitieve besluitvorming over het tijdstip  
en de wijze van onderbrenging van deze geneeskundige zorg in de Zvw. De  
vervolgstappen betreffen een nadere beschrijving van de inhoud van deze  
geneeskundige zorg in zorgprogramma's en een nader advies over de wijze  
waarop deze zorg binnen de eerstelijns bekostigd kan worden.

Het Zorginstituut geeft aan dat 'extramurale behandeling' een verzamelnaam is voor zorg die bij diverse aandoeningen, bijvoorbeeld de ziekte van Huntington, dementie, niet aangeboren hersenletsel (NAH) en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonen wordt geleverd. Deze behandeling richt zich op de beperkingen die deze aandoeningen met zich meebrengen. Het rapport analyseert extramurale behandeling aan de hand van zorgvragen, behandeldoelen en het professionele arsenaal van behandelaars.

Een belangrijke regierol bij extramurale behandeling is weggelegd voor de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten. Voor deze twee beroepsgroepen heeft het Zorginstituut de specifieke vraag gesteld of de zorg die zij bieden binnen het verzekerd pakket past. Het Zorginstituut kenschetst de zorg van deze artsen als generalistisch geneeskundige zorg, namelijk vallend onder het functioneel omschreven arsenaal van de 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

De specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten leveren de zorg vaak in nauwe samenwerking met andere zorgverleners in een multidisciplinair team. De andere zorgverleners in deze teams zijn de gespecialiseerde psycholoog (of orthopedagoog of ouderenpsycholoog) en paramedici (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en diëtist) en de vaktherapeut. Het Zorginstituut concludeert dat de zorg van deze zorgverleners al onder de Zvw valt, zij het voor sommige zorgvormen onder beperkende voorwaarden.

### **Reactie op pakketadvies**

Met onze brief 'Zorg voor kwetsbare ouderen thuis'<sup>1</sup> hebben wij ingezet op het verbeteren van de geneeskundige zorg aan ouderen met een complexe zorgvraag thuis en verlichten van de inzet van de huisarts. Huisartsen geven aan dat zij onvoldoende tijd en expertise hebben om binnen de huisartsenpraktijk met ouderen met complexe zorgvragen om te gaan. Hetzelfde geldt voor de geneeskundige zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Dit pakketadvies draagt er aan bij om kwetsbare mensen (ondanks beperkingen) in staat te stellen om thuis beter te functioneren door de verbeterde inzet van geneeskundige zorg. Dit verlicht de inzet van de huisarts, die de specifieke kennis en ervaring van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten in kan schakelen. Levering van deze geneeskundige zorg vindt plaats op verzoek van de huisarts. Deze zorg draagt er tevens aan bij dat kwetsbare mensen tijdig de juiste zorg ontvangen in de eerste lijn, waardoor er minder instroom is in de acute zorgketen.

Wij delen de constatering van het Zorginstituut dat het (verouderde) AWBZ-begrip 'extramurale behandeling' niet aansluit op begrippen zoals gehanteerd in de Zvw. In de Zvw is 'geneeskundige zorg' een centraal begrip. Geneeskundig moet daarbij niet te beperkt medisch worden opgevat. Ook het compenseren van en leren omgaan met beperkingen kan onder 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw worden geschaard. De doelen van extramurale behandeling sluiten daarbij aan: behoud van functionele autonomie ondanks beperkingen, voorkomen van verergering van de beperking en leren omgaan met de (voortschrijdende) beperking. Het Zorginstituut stelt dat de zorg geboden onder extramurale

---

<sup>1</sup> Kamerstuk II 2015/16, 33 578, nr. 33.

behandeling gekwalificeerd kan worden als geneeskundige zorg.

Wij constateren dat hier sprake is van mogelijkheden voor aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare mensen die nog thuis wonen en die als integraal onderdeel van de overige zorg in de eerste lijn geleverd moet worden. Deze kwetsbare mensen voldoen qua zorgbehoefte niet aan de criteria van de Wlz, maar hebben wel behoefte aan de in het advies genoemde geneeskundige zorg om beter te kunnen functioneren. Dit betreft een aantal specifieke doelgroepen: mensen met degeneratieve, progressieve ziekten, ouderen met somatische en lichamelijke chronische/complexere zorgvragen, mensen met niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking. In het pakketadvies van het Zorginstituut staat dit uitgebreid beschreven. Wij stellen voor om vanaf heden te spreken over 'aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn'.

### **Vervolgstappen VWS, Zorginstituut en NZa**

Het pakketadvies laat zien dat er nog veel werk verzet moet worden om deze geneeskundige zorg als een integraal onderdeel van de eerstelijns zorg en bij de mensen thuis te realiseren. In het pakketadvies is voornamelijk gekeken naar de zorg zoals deze op dit moment geleverd wordt vanuit het perspectief van de zorgverleners vanuit de zorginstelling. Er moet ook gekeken worden hoe deze zorg past bij de zorg zoals deze nu al door huisartsen, wijkverpleegkundigen en paramedici in de eerste lijn geleverd wordt binnen de Zorgverzekeringswet.

Wij hebben meerdere signalen gekregen vanuit het veld dat huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten het bezwaarlijk vinden dat de zorg die zij leveren allemaal wordt geduid als zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Wij realiseren ons dat de zorg die deze beroepsgroepen leveren medisch generalistisch is, maar dat iedere beroepsgroep een eigen expertise en rol heeft binnen de zorg. Wij delen de bezwaren en zullen dit punt meenemen bij de verdere uitwerking.

Eerdere ervaringen met het overhevelen van zorg naar de Zvw hebben geleerd dat het cruciaal is om een goed zicht te hebben over de inhoud van de zorg, voor deze wordt overgeheveld. Het Zorginstituut constateert dat voor een goede multidisciplinaire zorgverlening per aandoening een beschrijving van de 'goede zorg'. Het Zorginstituut stelt dat veel zorg weliswaar op het niveau van de instelling is beschreven, maar dat deze beschrijvingen niet altijd gezamenlijk met de betrokken beroepsgroepen zijn opgesteld. Positieve uitzonderingen zijn de zorg voor de ziekte van Huntington en niet aangeboren hersenletsel ('Hersenz').

Voor het realiseren van het multidisciplinaire zorgaanbod vanuit de Zvw zijn zorgprogramma's nodig waarin de multidisciplinaire zorg per aandoening is beschreven. Dit is nodig voor patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar. De zorgprogramma's zijn noodzakelijk voor uniforme 'goede' zorgverlening, waarvan de inhoud door de betrokken beroepsgroepen is vastgesteld. Deze zorgprogramma's zorgen voor samenhang in het leveren van multidisciplinaire zorg. Ze ondersteunen professionals bij het leveren van zorg en zorgverzekeraars bij het inkopen van deze geneeskundige zorg. Deze zorgprogramma's dragen bij aan gepast gebruik van zorg. De primaire verantwoordelijkheid voor het opstellen van zorgprogramma's ligt bij beroepsgroepen. Wij zullen het Zorginstituut een opdracht geven om hierbij een ondersteunende rol te spelen.

Het Zorginstituut heeft in zijn advies al aangekondigd initiatief te nemen om beroepsgroepen te ondersteunen bij het gezamenlijk beschrijven van de inhoud van zorgprogramma's. Het Zorginstituut gaat deze aanpak starten bij zorg voor MS en Korsakov. Wij waarderen dit initiatief van het Zorginstituut om deze beroepsgroepen te ondersteunen bij het beschrijven van zorgprogramma's.

Een belangrijke vervolgstap is dat wij de NZa gaan vragen om een advies over de wijze van bekostiging van deze aanvullende geneeskundige zorg aan specifieke doelgroepen in de eerste lijn. De NZa zal daarbij ook aandacht hebben voor de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten. De NZa zal tevens worden gevraagd om te adviseren over de bekostiging van multidisciplinaire zorgprogramma's als beschreven in het pakketadvies van het Zorginstituut. De NZa zal worden verzocht dit advies in 2017 op te leveren.

De vervolgstappen van het Zorginstituut om te komen tot multidisciplinaire zorgprogramma's en het advies aan de NZa leveren bouwstenen voor definitieve besluitvorming over tijdstip en wijze van positionering van deze geneeskundige zorg aan kwetsbare mensen thuis onder de Zvw. Deze definitieve besluitvorming laten wij aan een nieuw kabinet. Tot 1 januari 2019 wordt deze geneeskundige zorg nog bekostigd via een tijdelijke subsidieregeling. De middelen voor deze zorg (€ 65 miljoen in 2017) zijn structureel beschikbaar. De bouwstenen die het Zorginstituut en NZa in 2017 opleveren kunnen leiden tot verbeteringen van de tijdelijke subsidieregeling per 2018 en via deze weg bijdragen aan verbeteringen van de geneeskundige zorg aan kwetsbare mensen in de eerste lijn.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

mw. drs. E.I. Schippers

drs. M.J. van Rijn

**Bijlage 2: Brief VWS aan NZa, 'Aanvraag  
uitvoeringstoets NZa extramurale  
behandeling', 19 april 2017**



Nederlandse Zorgautoriteit  
T.a.v. mevrouw dr. M.J.K.  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

Datum 19 april 2017  
Betreft Aanvraag uitvoeringstoets NZa extramurale behandeling

Geachte mevrouw K.,

Op 14 februari hebben de minister en staatssecretaris de reactie<sup>1</sup> op het pakketadvies *Extramurale behandeling ontleed: De zorg door specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw*<sup>2</sup> naar de Tweede Kamer gezonden. In de reactie op het pakketadvies van het Zorginstituut is ingegaan op de vervolgstappen voor VWS, Zorginstituut en de NZa voorafgaand aan de definitieve besluitvorming over het tijdstip en de wijze van onderbrenging van deze zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met deze brief geef ik invulling aan één van de vervolgstappen en verzoek ik u een uitvoeringstoets uit te brengen over de toekomstige bekostiging van deze zorg binnen de Zvw.

De conclusie van het Zorginstituut in haar pakketadvies is dat de geneeskundige zorg die nu onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling<sup>2</sup> valt, onder de Zvw past.

#### *I. Reikwijdte van de uitvoeringstoets / de afbakening van de zorg*

De door u uit te brengen uitvoeringstoets heeft betrekking op de geneeskundige zorg die nu onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling valt en waarvan het Zorginstituut heeft vastgesteld dat deze onder de Zvw past. Bij deze zorg leveren zorgverleners de zorg, soms solistisch, maar meestal in samenwerking met een multidisciplinair team:

- zorg die betrekking heeft op diagnostiek;
- zorg die zich richt op het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperking;
- zorg die de beperking opheft of compenseert en daarmee bijdraagt aan (verbetering van) functionele autonomie.

#### *II. De zorgverleners*

In het advies van het Zorginstituut wordt de zorg van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten omschreven als

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 33 578, nr. 36

<sup>2</sup> Op grond van artikel 11.1.5 van de Wet langdurige zorg

**Directoraat  
Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige  
Zorg  
Toegang

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Inlichtingen bij**

**Kenmerk**  
1113901-162414-LZ

**Uw brief**

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

generalistisch geneeskundige zorg, namelijk vallend onder het functioneel omschreven arsenaal van de "zorg zoals huisartsen die plegen te bieden". Belangrijke randvoorwaarde is dat de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten altijd plaats vindt op verzoek van de huisarts.

De zorg wordt vaak in nauwe samenwerking met andere zorgverleners in een multidisciplinair team uitgevoerd. De andere zorgverleners in deze teams zijn de gespecialiseerde psycholoog<sup>3</sup> (of orthopedagoog), paramedici (zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en diëtist) en de vaktherapeut. Het Zorginstituut concludeert dat de zorg geleverd door deze zorgverleners al onder de Zvw valt, zij het voor sommige zorgvormen onder beperkende voorwaarden. Volledigheidshalve verwijs ik naar het pakketadvies van het Zorginstituut voor een uitgebreide beschrijving. U kunt voor de uitvoeringstoets over de bekostiging van deze multidisciplinaire behandeling uitgaan van de huidige aanspraken in de Zvw.

**Directoraat  
Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige  
Zorg  
Toegang  
**Kenmerk**  
1113901-162414-LZ

In de kamerbrief is aangegeven dat voor het realiseren van het multidisciplinaire zorgaanbod vanuit de Zvw zorgprogramma's nodig zijn waarin de betrokken beroepsgroepen per aandoening de multidisciplinaire zorg beschrijven. Het Zorginstituut krijgt een opdracht om beroepsgroepen hierbij te ondersteunen.

De financiering van deze zorg op basis van de Zvw zal niet eerder dan 1 januari 2019 plaatsvinden. Voor definitieve besluitvorming over het tijdstip en de wijze van onderbrenging van deze zorg is uw advies over de inrichting van de bekostiging noodzakelijk.

### **Advies NZa**

Ik vraag u uiterlijk per 1 november 2017 een uitvoeringstoets uit te brengen over de toekomstige bekostiging binnen de Zvw van de geneeskundige zorg die nu nog onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling valt. Van belang is om in de uitvoeringstoets onderscheid te maken tussen de zorg die specialisten ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten op grond van richtlijnen in de eerste lijn bieden en de multidisciplinaire zorg die in samenwerking met andere zorgverleners aan specifieke doelgroepen geboden wordt. Ik verzoek u voor de te hanteren prestatiebeschrijvingen en tarieven te adviseren over de volgende vragen:

- A. Of - en op welke wijze - kan worden aangesloten bij huidige bekostigingsmodellen zoals deze in de Zvw voorkomen.
- B. Voor zover deze zorg en zorgprogramma's niet zijn in te passen binnen de huidige bekostigingsmodellen zoals deze in de Zvw voorkomen, verzoek ik u mij te adviseren over de prestatiebeschrijvingen en de tariefsoort die zouden moeten gelden voor deze zorg.

In dit advies vraag ik u mee te nemen:

- C. Of er significante veranderingen in de opbrengsten bij zorgaanbieders zijn te verwachten als gevolg van de wijziging van het bekostigingsstelsel en of daarbij flankerende maatregelen noodzakelijk zijn.

---

<sup>3</sup> GZ-psycholoog, ouderenpsycholoog of klinisch neuropsycholoog

- D. Of de geadviseerde prestatiebeschrijvingen effect hebben op het verplicht eigen risico en eigen bijdragen in de Zvw.

### **Randvoorwaarden bekostiging**

Bij uw advisering vraag ik u rekening te houden met in elk geval de volgende randvoorwaarden:

- De onderbrenging van deze zorg in de Zvw geschiedt budgetneutraal (macro).
- De onderbrenging vindt plaats op zijn vroegst per 1 januari 2019.
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg.
- Er gelden adequate prikkels voor het transparant maken van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg
- Er is sprake van voldoende transparantie voor sturing en toezicht, zowel wat betreft de zorgzwaarte, de geleverde zorg en de kwaliteit van zorg (zowel patiëntbeleving als behandelresultaten).
- De bekostiging van deze zorg sluit aan op de bekostiging van de overige eerstelijnszorg zoals de huisartsenzorg, wijkverpleging, ggz, geriatrische revalidatiezorg en eerstelijns verblijf.
- De macrobudgettaire beheersbaarheid is gewaarborgd.

**Directoraat  
Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige  
Zorg  
Toegang  
**Kenmerk**  
1113901-162414-LZ

### **Handhavingtoets**

Ik vraag u voor de door u geadviseerde bekostigingsmodellen een handhavingstoets uit te voeren om de frauderisico's bij wijziging van het bekostigingssysteem voldoende te kunnen afwegen. Het gaat om de volgende vragen:

<b>1.</b> Zijn de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee, welke?
<b>2.</b> Welke fraudemogelijkheden biedt het geadviseerde systeem van tarief-en prestatieregulering?
<b>3.</b> Hoe groot schat u de kans in dat de fraudemogelijkheden uit vraag 2. zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact?
<b>4.</b> Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van het geadviseerde systeem van tarief- en prestatieregulering controle- en handhavingsmogelijkheden? Zijn er lacunes? Zo ja, Welke?
<b>5.</b> Is het toezicht geborgd? Ziet u hier nog lacunes?
<b>6.</b> Zijn er sancties of maatregelen mogelijk in geval van geconstateerde fraude? Zijn er lacunes? Zo ja, welke?
<b>7.</b> Biedt het geadviseerde systeem van tarief- en prestatieregulering toegang tot noodzakelijke gegevens voor toezichthouders, opsporingsdiensten en private partijen die uitvoeren? En kunnen deze gegevens worden uitgewisseld? Zijn er lacunes?

8. Heeft u zelf nog aanvullende opmerkingen?

**Tot slot**

Ik verzoek u de beroepsgroepen, zorgaanbieders en andere ketenpartners zelf goed aangesloten te houden bij het adviestraject en de keuzes die u hierbij maakt, om daarmee het draagvlak voor verbeteringen van de geneeskundige zorg aan kwetsbare mensen in de eerste lijn te behouden. Ik zou het op prijs stellen als u mij op periodieke basis informeert over de voortgang van het advies.

Hoogachtend,

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

drs. B.E. van den Dungen

**Directoraat  
Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Langdurige  
Zorg  
Toegang  
**Kenmerk**  
1113901-162414-LZ



## **Bijlage 3: NZa consultatiedocument aanvullende geneeskundige zorg, augustus 2017**

Het consultatiedocument is als aparte, losse bijlage bij dit advies gepubliceerd.



## **Bijlage 4: Reacties branchepartijen op consultatiedocument aanvullende geneeskundige zorg**

De reacties van branchepartijen op het consultatiedocument is als aparte, losse bijlage bij dit advies gepubliceerd.





## **Bijlage 5: Reacties branchepartijen op conceptadvies aanvullende geneeskundige zorg**

De reacties van branchepartijen op het conceptadvies is als aparte, losse bijlage bij dit advies gepubliceerd.



## **Bijlage 6: Overzicht activiteiten in en met de praktijk**

Het overzicht activiteiten in en met de praktijk is als aparte, losse bijlage bij dit advies gepubliceerd.



## Bijlage 7: Lijst met afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Blz	Besluit langdurige zorg
Bzv	Besluit zorgverzekering
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CSLM-zorg	continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg
COPD	chronisch obstructief longlijden
DM2	diabetes mellitus type 2
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
elv	eerstelijnsverblijf
emg	ernstig meervoudig gehandicapt
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GHZ	gehandicaptenzorg
grz	geriatrie revalidatiezorg
gz-psycholoog	gezondheidspsycholoog
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
lg	lichamelijke beperking, waaronder niet-aangeboren hersenletsel
lvg	licht verstandelijk gehandicapte
MBI	macrobeheersinstrument
MESO	multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde
mpt	modulair pakket thuis
NAH	niet-aangeboren hersenletsel
NIP	Nederlands Instituut voor Psychologen
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	persoonsgebonden budget
pg	psychogeriatrische aandoening
sglvg	sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte
som	somatische aandoening
vg	verstandelijk beperkten
vpt	volledig pakket thuis
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
v&v	verpleging en verzorging
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZiNL	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet



## Bijlage 8: Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling per 1 januari 2017

---

### Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling Geldend van 01-01-2017 t/m heden

---

Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2014, houdende regels voor het verstrekken van subsidie ten behoeve van behandeling (Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling)

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 11.1.5 van de Wet langdurige zorg;

BESLUIT:

#### Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

##### Artikel 1.1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- *accountant*: accountant als bedoeld in artikel 393, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek;
- *behandeling*: behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van de wet, die niet in combinatie met verblijf wordt verleend;
- *oordeel van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)*: besluit als bedoeld in artikel 5.2.1 van het Besluit langdurige zorg;
- *minister*: minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- *prestatie*: prestatie, bedoeld in artikel 1.2, vierde lid;
- *vervoer*: vervoer naar een locatie waar de verzekerde behandeling ontvangt;
- *verzekerde*: persoon die overeenkomstig de wet is verzekerd;
- *wet*: Wet langdurige zorg.

##### Artikel 1.2

1. Het Zorginstituut kan aan een Wlz-uitvoerder die op grond van artikel 4.2.4, tweede lid, van de wet is aangewezen als zorgkantoor, een subsidie verstrekken voor het aan verzekerden doen verlenen van behandeling en vervoer in de regio of regio's waarvoor de Wlz-uitvoerder als zorgkantoor is aangewezen.
2. Voor subsidie komt uitsluitend in aanmerking:
  - a. behandeling van:
    - 1°. verzekerden met een somatische aandoening;
    - 2°. verzekerden met een psychogeriatrische aandoening;
    - 3°. verzekerden met een lichamelijke beperking;
    - 4°. meerderjarige verzekerden met een verstandelijke beperking;
  - b. vervoer naar en van de locatie waar de verzekerde gedurende een dagdeel de behandeling ontvangt.



3. Voor subsidie komt voorts slechts in aanmerking behandeling door een organisatorisch verband dat op 31 december 2016 beschikte over een toelating in de zin van de Wet toelating zorginstellingen ten behoeve van het verlenen van behandeling.
4. Subsidie wordt slechts verstrekt voor de volgende prestaties als bedoeld in de Beleidsregel BR/REG-17135 (Stcrt. 2016, nr. 38051) van de zorgautoriteit:
  - Reiskosten zorgverlener;
  - Behandeling lvg;
  - Behandeling sglvg traject;
  - Behandeling sglvg deeltijd;
  - Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (SO);
  - Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (AVG);
  - Behandeling gedragswetenschapper;
  - Behandeling paramedisch;
  - Behandeling IOG lvg;
  - Dagbehandeling ouderen som en pg, waartoe tevens wordt gerekend Gespecialiseerde dagbehandeling Huntington;
  - Vervoer dagbehandeling V&V;
  - Dagbehandeling VG emg;
  - Dagbehandeling LG licht;
  - Dagbehandeling LG midden;
  - Dagbehandeling LG zwaar;
  - Vervoer dagbehandeling GHZ;
  - Vervoer dagbehandeling GHZ rolstoel extramuraal;
  - Vervoer dagbehandeling kind extramuraal.
5. Behandeling waarop de verzekerde recht heeft uit hoofde van de wet of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet of die bekostigd kan worden uit hoofde van enig ander wettelijk voorschrift, komt niet voor subsidie in aanmerking tenzij het gaat om een verzekerde wiens gelijkstelling berust op grond van artikel 11.1.1, derde lid, van de wet, nadat de geldigheidsduur van zijn op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten afgegeven indicatiebesluit is verlopen.
6. In afwijking van het derde lid komt behandeling door een zorgaanbieder die op 31 december 2016 niet beschikte over een toelating in de zin van de Wet toelating zorginstellingen in aanmerking voor subsidie indien het de prestatie Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (SO) betreft door een specialist ouderengeneeskunde die deel uitmaakt van een samenwerkingsverband van specialisten ouderengeneeskunde, na verwijzing door de huisarts.

### **Artikel 1.3**

1. De volgende prestaties komen alleen voor subsidie in aanmerking voor zover de verzekerde daar blijkens een oordeel van het CIZ bij wijze van individuele behandeling voor in aanmerking komt:
  - Behandeling sglvg traject;
  - Behandeling sglvg deeltijd;
  - Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (SO);
  - Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (AVG);
  - Behandeling gedragswetenschapper;
  - Behandeling paramedisch.
2. In afwijking van het eerste lid is geen oordeel van het CIZ vereist voor de prestaties Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (SO) en

Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (AVG) voor zover het betreft een consultatie door een huisarts of een medisch specialist van een specialist ouderengeneeskunde of een aan een instelling verbonden arts voor verstandelijk gehandicapten.

3. De volgende prestaties komen alleen voor subsidie in aanmerking voor zover de verzekerde daar blijkt een oordeel van het CIZ bij wijze van individuele behandeling voor in aanmerking komt en de verzekerde ouder is dan 18 jaar en niet ouder is dan 23:
  - Behandeling lvg;
  - Behandeling IOG lvg.
4. De volgende prestaties komen alleen voor subsidie in aanmerking voor zover de verzekerde daar blijkt een oordeel van het CIZ bij wijze van behandeling in groepsverband voor in aanmerking komt:
  - Dagbehandeling ouderen som en pg;
  - Dagbehandeling VG emg;
  - Dagbehandeling LG licht;
  - Dagbehandeling LG midden;
  - Dagbehandeling LG zwaar.

#### Artikel 1.4

1. De volgende prestaties komen alleen voor subsidie in aanmerking indien het vervoer blijkt een oordeel van het CIZ medisch noodzakelijk is en indien sprake is van een combinatie met de prestaties, genoemd in artikel 1.3, vierde lid:
  - Vervoer dagbehandeling V&V;
  - Vervoer dagbehandeling GHZ;
  - Vervoer dagbehandeling GHZ rolstoel extramuraal;
  - Vervoer dagbehandeling kind extramuraal.
2. De prestatie Reiskosten zorgverlener komt alleen voor subsidie in aanmerking in combinatie met een consult verleend aan een verzekerde die beschikt over een oordeel van het CIZ waaruit blijkt dat hij in aanmerking komt voor individuele behandeling.
3. In afwijking van het tweede lid komt de prestatie Reiskosten zorgverlener in geval van een prestatie als bedoeld in artikel 1.3, tweede lid, ook voor subsidie in aanmerking in combinatie met een consult verleend aan een verzekerde die niet beschikt over een oordeel van het CIZ.

#### Artikel 1.5

De subsidie wordt per kalenderjaar verstrekt.

#### Artikel 1.6

Het bedrag van de subsidie dat voor het jaar 2017 ten hoogste wordt verleend aan de Wlz-uitvoerder is gelijk aan de som van de volgende bedragen per regio waarvoor de Wlz-uitvoerder is aangewezen als zorgkantoor:

- Amstelland en de Meerlanden € 624.181;
- Amsterdam € 1.358.316;
- Apeldoorn, Zutphen e.o. € 3.354.917;
- Arnhem € 3.098.769;
- Drenthe € 1.861.673;
- Flevoland € 594.894;

- Friesland € 1.910.562;
- 't Gooi € 2.180.741;
- Groningen € 1.541.718;
- Haaglanden € 2.241.698;
- Kennemerland € 1.455.545;
- Midden-Brabant € 3.335.616;
- Midden-Holland € 304.590;
- Midden IJssel € 1.162.605;
- Nijmegen € 3.329.932;
- Noord- en Midden-Limburg € 5.375.991;
- Noord-Holland Noord € 980.077;
- Noordoost Brabant € 3.841.707;
- Rotterdam € 799.383;
- Twente € 3.208.509;
- Utrecht € 5.117.096;
- Waardenland € 879.566;
- West-Brabant € 4.176.768;
- Westland Schieland Delfland € 828.726;
- Zaanstreek/Waterland € 167.217;
- Zeeland € 1.735.277;
- Zuid-Holland Noord € 1.635.447;
- Zuid-Hollandse eilanden € 139.873;
- Zuid-Limburg € 1.460.149;
- Zuidoost Brabant € 3.700.158;
- Zwolle € 2.598.299.

## **Hoofdstuk 2. Aanvraag**

### **Artikel 2.1**

1. De subsidie wordt op aanvraag verstrekt.
2. Een aanvraag tot verlening van de subsidie wordt ontvangen uiterlijk vier weken voor de aanvang van het jaar waarvoor de subsidie wordt aangevraagd.

### **Artikel 2.2**

1. Voor een aanvraag tot verlening van de subsidie wordt een door het Zorginstituut vastgesteld formulier gebruikt.
2. Het aanvraagformulier wordt ondertekend door een persoon die bevoegd is de aanvrager te vertegenwoordigen.

## **Hoofdstuk 3. Verlening**

### **Artikel 3.1**

Het Zorginstituut besluit binnen vier weken na ontvangst van de aanvraag over de verlening van de subsidie.

### **Artikel 3.2**

Het Zorginstituut vermeldt in het besluit tot verlening van de subsidie in ieder geval het maximumbedrag dat aan subsidie wordt verleend.

## **Hoofdstuk 4. Bevoorschotting en verplichtingen**

### **Artikel 4.1**

1. Het Zorginstituut kan na ontvangst van de aanvraag tot verlening ambtshalve voorschotten verstrekken.

2. Het Zorginstituut verleent bij het besluit tot verlening van de subsidie ambtshalve tevens voorschotten op het maximumbedrag van de verleende subsidie.
3. De voorschotten worden maandelijks verstrekt.
4. De voorschotten worden betaald aan het CAK.

#### **Artikel 4.2**

De subsidieontvanger zorgt ervoor dat:

- a. de doelstellingen van de gesubsidieerde activiteiten op doelmatige wijze worden nagestreefd,
- b. de uitvoering van de gesubsidieerde activiteiten op verantwoorde wijze wordt bestuurd en
- c. de voor de uitvoering van de gesubsidieerde activiteiten benodigde middelen op verantwoorde wijze worden beheerd.

#### **Artikel 4.3**

1. De subsidieontvanger houdt een zodanig ingerichte administratie bij dat daarin altijd kan worden nagegaan:
  - a. de betalingen van de subsidieontvanger voor verrichte prestaties;
  - b. het aantal verrichte prestaties;
  - c. de voor de vaststelling van de subsidie van belang zijnde rechten en verplichtingen.
2. De administratie wordt op overzichtelijke, controleerbare en doelmatige wijze ingericht.
3. De administratie en de daartoe behorende bescheiden worden gedurende tien jaren bewaard.

#### **Artikel 4.4**

1. De subsidieontvanger meldt meteen aan het Zorginstituut als:
  - a. het tijdens de periode waarvoor de subsidie is verleend aannemelijk is geworden dat de activiteiten waarvoor de subsidie is verleend niet, niet tijdig of niet geheel zullen worden verricht,
  - b. het aannemelijk is geworden dat niet of niet geheel aan de subsidieverplichtingen zal worden voldaan of
  - c. zich andere omstandigheden voordoen of zullen voordoen die van belang kunnen zijn voor een beslissing tot wijziging, intrekking of vaststelling van de subsidie.
2. De melding wordt schriftelijk gedaan. De melding wordt voorzien van een toelichting. Bij de melding worden de relevante stukken overgelegd.

#### **Artikel 4.5**

1. De subsidieontvanger werkt, onder meer door het verschaffen van de daartoe benodigde inlichtingen, gegevens en bescheiden, mee aan door of namens het Zorginstituut ingesteld onderzoek dat erop is gericht het Zorginstituut inlichtingen te verschaffen die van belang zijn voor het nemen van een besluit over het verstrekken van de subsidie.
2. De subsidieontvanger werkt, onder meer door het verschaffen van de daartoe benodigde inlichtingen, gegevens en bescheiden, mee aan door of namens de minister ingesteld onderzoek dat erop is gericht de

minister inlichtingen te verschaffen voor de ontwikkeling van het beleid van de minister.

3. De subsidieontvanger verplicht zijn accountant alsmede degenen die hij de behandeling en het vervoer doet verlenen tot medewerking aan het onderzoek.

#### **Artikel 4.6**

Het Zorginstituut kan bij de verlening van de subsidie verplichtingen opleggen als bedoeld in artikel 4:38 van de Algemene wet bestuursrecht.

#### **Artikel 4.7**

De subsidieontvanger doet binnen twee weken na afloop van elke maand aan het Zorginstituut een opgave van het bedrag dat het CAK namens de subsidieontvanger in de afgelopen maand heeft betaald voor prestaties die zijn verricht in de daaraan voorafgaande maanden van het jaar 2017.

### **Hoofdstuk 5. Verhoging**

#### **Artikel 5.1**

[Vervallen per 01-01-2017]

#### **Artikel 5.2**

[Vervallen per 01-01-2017]

#### **Artikel 5.3**

[Vervallen per 01-01-2017]

#### **Artikel 5.4**

[Vervallen per 01-01-2017]

#### **Artikel 5.5**

[Vervallen per 01-01-2016]

#### **Artikel 5.6**

[Vervallen per 01-01-2016]

### **Hoofdstuk 6. Vaststelling**

#### **Artikel 6.1**

1. De subsidieontvanger dient binnen tweeëntwintig weken na afloop van het jaar waarvoor de subsidie is verleend een aanvraag in tot vaststelling van de subsidie.
2. Het Zorginstituut kan ontheffing verlenen van de termijn, bedoeld in het eerste lid.

#### **Artikel 6.2**

1. Voor een aanvraag tot vaststelling van de subsidie wordt een door het Zorginstituut vastgesteld formulier gebruikt.
2. Het aanvraagformulier wordt ondertekend door een persoon die

bevoegd is de aanvrager te vertegenwoordigen.

### Artikel 6.3

1. De subsidieontvanger doet in de aanvraag tot vaststelling van de subsidie per prestatie opgave van de som van het aantal prestaties die de subsidieontvanger in het jaar waarvoor de subsidie is verstrekt heeft doen verlenen in alle regio's waarvoor de subsidieontvanger als zorgkantoor is aangewezen.
2. De subsidieontvanger toont in de aanvraag tot vaststelling van de subsidie aan dat voldaan is aan de verplichtingen die verbonden zijn aan de verleende subsidie.

### Artikel 6.4

De aanvraag tot vaststelling gaat vergezeld van:

- a. een assurancerapport van een accountant die is opgesteld overeenkomstig een door het Zorginstituut vastgesteld model met inachtneming van een door het Zorginstituut vastgesteld protocol;
- b. een rapport van feitelijke bevindingen omtrent de naleving van de aan de subsidie verbonden verplichtingen door de subsidieontvanger, opgesteld door een accountant overeenkomstig een door het Zorginstituut vastgesteld model met inachtneming van een door het Zorginstituut vastgesteld protocol.

### Artikel 6.5

1. De subsidie wordt per prestatie vastgesteld op het aantal prestaties dat de subsidieontvanger in het jaar waarvoor de subsidie is verstrekt heeft doen verlenen in alle regio's waarvoor de subsidieontvanger als zorgkantoor is aangewezen vermenigvuldigd met in 2017:
  - . € 25,88 per contact voor Reiskosten zorgverlener;
  - . € 112,20 per uur voor Behandeling lvg;
  - . € 112,20 per uur voor Behandeling sglvg traject;
  - . € 112,20 per uur voor Behandeling sglvg deeltijd;
  - . € 112,20 per uur voor Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (SO);
  - . € 112,20 per uur voor Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg (AVG);
  - . € 112,20 per uur voor Behandeling gedragswetenschapper;
  - . € 59,40 per uur voor Behandeling paramedisch;
  - . € 101,40 per uur voor Behandeling IOG lvg;
  - . € 64,12 per dagdeel voor Dagbehandeling ouderen som en pg;
  - . € 81,74 per dagdeel voor Dagbehandeling ouderen som en pg in de vorm van Gespecialiseerde dagbehandeling Huntington;
  - . € 80,64 per dagdeel voor Dagbehandeling VG emg volwassenen;
  - . € 69,14 per dagdeel voor Dagbehandeling LG licht;
  - . € 75,42 per dagdeel voor Dagbehandeling LG midden;
  - . € 79,26 per dagdeel voor Dagbehandeling LG zwaar;
  - . € 6,59 per dag voor Vervoer dagbehandeling V&V;
  - . € 7,76 per dag voor Vervoer dagbehandeling GHZ;
  - . € 18,77 per dag voor Vervoer dagbehandeling GHZ rolstoel extramuraal;
  - . € 18,77 per dag voor Vervoer dagbehandeling kind extramuraal.
2. De prestatie 'Reiskosten zorgverlener' komt ten hoogste tweemaal per etmaal per zorgverlener voor subsidie in aanmerking.



## Bijlage 9: Prestatiebeschrijvingen modulaire zorg 2017

Prestaties	
<i>Prestaties gekoppeld aan de functie behandeling individueel</i>	<i>Code</i>
<p>Behandeling licht verstandelijk gehandicapte (lvg) (18 - 23 jaar)</p> <p><b>Doel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- multidisciplinair onderzoek in een poliklinische setting, ter verheldering van iemands psychische en gedragsproblematiek en vorming van een zorgplan c.q. behandelplan;</li> <li>- aanvullende ambulante contacten in een poliklinische setting.</li> </ul> <p><b>Grondslag:</b> Kinderen/jongeren met een verstandelijke handicap die gepaard gaat met een psychische stoornis en ernstig probleemgedrag.</p> <p><b>Inhoud:</b></p> <p>(a) <i>standaardonderzoek:</i> 16 uur GZ-psycholoog/gedragswetenschapper (dossieranalyse, intelligentie- en persoonlijkheidsonderzoek); 4 uur maatschappelijk werk (milieuonderzoek, zonder huisbezoek);</p> <p>(b) <i>uitgebreid onderzoek:</i> indien uit het standaardonderzoek de noodzaak van een psychiatrisch onderzoek volgt, dan wordt dit onderzoek uitgebreid met 6 uur psychiater (psychiatrische diagnostiek);</p> <p>(c) aanvullende ambulante contacten in poliklinische setting in de vorm van therapieën (spel-, psychomotore-, psychotherapie, etc.). Cliënten komen gemiddeld 1 keer per week naar de zorgaanbieder.</p> <p><b>Opmerking:</b> De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van orthopedagogische begeleiding.</p> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per uur.</p>	S325
<p>Behandeling sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte (sglvg) (traject)</p> <p><b>Doel:</b> Ambulant onderzoek en behandeling van gedragsproblematiek bij volwassen personen, gericht op vermindering van het problematische gedrag van de cliënt, een vergroting van de competenties van de cliënt en een verbetering van de handelingsbekwaamheid van diens omgeving.</p> <p><b>Grondslag:</b> Volwassenen met een lichte verstandelijke beperking, gedrags- en genetische problematiek.</p> <p><b>Inhoud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrische, gedrags- en genetische problematiek, een verstoorde relatie met de sociale omgeving en een lichte verstandelijke beperking versterken elkaar en zijn onderling met elkaar verweven;</li> <li>- Intake, diagnose en geïntegreerde behandeling;</li> <li>- Aanvullende behandelingen en trainingen gericht op competentievergroting;</li> <li>- Het proces is cyclisch van aard en in het hulpaanbod zijn intake, diagnose en behandeling wel te onderscheiden maar niet te scheiden;</li> <li>- Multidisciplinair kernteam bestaande uit: psychiater, gedragsdeskundige en casemanager;</li> <li>- Op indicatie aanvullend onderzoek door specialist (bijv. een AVG, neuroloog en geneticus);</li> <li>- Transfer naar het sociale systeem inclusief psycho-educatie en adviezen met betrekking tot de begeleidingsstijl en consolidering van de behaalde resultaten.</li> </ul> <p><b>Vorm:</b> Totaaltraject in de vorm van locatiebezoek (poliklinisch) en huisbezoek.</p> <p><b>Opmerking:</b> De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op dit gebied (specifiek sglvg-behandel zorgaanbieders).</p> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per uur.</p>	S326
<p>Behandeling sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte (sglvg) (deeltijd)</p> <p><b>Doel:</b> Dagprogramma in een therapeutisch milieu op basis van een integraal behandelplan (met gemengd aanbod van begeleiding en behandeling) ter beheersing van de gedragsproblematiek (herstel-doelen).</p> <p><b>Grondslag:</b> Verstandelijke handicap gepaard gaande met een psychische stoornis en ernstig probleemgedrag.</p> <p><b>Inhoud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De cliënt verblijft een aantal dagdelen per week in een SGLVG-behandelcentrum (therapeutisch milieu), neemt deel aan een dagprogramma (begeleiding in relatie tot werk, scholing, sport) en krijgt tegelijk individuele en groepsgewijze behandeling;</li> <li>- Intakefase = screening van cliëntensysteem (multidisciplinaire probleemverkenning);</li> <li>- Diagnosefase = basisdiagnostiek (anamnese, dossieranalyse, levenslooptanalyse, milieuonderzoek), selectief aangevuld met specialistisch onderzoek;</li> <li>- Activering en behandelfase = deelname aan dagprogramma, tezamen met training in vaardigheden (bijv. probleemhantering), en aanbod van therapieën op basis van een integraal behandelplan (psychotherapie, gedragstherapie, gesprekstherapie, non-verbale therapie, medicatie);</li> <li>- Tijdens het dagprogramma zijn beveiligingsmaatregelen mogelijk op basis van gevaarinschatting.</li> </ul> <p><b>Vorm:</b> Totaaltraject in de vorm van locatiebezoek (poliklinisch) en huisbezoek.</p> <p><b>Opmerking:</b> De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op dit gebied (specifiek SGLVG-behandel zorgaanbieders).</p> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per uur.</p>	S327
<p>Behandeling gedragswetenschapper som, pg, lg en vg 18+</p> <p><b>Doel:</b> Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek gedragswetenschappelijke</p>	S329



<p>aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. De behandeling is niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw) en omvat niet geneeskundige zorg van algemeen medische aard.</p> <p><b>Grondslag:</b> Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.</p> <p><b>Inhoud:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. functionele diagnostiek door een gedragswetenschapper, bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft.</li> <li>2. consulten door een gedragswetenschapper, gericht op gedragswetenschappelijke advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg.</li> <li>3. specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg). De behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van en onder regie van een gedragswetenschapper met deskundigheid van de grondslagen van de specifieke doelgroepen.</li> <li>4. kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag, als dit een programmatische aanpak vereist waarvoor specifieke deskundigheid nodig is. De nieuw aan te leren vaardigheden of het gedrag richten zich op het terugdringen van stoornissen en beperkingen. De kortdurende behandeling kan zich ook richten op mantelzorg in de directe omgeving van de cliënt, als dit ten goede komt aan de cliënt. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan de mantelzorger/gebruikelijkezorger hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de cliënt.</li> </ol> <p><b>Vorm:</b></p> <p>Ad 1: Kortdurende multidisciplinaire diagnostiek, gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandel mogelijkheden (verbeteren van het functioneren voor zover mogelijk, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid), bij complexe problematiek.</p> <p>Ad 2: Een gedragswetenschappelijk consult door een gedragswetenschapper met kennis van specifieke doelgroepen. Een consult kan bestaan uit face-to-face-contact met een cliënt, of gericht overleg met de behandelend arts van cliënt. Het gaat om een beperkt (5 tot 10) aantal contacten per cliënt per jaar.</p> <p>Ad 3: Behandeling door gedragswetenschapper van meervoudig zorgbehoevende mensen die binnen de Wlz zijn aangewezen op CSLM-zorg. De gedragswetenschapper heeft de regie en eindverantwoordelijkheid, en kan naast de eigen inzet meerdere disciplines met kennis van specifieke doelgroepen aansturen om het behandel doel te bereiken. Voor onderlinge afstemming bestaat er periodiek multidisciplinair overleg.</p> <p>Ad 4: Er moet een concreet en haalbaar behandel doel zijn waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht en de te geven behandeling dient een door de beroepsgroep geaccepteerde methode te zijn.</p> <p><b>Voorwaarden:</b></p> <p>Ad 1: De declarerende zorgaanbieder heeft met het Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de gedragswetenschapper, met deskundigheid gericht op specifieke doelgroepen en het aantal cliënten. De regie en eindverantwoordelijkheid liggen bij de gedragswetenschapper. Primaire diagnostiek is reeds verricht.</p> <p>Ad 2: De declarerende zorgaanbieder heeft met het Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van het aantal consulten en het aantal cliënten. De gedragswetenschapper staat onder contract van de zorgaanbieder. Inzet van paramedische deskundigheid is onder deze prestatie niet mogelijk.</p> <p>Ad 3: De declarerende zorgaanbieder heeft met het Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de gedragswetenschapper, met deskundigheid gericht op specifieke doelgroepen en het aantal cliënten. De regie en eindverantwoordelijkheid liggen bij de gedragswetenschapper. Onderlinge afstemming in een multidisciplinair overleg is noodzakelijk.</p> <p>Ad 4: De declarerende zorgaanbieder heeft met het Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de gedragswetenschapper, met deskundigheid gericht op specifieke doelgroepen en het aantal cliënten. De regie en eindverantwoordelijkheid liggen bij de gedragswetenschapper.</p> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per uur.</p>	
<p>Behandeling paramedisch som, pg, lg en vg 18+</p> <p><b>Doel:</b> Behandeling – niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (ZVW) – gericht op personen met chronische gezondheidsproblemen en beperkingen.</p> <p><b>Grondslag:</b> Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.</p> <p><b>Inhoud:</b> Specifieke CSLM-zorg. De behandeling bestaat uit gerichte interventies, maakt onderdeel uit van een zorgplan voor mensen met chronische, meervoudige problematiek, en vindt plaats onder verantwoordelijkheid van en onder regie van een SO of AVG met kennis van specifieke doelgroepen zoals beschreven in de prestaties Behandeling som, pg, vg, lg, zg H335 (SO) en H336 (AVG).</p> <p><b>Vorm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De SO of AVG heeft de regie en eindverantwoordelijkheid ten aanzien van het multidisciplinaire behandelproces. Voor onderlinge afstemming bestaat er periodiek multidisciplinair overleg.</li> <li>- Er dient sprake te zijn van een multidisciplinaire aanpak.</li> <li>- De prestatie omvat tevens elementen van begeleiding die onlosmakelijk onderdeel uitmaken van de CSLM-zorg.</li> </ul> <p><b>Voorwaarden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De declarerende zorgaanbieder heeft met het Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en omvang van paramedische zorgverleners met deskundigheid gericht op specifieke doelgroepen en het aantal cliënten. De regie en eindverantwoordelijkheid liggen bij de SO of AVG. Primaire medische diagnostiek is reeds verricht.</li> </ul>	S330

<ul style="list-style-type: none"> <li>- De paramedici staan onder contract bij de zorgaanbieder.</li> <li>- De regie en eindverantwoordelijkheid liggen bij de SO of AVG, deze dient in het zorgplan een argumentatie op te nemen ten aanzien van de inzet van de paramedici.</li> <li>- Onderlinge afstemming in een multidisciplinair overleg is noodzakelijk.</li> <li>- Er dient sprake te zijn van de inzet van aantoonbare specialistische paramedici.</li> </ul> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per uur.</p>	
<p>Behandeling intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG) lvg (18 - 23 jaar)</p> <p><b>Doel:</b> Behandeling-Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling beoogt het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag waardoor bij het kind toekomstige verergering van de beperking en mogelijke uithuisplaatsing kan worden voorkomen. Door interventie verbeteren van de opvoedingssituatie zodat het gezin in staat is om de opvoeding en ontwikkeling van het kind te waarborgen. De behandeling van kind en ouders lopen parallel en hebben als doel de verbetering van de uitvoering van de opvoedingstaken, zodat de ouders op een positieve manier de ouderrol op zich kunnen nemen.</p> <p><b>Grondslag:</b> Kinderen/jongeren met een licht verstandelijke handicap die gepaard gaat met ernstig probleemgedrag. Het kind is meestal jonger dan 16 jaar. De ouder(s)/verzorger(s) en hun omgeving ervaren opvoedingsproblemen.</p> <p><b>Inhoud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het bieden van interventies voor het hanteren van probleemgedrag en versterking van de zelfredzaamheid van de cliënt;</li> <li>- Het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag gericht aan kind en ouders om de thuissituatie op structurele basis te verbeteren. De nadruk wordt gelegd op een positieve benadering en het versterken van de krachten en kwaliteiten van het kind en zijn omgeving;</li> <li>- Het bieden van interventies voor herstel en versterking van opvoedingsvaardigheden aan ouders en het hanteren van probleemgedrag bij hun kind(eren).</li> </ul> <p><b>Vorm:</b> Door een multidisciplinair team bestaande uit gezinshulpverlener met relevante post HBO-opleiding, een teamleider en behandelaar (orthopedagoog/psycholoog). De hulp wordt in het gezin geboden. De hulp is gemiddeld 4 uur per week per gezin aanwezig. De duur ervan is minimaal 6 weken en maximaal 6 maanden (met de mogelijkheid van herhaling).</p> <p><b>Opmerking:</b> De hulp wordt geboden door zorgaanbieders met erkende deskundigheid op het gebied van orthopedagogische behandeling.</p> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per uur.</p>	S334
<p>Behandeling specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten</p> <p><b>Algemeen:</b> Prestatie H335 (SO) wordt uitgevoerd en/of vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een Specialist ouderengeneeskunde en prestatie H336 (AVG) wordt uitgevoerd en/of vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een Arts Verstandelijk Gehandicapten.</p> <p><b>Doel:</b> Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. De behandeling is niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw) en omvat niet geneeskundige zorg van algemeen medische aard.</p> <p><b>Grondslag:</b> Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.</p> <p><b>Inhoud:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. functionele diagnostiek door een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG), bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft;</li> <li>2. consulten door een SO of AVG, gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg;</li> <li>3. specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg). De behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van en onder regie van een SO of AVG met kennis van specifieke doelgroepen.</li> </ol> <p><b>Vorm:</b></p> <p>Ad 1: Kortdurende multidisciplinaire diagnostiek, gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandel mogelijkheden (verbeteren van het functioneren voor zover mogelijk, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid), bij complexe problematiek.</p> <p>Ad 2: een medisch consult kan worden geleverd door een SO of AVG. Een consult kan bestaan uit:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. face-to-face-contact of een telefonisch behandelingscontact met een cliënt;</li> <li>b. gericht overleg met de behandelend arts van cliënt;</li> </ol> <p>Het gaat om een beperkt (5 tot 10) aantal contacten per cliënt per jaar. De gespreksduur per telefonisch contact is ononderbroken minimaal 15 minuten. De contacten zijn onderdeel van het behandelplan; er dient een aantekening van elk telefonisch contact te worden gemaakt in het patiëntendossier. Per dag kan per cliënt maximaal één telefonisch contact worden geregistreerd.</p> <p>Ad 3: Behandeling door een SO of AVG van meervoudig zorgbehoevende mensen die binnen de Wlz zijn aangewezen op CSLM-zorg. De SO of AVG heeft de regie en eindverantwoordelijkheid, en kan naast de eigen inzet meerdere disciplines met kennis van specifieke doelgroepen aansturen om het behandelgoal te bereiken. Voor onderlinge afstemming bestaat er periodiek multidisciplinair overleg.</p> <p><b>Voorwaarden:</b></p> <p>Ad 1: De declarerende zorgaanbieder heeft met het Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de SO of AVG en het aantal cliënten. De regie en eindverantwoordelijkheid liggen bij de SO of AVG. Primaire diagnostiek is reeds verricht.</p> <p>Ad 2: De declarerende zorgaanbieder heeft met het Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van het aantal consulten en het aantal cliënten. De behandelaar (SO of AVG) staat onder contract van de zorgaanbieder. Inzet van paramedische deskundigheid is onder deze prestatie niet mogelijk. Indien er sprake is van het consulteren door een huisarts of</p>	S335, S336

<p>medisch specialist, van een aan de instelling verbonden SO of AVG voor een niet in de instelling verblijvende cliënt, dan is geen indicatie vereist.</p> <p>Ad 3: De declarerende zorgaanbieder heeft met het Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de SO of AVG en het aantal cliënten.</p> <p>De regie en eindverantwoordelijkheid liggen bij de SO of AVG. Onderlinge afstemming in een multidisciplinair overleg is noodzakelijk.</p> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per uur.</p>	
<p>Reiskosten zorgverlener</p> <p>Onder reiskosten zorgverlener worden verstaan de reiskosten van een zorgverlener die behandeling levert aan een cliënt.</p> <p><b>Tarief:</b> De reiskosten worden afgesproken op basis van een toeslag per contact</p>	S321
<p><i>Prestaties gekoppeld aan de functie behandeling groep</i></p>	
<p><i>Code</i></p>	
<p>Dagbehandeling ouderen som, pg, Huntington</p> <p><b>Vorm:</b> Dagbehandeling in groepsverband waarbij behandeling in samenhang staat met enige persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding voor cliënten met een intensieve zorgvraag. Er is sprake van direct behandelcontact en intensieve begeleiding. Er is sprake van een multidisciplinaire benadering. Het dagprogramma is voor de cliënt langdurig van aard. Revalidatie valt niet onder deze prestatie.</p> <p><b>Doel:</b> Het doel van de CSLM(continue systematische langdurige multidisciplinaire)-dagbehandeling voor cliënten met somatische problematiek is gericht op het herstel en/of het aanleren van vaardigheden, dan wel het stabiliseren van het functioneren en voorkoming van verergering van beperkingen en/of het leren omgaan met fysieke en/of cognitieve beperkingen. Het doel van de CSLM-dagbehandeling voor cliënten met psychogeriatrische problematiek is gericht op het behandelen, beheersbaar houden en vertragen van stemmings-, geheugen- en gedragsproblematiek.</p> <p>De concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in een behandelplan. De behandeling wordt geleverd door een multidisciplinair team waarbij deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is.</p> <p>Het betreft specifieke Wlz-behandeling door een Wlz-behandelaar. Er zijn concrete en haalbare behandeldoelen. De behandeling is programmatisch en doelmatig.</p> <p><b>Groepsgrootte:</b> groter of gelijk aan 6.</p> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per dagdeel (maximaal vier aaneengesloten uren).</p>	
<p>Dagbehandeling vg met een ernstig meervoudige handicap (emg)</p> <p><b>Vorm:</b> Dagprogramma is deels individueel en groepsgericht en passend bij mogelijkheden en behoeften van de cliënt; nadruk op veel beweging en totale communicatie; trans disciplinaire werkwijze; orthopedagogische ondersteuning en inbreng van therapieën. Er is tevens sprake van persoonlijke verzorging en verpleegkundige zorg. Dagprogramma wordt uitgevoerd in een aangepaste omgeving (aangepaste groepsruimte/voorzieningen en materialen).</p> <p><b>Doel:</b> Ontwikkelen en aanleren van praktische, cognitieve en/of sociaal emotionele vaardigheden waarbij de mogelijkheden van cliënt optimaal benut worden. Dit kan een grotere zorgvraag op termijn mogelijk voorkomen. Het kan ook gaan om CSLM-behandeling met als doel het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of van het ontstaan van met de aandoening gerelateerde stoornis.</p> <p>Het betreft specifieke Wlz-behandeling door een Wlz-behandelaar. Er zijn concrete en haalbare behandeldoelen. De behandeling is programmatisch en doelmatig.</p> <p>Als gevolg van de ernstige meervoudige beperkingen is zelfstandig voortbewegen niet of nauwelijks mogelijk. De meeste cliënten kunnen slechts liggen of met veel steun zitten. Soms kan men zelfstandig bewegen met ondersteuning van hulpmiddelen. Er is grote fysieke kwetsbaarheid.</p> <p><b>Grondslag:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Volwassenen vanaf 18 jaar;</li> <li>- Met ernstig meervoudige beperkingen waarbij sprake is sprake van een combinatie van twee of meer ernstige beperkingen van verstandelijke, motorische, lichamelijke of zintuiglijke aard;</li> <li>- Ontwikkelingsleeftijd is maximaal 12 maanden.</li> </ul> <p>Als criterium voor deze doelgroep geldt dat er naast het bovenstaande nog sprake dient te zijn van tenminste drie van onderstaande factoren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gebruik van sondevoeding (PEG-sonde);</li> <li>2. Epilepsie (niet instelbaar);</li> <li>3. Organische afwijkingen (ademhalingsproblemen, refluxproblematiek);</li> <li>4. Risico van doorliggen (decubitus);</li> <li>5. Zeer ernstige zintuiglijke handicap;</li> <li>6. Noodzaak tot veelvuldige paramedische zorg;</li> <li>7. Grote fysieke kwetsbaarheid (in de praktijk blijkt een hoge mate van ziekte en verblijf in ziekenhuizen).</li> </ol> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per dagdeel (maximaal vier aaneengesloten uren).</p>	
<p>Dagbehandeling lg (licht, midden, zwaar)</p> <p><b>Vorm:</b> Het behandelprogramma wordt voor lange periode geboden, zo dicht mogelijk aansluitend op de behandeling in het ziekenhuis of revalidatie-instelling (multidisciplinair); zij strekt dan tot doel om het behandelresultaat in de revalidatiebehandeling in de chronische fase te behouden en restmogelijkheden te benutten in het dagelijks leven en maatschappelijk functioneren.</p> <p>Dagbehandeling LG volwassenen is een integraal programma en omvat tevens noodzakelijke persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding.</p> <p>Revalidatie valt niet onder deze prestatie.</p> <p><b>Doel:</b> De behandeling omvat het aanleren en oefenen van vaardigheden ter vergroting van zelfregie en praktische zelfredzaamheid en het aanleren van gezond gedrag ter voorkoming en vermindering van met NAH verbonden gezondheidsproblematiek en gezondheidsrisico's.</p>	
	S837, S838, S839

<p>Het kan ook gaan om CSLM-behandeling met als doel het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of van het ontstaan van met de aandoening gerelateerde stoornis. Het betreft specifieke WLZ-behandeling door een WLZ-behandelaar. Er zijn concrete en haalbare behandeldoelen. De behandeling is programmatisch en doelmatig.</p> <p><b>Grondslag:</b>          Multidisciplinaire behandeling in groepsverband in een specifieke setting van:</p> <p>1. Volwassenen met (Niet Aangeboren) Hersenletsel (en hun mantelzorgers), gericht op het stabiliseren en leren omgaan met de stoornis en gevolgen van het Niet Aangeboren Hersenletsel, waarbij sprake is van complexe problematiek in de vorm van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acceptatie en verliesverwerking;</li> <li>- cognitieve problematiek (met name gevolg van geheugen- en aandachtstoornis, initiatiefverlies, handelingsverlegenheid, verstoorde informatieverwerking);</li> <li>- communicatieproblemen (o.a. afasie, apraxie), en/of;</li> <li>- problemen met sociale redzaamheid, verstoorde energiebalans;</li> <li>- vaak in samenhang optredend met een beperkt ziekte-inzicht en chronische ziektelast;</li> <li>- vaak leidend tot gedragsproblematiek.</li> </ul> <p>2. Volwassenen met een lichamelijke handicap (waar onder orgaanstoornissen en neuro-motorische stoornissen), gericht op het leren omgaan met de invaliderende gevolgen van de aandoening, op het benutten van restmogelijkheden in het kader van behoud van zelfredzaamheid, en op het stabiliseren van functioneren en voorkomen van verergering van klachten welke samenhangen met chronische aandoeningen.</p> <p>Groepsgrootte:          Licht: groep groter dan 6.          Midden: groep tussen 5 en 6.          Zwaar: groep kleiner dan 5.</p> <p><b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per dagdeel (maximaal vier aaneengesloten uren).</p>	
<i>Vervoer dagbehandeling groep</i>	<i>Code</i>
Vervoer dagbehandeling verpleging en verzorging (v&v) Vervoer naar een plaats waar de cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt.	S803
<b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per aanwezigheidsdag.	
Vervoer dagbehandeling gehandicaptenzorg (GHZ) (extramuraal, rolstoel extramuraal) Vervoer naar een plaats waar de cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt.	S894, S895
<b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per aanwezigheidsdag.	
Vervoer dagbehandeling kind extramuraal Vervoer naar een plaats waar de cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt.	S896
<b>Tarief:</b> Het tarief bedraagt een waarde per aanwezigheidsdag.	

Bron: NZa, Beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2017', kenmerk BR/REG-17135.