Advies

Bekostiging van de zorg aan mensen met een zintuiglijke handicap per 1 januari 2020

'Nieuwe verbinding'

februari 2019

Voorwoord

Op 26 januari 2011 is in een bestuurlijk overleg tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VIVIS, SIAC en de cliëntenorganisaties een meerjarenafspraak voor de bekostiging en positionering van de zintuiglijk gehandicaptenzorg vastgesteld met de naam: *'Verbindend Vernieuwen'*. Een passende naam voor hoe er gezamenlijk door de hele sector de afgelopen jaren hard gewerkt is aan het typeren van cliënten en zorgactiviteiten en daarmee het inzichtelijk maken van de zorg. Dit advies vormt een sluitstuk van dat traject dat in *verbinding* tot stand is gekomen, namelijk de beoogde bekostiging van zintuiglijk gehandicaptenzorg in de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2020. De voorgestelde bekostiging geeft richting in het gesprek met en tussen aanbieders over (een) doelmatige (organisatie van) waardevolle zorg. Daarmee vormt de voorgestelde bekostiging een *'nieuwe verbinding'* tussen zowel zorgaanbieders onderling als tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Inhoud

Voorwoord **3**

Managementsamenvatting **7**

1. Inleiding **11**
1.1 Aanleiding 11
1.2 Knelpunten huidige bekostiging 11
1.3 Opdracht en uitgangspunten 12
1.4 Inhoud en afbakening advies 14
1.5 Leeswijzer 14

2. Hoe is dit advies tot stand gekomen? **15**
2.1 Data gedreven co-creatie 15
2.2 Dataverzameling 15
2.3 Doorlopen stappen 16

3. Welke prestaties kunnen zg-aanbieders in 2020 in rekening brengen? **21**
3.1 Dicht bij de zorginhoud gebleven 21
3.2 Prestatiestructuur Auditief/communicatief 21
3.3 Prestaties auditief/communicatief 23
3.4 Wat verandert er voor de sector auditief/communicatief 25
3.5 Prestatiestructuur visueel 26
3.6 Prestaties visueel 28
3.7 Wat verandert er voor de sector visueel 31
3.8 Prestaties reistoeslag auditief/communicatief en visueel 31

4. Meerwaarde voor de cliënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar **33**
4.1 Het goede inkoopgesprek 33
4.2 Beoogde bekostiging in relatie tot de uitgangspunten 33
4.3 Conclusie uitgangspunten 37

5. Kengetallen en herverdelingseffecten van de beoogde bekostiging **39**
5.1 Ruimte daar waar het nodig is 39
5.2 Kengetallen prestaties auditief/communicatief 39
5.3 Effecten voor prestaties visueel 42
5.4 Effecten voor zorgaanbieders 44
5.5 Conclusie herverdeeleffecten 46

6. Stappen richting 2020 en verder **47**
6.1 Geen eindpunt 47
6.2 Stappen richting 2020 47
6.3 2020 en verder 47

7. Advies **49**

Bijlage 1. Afkortingen en begrippen **51**

Bijlage 2. Fraudetoets **55**

Managementsamenvatting

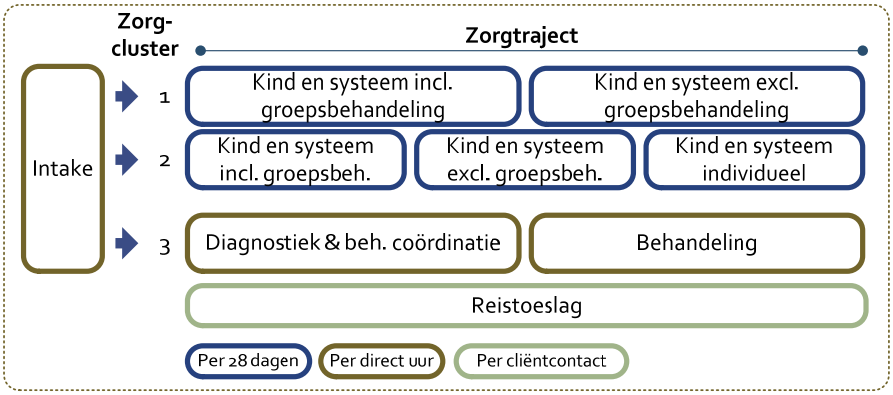
In dit advies wordt een voorstel gedaan voor een nieuwe bekostiging van de zorg aan mensen met een zintuigelijk zintuigelijke handicap per 1 januari 2020. De beoogde bekostiging is vervat in een nieuwe prestatiestructuur voor zowel de visuele sector en de auditief/communicatieve sector. Bij de ontwikkeling van de nieuwe prestatiestructuren is intensief samengewerkt met zorgaanbieders en brancheorganisaties. Hierdoor is een voorstel voor een vorm van bekostiging ontstaan die wordt onderschreven door partijen en passend is voor de zorg die geleverd wordt en ruimte laat voor doorontwikkeling. De voorgestelde bekostiging is getoetst aan de eisen en aandachtspunten die vooraf zijn vastgesteld:

- Herkenbaarheid (voor cliënt, zorgaanbieder en verzekeraar);
- Ruimte voor bekostiging van innovatie en ruimte voor flexibiliteit (maatwerk);
- Beperkt aantal prestaties op een hoger (abstractie)niveau;
- Doelmatige en eerlijke prijs;
- Aandacht voor herkenbare doorlooptijd van de prestaties;
- Aandacht voor doelgroepen met een beperkt aantal patiënten;
- Kostenbeheersing en tegengaan ongewenste prikkels/gedrag;
- De invoering van de nieuwe structuur moet macroneutraal zijn.

Voor de NZa is het belangrijk dat de nieuwe structuur zoveel mogelijk recht doet aan bovengenoemde eisen en aandachtspunten en het goede inkoopgesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder op basis van zorginhoud faciliteert. De prestatiestructuur moet kunnen rekenen op draagvlak onder zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten(organisaties). De administratieve lasten van de nieuwe structuur moeten zo laag mogelijk zijn en de prestatiestructuur moet passend zijn bij de wijze waarop de zorg wordt geleverd door de sector.

In het gehele traject in aanloop naar dit advies is uitgegaan van de zorginhoud. Allereerst is door de sector goed gekeken naar de zorginhoud en is deze door de sector beschreven in zorgprogramma's. Dit vormde de basis voor de gegevens uitvraag waarop vervolgens, in combinatie met veel gemeenschappelijke duiding van onder andere zorgprofessionals is gekomen tot de voorgestelde bekostiging. Een mooie wisselwerking tussen zorginhoud, data-analyse en (kennis van) bekostiging hebben geleid tot een voorstel dat aansluit bij de zorginhoud en daarmee kwalitatieve en doelmatige zorg faciliteert.
De volgende prestatiestructuren zijn uit dit proces ontstaan:

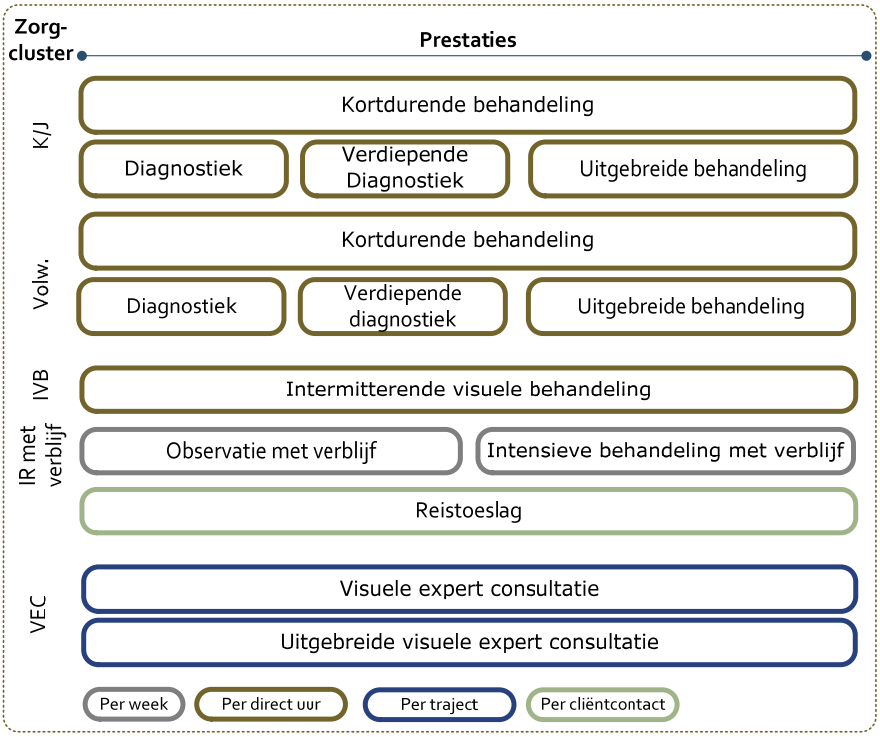
Prestatiestructuur sector auditief/communicatief



Bron: NZa

Het grootste gedeelte van de auditief/communicatieve zorg wordt op basis van dit advies, in tegenstelling tot nu, bekostigd middels een vorm van trajectbekostiging. De voorgestelde bekostiging geeft een beter inzicht in de zorg aan verschillende cliëntgroepen, vergroot de herkenbaarheid voor cliënten en kent betere prikkels.

Prestatiestructuur deelsector visueel



Bron: NZa

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de huidige bekostiging zijn:

Gedifferentieerde prestaties: De prestaties zijn gedifferentieerd naar doelgroep, inhoud en kostendrager (uur, week, traject). Door de differentiatie van het huidige uurtarief naar de voorgestelde prestaties wordt de zg-zorg transparanter en sluit de bekostiging beter aan bij de te maken kosten voor verschillende prestaties.

Indirect declarabele tijd vervalt: De mogelijkheid om indirecte cliëntgebonden tijd te declareren komt te vervallen. De uren die besteed worden aan indirect cliëntgebonden tijd worden bekostigd door een opslag op de directe cliëntgebonden tijd. Dit vergroot de doelmatigheid,

transparantie en controleerbaarheid voor zorgverzekeraar en cliënt. Voor de zorgaanbieder betekent dit een administratieve lastenverlichting omdat niet meer voor specifieke situaties indirecte tijd geschreven hoeft te worden.

Reistoeslag: De reistijd wordt niet meer in alle prestaties verwerkt, ongeacht of er gereisd wordt of niet, maar kan alleen in rekening gebracht worden als men ook daadwerkelijk heeft moeten reizen.

De herverdeeleffecten van de voorgestelde bekostiging zijn in beeld gebracht. Hieruit blijkt dat de ontwikkelde prestaties recht doen aan de verschillen die bestaan tussen de diverse cliëntgroepen. Dat zien we terug in de behandelintensiteit (aantal direct cliëntgebonden uren), maar ook in de hoge mate waarin de prestaties worden uitgevoerd door meerdere zorgaanbieders.
De herverdeeleffecten als gevolg van de beoogde bekostiging geven geen aanleiding tot aanpassing van de voorgestelde bekostiging, een ander moment van invoeren of om te denken aan een overgangsregeling. De verschillen in kostprijzen tussen instellingen en de effecten van de tariefherijking/tariefbepaling worden in een later stadium in kaart gebracht. Hierbij is tussen partijen uitgesproken dat de sector in overleg met elkaar blijft om te bepalen wat nodig is om de overgang naar de nieuwe bekostiging op een goede wijze te laten verlopen.

Wij zullen na de introductie van de voorgestelde bekostiging de ontwikkelingen nauwlettend in de gaten houden. Mocht er om welke reden dan ook (ontstane knelpunten, voortschrijdend inzicht en/of ontwikkeling van de zorg) aanleiding zijn om na invoering per 1 januari 2020 iets in de bekostiging te wijzigen, dan zullen wij dit in overweging nemen. Daarnaast zullen wij na verloop van tijd weer onderzoeken of de vastgestelde tarieven in lijn liggen met de gemaakte kosten en wellicht ook de omvang van de prestaties herijken (tariefherijking).

Wij komen daarom tot de volgende adviezen:

1. De voorgestelde bekostiging in te voeren per 1 januari 2020
De voorgestelde bekostiging voldoet in grote mate aan de gestelde eisen en uitgangspunten en is in goed overleg met de verschillende veldpartijen tot stand gekomen. De beoogde bekostiging biedt meer inzicht in de zg-zorg en biedt mogelijkheid tot eventuele verdere doorontwikkeling. Hiermee wordt recht gedaan aan de wijze waarop de zg-zorg wordt gegeven. De prestaties zijn transparant, herkenbaar en passend bij de zorginhoud.

2. Ontwikkelen kwaliteitsproducten (Zorginstituut Nederland)
De grote spreiding in inzet per cliënt die wij waarnemen in de data geeft voor ons aanleiding om te adviseren om kwaliteitsproducten (door) te ontwikkelen en op te nemen in het Wettelijk Register van het Zorginstituut Nederland (Register). Het opnemen van kwaliteitsproducten in het Register is wat ons betreft een logisch vervolg op de introductie van een nieuwe bekostiging en past bij het streven van de zg-sector naar meer uniformiteit en transparantie.

3. Max-maxtarieven t.b.v. innovatie zoals e-health en kwaliteit
De introductie van een max-maxtarief voor de zg-sector biedt ruimte voor toekomstige ontwikkelingen door flexibiliteit in de bekostiging. Dit houdt in dat de maximumtarieven met maximaal 10% kunnen worden verhoogd als hierover afspraken zijn gemaakt in een contract met de zorgverzekeraar. Hiermee ontstaat meer ruimte om nieuwe ontwikkelingen en innovatie te faciliteren.

4. Zorginkoop – goede inkoopgesprek (in verbinding blijven)
Het proces om te komen tot deze bekostiging heeft veel informatie opgeleverd over de zg-zorg zoals deze in 2017 geleverd is. Dit inzicht zullen wij zo goed als mogelijk, naar behoefte en binnen de bestaande regelgeving is toegestaan, ontsluiten zodat dit kan worden gebruikt om het inkoopgesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te ondersteunen. Door het verkregen inzicht in wat de zg-zorg inhoudt, kunnen zorgverzekeraars met zorgaanbieders een goed inkoopgesprek voeren over kwalitatief goede zg-zorg zodat de cliënt de beste zorg tegen een goede prijs ontvangt.

De voorgestelde bekostiging zg betekent een grote stap voorwaarts, waarmee elke partij (zorgverzekeraar, zorgaanbieder en cliënt) gebaat is.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2015 is de zintuiglijk gehandicaptenzorg (zg-zorg) overgegaan van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het betreft hier de zorg aan mensen met een visuele of auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS). Gezien het krappe tijdpad voorafgaand aan deze overheveling heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) eind 2013 besloten bij de overheveling naar de Zvw in eerste instantie de bekostiging vanuit de AWBZ over te nemen. Daarbij heeft de minister van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht te adviseren over een nieuw bekostigingsmodel voor zg-zorg dat past in de Zvw.[1] In 2015 heeft de NZa aangegeven dat dit op dat moment niet mogelijk was vanwege te weinig inzicht in de geleverde zorg. Voor het verkrijgen van dit inzicht zijn zorgprogramma's en kwaliteitskaders ontwikkeld ten behoeve van de uniformiteit en transparantie in de zg-zorg. Een zorgprogramma is een weergave van een systematiesche aanpak van de diagnostiek en behandeling voor een specifieke groep cliënten. Ook moest de afbakening van zg-zorg ten opzichte van andere vormen van zorg binnen de Zvw (zoals logopedie, audiologie en oogheelkunde) verder verduidelijkt worden. Naar aanleiding hiervan hebben zorgaanbieders vanuit de inhoud zorgprogramma's opgesteld.[2] Daarnaast zijn er diverse overleggen met het Zorginstituut Nederland (ZiNL) geweest om de aanspraak zg-zorg verder te verduidelijken. De ontwikkelde zorgprogramma's en bijbehorende cliënt-/behandelprofielen en modules en producten geven inzicht in de geleverde zorg per cliëntengroep. Dit gaf de mogelijkheid om in 2017 en 2018 noodzakelijke informatie te verzamelen voor de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging. De minister van VWS heeft de NZa gevraagd om op basis van deze informatie een advies uit te brengen over de invoering van een nieuw bekostigingsmodel voor de zg-zorg.[3]

1.2 Knelpunten huidige bekostiging

Op dit moment wordt de visuele zorg, auditieve zorg en zorg voor mensen met een taalontwikkelingsstoornis door middel van drie prestaties bekostigd. Daar bovenop bestaat er een uittoeslag per cliëntcontact (bekostiging van reiskosten) en een prestatie voor verblijf (bekostiging van hotelmatige kosten). Deze manier van bekostigen kent verschillende nadelen. Er is weinig inzicht in welke zorg geleverd wordt aan welk type cliënt. De gedeclareerde zorg kan hierdoor slecht worden vergeleken tussen zorgaanbieders. Dit belemmert goede inkoop van zorg en controle op de declaraties door zorgverzekeraars.
Hoe meer uren zorg geleverd wordt des te meer in rekening gebracht wordt, dit geeft een volumeprikkel. Daarnaast kunnen ook een deel van de indirecte cliënturen (tijd besteed aan een cliënt waar een cliënt niet

[1] Zie Brief VWS aan NZa, 'Aanvraag advies overheveling extramurale behandeling zintuiglijk gehandicapten van de AWBZ naar de Zvw', 21 november 2013.
[2] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/01/zorgprogramma-s-visueel-auditief-en-communicatief
[3] Zie Brief VWS aan NZa, 'Advies over een toekomstige bekostigingssystematiek voor de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten', 21 juni 2016.

zelf bij is) gedeclareerd worden. Hierdoor kan het voor een cliënt moeilijk te begrijpen en te controleren zijn welke zorg op de factuur staat.
De huidige bekostiging ondersteunt partijen hierdoor niet om een goed inkoopgesprek te voeren waarbij het gaat over de kwaliteit van zorg en de waarde die deze zorg voor de cliënt biedt. De huidige bekostiging is wel eenvoudig, wat bijdraagt aan een lage administratieve belasting voor de zorgaanbieders. De uitdaging voor de nieuwe bekostiging is dan ook om bovengenoemde knelpunten op te lossen en tegelijkertijd de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden.

1.3 Opdracht en uitgangspunten

De minister van VWS heeft de NZa verzocht om in haar advies voor een nieuwe bekostiging in te gaan op de gewenste hoofdlijnen, eisen en aandachtspunten zoals deze zijn afgesproken in het bestuurlijk overleg zg-zorg van 26 april 2016 én de punten genoemd in de adviesaanvraag uit 2013. Het bestuurlijk overleg zg-zorg heeft de volgende hoofdlijnen meegegeven:

- integrale bekostiging;
- bekostiging op basis van inhoud en niet op basis van tijd;
- baseren op een bestaand bekostigingssysteem;
- uniforme toepassing op alle doelgroepen.

Een belangrijke randvoorwaarde is dat de invoering van de nieuwe bekostiging macro budgetneutraal geschiedt. Dit borgen wij door in de bepaling van de voorgestelde prestaties uit te gaan van de werkelijk gedeclareerde uren in 2017. Dit betekent dat als de voorgestelde prestatiestructuur in 2017 had gegolden men in gezamenlijk in de gehele sector net zoveel uren zorg had in rekening had kunnen brengen dan werkelijk in 2017 is gedeclareerd.

In tabel 1 staan de eisen en aandachtspunten waaraan bij de vormgeving van het nieuwe bekostigingsmodel invulling gegeven moet worden.

Tabel 1. Eisen en aandachtspunten nieuwe bekostiging

Eisen en aandachtspunten	Toelichting
Herkenbaarheid (voor cliënt, aanbieder en verzekeraar)	Onder herkenbaarheid kan zowel herkenbaarheid vanuit een geneeskundig perspectief worden verstaan als herkenbaarheid vanuit een cliënt en de zorgverzekeraar
Ruimte voor bekostiging van innovatie en ruimte voor flexibiliteit (maatwerk)	De bekostiging moet voldoende ruimte bieden voor innovatie, maar ook om de zorg op een andere wijze te leveren (zodat bijvoorbeeld de patiënt de zorg zowel thuis als in een instelling kan ontvangen).
Beperkt aantal prestaties op een hoger (abstractie)niveau	Een beperkt aantal prestaties met als doel eenvoud in de zorginkoop tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doelmatige en eerlijke prijs	Eerlijke prijs gaat uit van het principe dat de cliënt (voor wat betreft het eigen risico) en de zorgverzekeraar betalen voor de zorg die daadwerkelijk is genoten. Daarnaast geldt dat de geleverde zorg doelmatig dient te zijn om zo te betaalbaarheid van zorg te garanderen.
Aandacht voor herkenbare doorlooptijd van de prestaties	De declaratietermijnen (bijvoorbeeld per dag, maand, traject) hangen tot een bepaalde hoogte af van de doorlooptijd van de prestaties. Hierbij dient aandacht te zijn voor een acceptabele doorlooptijd van de prestaties.
Aandacht voor doelgroepen met een beperkt aantal patiënten	Bepaalde zorg wordt aan doelgroepen geleverd met een beperkt aantal patiënten. Er dient aandacht te zijn voor de wijze waarop deze doelgroepen in de systematiek zijn opgenomen.
Kostenbeheersing en tegengaan ongewenste prikkels/gedrag	De bekostiging dient voldoende prikkels te bevatten om de kosten te beheersen. Daarnaast dient de bekostiging ook voldoende prikkels te bevatten zodat ongewenste prikkels/gedrag tegengegaan worden.

Bron: Bestuurlijk overleg zg-zorg van 26 april 2016

Voor de NZa is het belangrijk dat de nieuwe structuur zoveel mogelijk recht doet aan bovengenoemde eisen en aandachtspunten en het goede gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder op basis van zorginhoud faciliteert. De prestatiestructuur moet kunnen rekenen op draagvlak onder zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten(organisaties). De administratieve lasten van de nieuwe structuur moeten zo laag mogelijk zijn en de prestatiestructuur moet passend zijn bij de wijze waarop de zorg wordt geleverd door de sector. Hierbij zijn gemiddelden, spreiding in de bestede tijd per mogelijke prestatie (homogeniteit) en mate van onderscheidend vermogen tussen de prestaties[4] van belang.
Wij houden er bij de ontwikkeling van een nieuwe bekostiging rekening mee dat de mate van inspanning/kosten per prestatie niet te veel tussen zorgaanbieders afwijkt. Op het moment dat de spreiding van de tijd (en daarmee ook de kosten) te groot wordt, kan dit tot gevolg hebben dat het tarief niet goed aansluit bij de werkelijke kosten. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor specifieke zorgaanbieders of specifieke cliëntgroepen. De nieuwe prestatiestructuur moet dus voorzien in voldoende differentiatie van prestaties waardoor de tarieven passen bij de gemaakte kosten. De bekostiging moet zodanige prestaties en tarieven kennen dat deze redelijkerwijs kostendekkend zijn voor de zorg

[4] Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kunnen zorgaanbieders alleen een tarief in rekening brengen als hiervoor een prestatiebeschrijving is vastgesteld door de NZa.

die geleverd wordt, waardoor toegankelijke en kwalitatief goede zorg geleverd kan worden.

1.4 Inhoud en afbakening advies

Dit advies richt zich op de bekostiging van de zg-zorg zoals deze per 1 januari 2020 moet gelden en de manier waarop deze bekostiging tot stand is gekomen. Daarnaast wordt toegelicht wat de meerwaarde is van de beoogde bekostiging, wat de herverdeeleffecten zijn en wordt er een agenda richting invoering per 1 januari 2020 en daarna geschetst. Hiermee wordt een beeld gegeven van de bekostiging van de zg-zorg per 1 januari 2020 op basis waarvan de minister zijn mening kan vormen over de voorgestelde bekostiging.
Dit advies beschrijft alle genomen processtappen en uitwerking van het bekostingsmodel in meer (technisch) detail dan doorgaans in een advies over een nieuwe bekostiging wordt opgenomen. Hiermee gaat dit document verder gaat dan een advies, waardoor snelle implementatie in beleid mogelijk is.

Dit advies zegt niets over de aanspraak zg-zorg[5] binnen de Zvw. De prestaties in de nieuwe bekostiging vallen binnen de huidige aanspraak. De wijze waarop de aansluiting wordt gemaakt tussen de regelgeving en de aanspraak is met het Zorginstituut afgestemd. Zij delen de lijn dat de prestaties zien op de zorg die past binnen de aanspraak en op deze wijze uitgesloten is dat de door de afbakening van individuele prestaties de aanspraak verruimd wordt. Ten ook bevat dit advies geen detailuitwerking van de regelgeving. In dit advies worden ook nog geen uitspraken gedaan over zorg in de Zvw die niet onder de aanspraak zg-zorg valt maar wel door de aanbieders van ZG zorg wordt geleverd, omdat deze aanbieders de meest aangewezen partij zijn om deze zorg te leveren. Dit wordt in de totstandkoming van de regelgeving meegenomen. Ten tijde van het uitbrengen van dit advies is het proces om gezamenlijk te komen tot concrete regelgeving op basis van dit advies in volle gang. Parallel hieraan loopt er een kostprijsonderzoek om de bijbehorende tarieven te kunnen bepalen. De tarieven en de impact van de herijking van de tarieven naar aanleiding van het kostprijsonderzoek maken ook geen onderdeel uit van dit advies.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft het proces vanaf eind 2017 tot nu waarin de nieuwe bekostiging en dit advies tot stand is gekomen. Hierbij wordt ingegaan op de dataverzameling, het gezamenlijke proces, de doorlopen stappen en de belangrijkste afwegingen die daarbij gemaakt zijn.
Hoofdstuk 3 beschrijft de nieuwe bekostiging zoals wij deze voorstellen. In hoofdstuk 4 wordt dit voorstel getoetst tegen de in hoofdstuk 1 gestelde uitgangspunten. De herverdelingseffecten van de nieuwe prestatiestructuur worden in hoofdstuk 5 weergegeven.
De stappen die nog gezet moeten worden in 2019 en de stappen na 2020 worden toegelicht in hoofdstuk 6. Hoofdstuk 7 bevat een concreet advies over de nieuwe bekostiging per 1 januari 2020. Als bijlagen zijn een afkortingen en begrippenlijst en de in de adviesaanvraag benoemde fraudetoets opgenomen.

[5] Zie artikel 2.5a van het Besluit Zorgverzekeringswet (Besluit Zvw)

2. Hoe is dit advies tot stand gekomen?

In dit hoofdstuk beschrijven we de kenmerken van het proces dat geleid heeft tot dit advies, de gegevens waarop dit advies gebaseerd zijn en de stappen die hiervoor doorlopen zijn. Hierbij gaan we in op de belangrijkste afwegingen die een rol gespeeld hebben bij de totstandkoming. Omdat het een zeer exploratieve exercitie was, waarin zeer veel analyses en zorginhoudelijke inzichten een rol hebben gespeeld, beperken wij ons in dit hoofdstuk tot de belangrijkste analyses en afwegingen.

2.1 Data gedreven co-creatie

In januari 2018 hebben wij een advies uitgebracht waarin we schreven het te vroeg te vinden om een definitieve bekostiging per 1 januari 2019 voor te stellen. Dit had te maken met de leercurve in het registreren van zorg en de grote spreiding die we in de registraties zagen. Daarom hebben we voorgesteld om 2018 te gebruiken om in een gezamenlijk proces te komen tot een passende en doelmatige bekostiging per 1 januari 2020. 2018 stond dan ook in het teken van een proces waarin kennis van de zorginhoud en inzichten uit analyse van de over 2017 geregistreerde data zijn samengebracht. Hiermee is dit advies het resultaat van een grote gezamenlijke inspanning van de instellingen voor mensen met een visuele beperking (VIVIS), Samenwerkende Instellingen voor mensen met Auditieve en/of Communicatieve beperkingen (SIAC), individuele instellingen (ook niet SIAC-leden), betrokken (zorg)professionals en de NZa. Tussentijds heeft ook afstemming plaatsgevonden met zorgverzekeraars en cliëntorganisaties. Op deze manier realiseren we samen een advies voor nieuwe bekostiging voor de zg-zorg vanaf 1 januari 2020 die aansluit bij de zorginhoud en ruimte geeft voor eventuele doorontwikkeling in lijn met de zorginhoudelijke ontwikkeling.

2.2 Dataverzameling

Alle zorgaanbieders hebben in 2017 100% van hun zorgactiviteiten in het kader van de Zvw geregistreerd conform de opgestelde zorgprogramma's met bijbehorende producten en modules. Daarnaast hebben alle zorgverleners 100% tijdgeschreven. Hierdoor is een schat aan data ontstaan over de zg-zorg zoals deze in 2017 geleverd is. Om deze data te valideren is een procedure ontwikkeld waarmee de aangeleverde data na elk kwartaal systematisch en op uniforme wijze is verwerkt, gecontroleerd (in SPSS) en waar mogelijk verbeterd. In deze validatie zijn de aangeleverde data getoetst tegen de documenten van de brancheverenigingen. Binnen de sector visueel week uiteindelijk minder dan 1% van het aantal waarnemingen af. Voor de sector auditief/communicatief week minder dan 0,5% af. Het koppelen van reistijd van behandelaren aan producten, maar ook het verder aanvullen van de lijst aan te registreren producten, heeft het aandeel afwijkende waarnemingen verder doen dalen. Daarnaast is het toewijzen van tijdsregistraties aan producten en bijbehorende zorgprogramma's verbeterd door een scherpe controle op de datum van tijdschrijven door de instellingen. Ook was er in enkele gevallen sprake van parallelle zorgprogramma's. Omdat dit volgens SIAC en VIVIS niet voor zou moeten komen is dit in overleg aangepast. De aangeleverde en

gevalideerde data over alle zg-zorg van 2017 vormden de basis voor het doorlopen proces en dit advies.

2.3 Doorlopen stappen

In het gehele traject in aanloop naar dit advies is uitgegaan van de zorginhoud. Allereerst is door de sector goed gekeken naar de zorginhoud en is deze beschreven in de zorgprogramma's. Dit vormde de basis voor de gegevensuitvraag waarop vervolgens, in combinatie met veel gemeenschappelijke duiding van onder andere zorgproffessionals is gekomen tot de voorgestelde bekostiging. Een mooie wisselwerking tussen zorginhoud, data-analyse en (kennis van) bekostiging hebben geleid tot de voorgestelde bekostiging die aansluit bij de zorginhoud en daarmee kwalitatief en doelmatige zorg faciliteert. In deze paragraaf beschrijven wij de doorlopen stappen en de belangrijkste afwegingen en tussenresultaten.

Opstellen zorgprogramma's (november 2016)
De zg-zorgaanbieders zijn in het traject 'verbindend vernieuwen' gekomen tot zorgprogramma's. Een zorgprogramma is een weergave van een systematische aanpak van de diagnostiek en behandeling voor een specifieke groep cliënten. Met het beschrijven van zorgprogramma's is de samenhang tussen de vraag en het aanbod in kaart gebracht.

Registratie door zorgaanbieder
Heel 2017 en het eerste half jaar van 2018 hebben alle zorgprofessionals in de sector Zvw-zorg leveren bijgehouden aan welke cliënt en aan welke zorgprogramma's en activiteiten tijd besteed is. Deze registraties zijn door ons gebundeld, waarmee een waardevolle bron van inzicht in de zg-sector is ontstaan.
Eind 2017 bleek dat de omvang (aantal cliënten) binnen sommige zorgprogramma's erg klein was en dat er met name in de auditief/communicatieve sector sprake was van weinig volledige trajecten met start- en einddatum in 2017. Dit is logisch vanwege de veelal langer durende trajecten in de auditief/communicatieve sector.Daarnaast zagen we in de registratie een grote, op dat moment niet goed te duiden, spreiding in de doorlooptijden en hoeveelheid zorg die geleverd werd binnen zorgprogramma's. Om deze reden is ook gekeken naar andere doorsnedes in de data om de prestaties op te baseren, zoals op (een verzameling van) producten/modules.

Samenvoegen van zorgprogramma's (februari 2018)
De kleine omvang van en grote spreiding in de zorgprogramma's gaf aanleiding om gezamenlijk de (geregistreerde zorg) nader te duiden. Een eerste stap hierin was het, op basis van zorginhoud, samenvoegen van zorgprogramma's. Hiervoor hebben VIVIS en SIAC hun voortschrijdende inzichten gedeeld. Deze inzichten vormden de basis voor clusters van zorgprogramma's met vermoedelijk (kosten)homogene cliëntgroepen met voldoende omvang. Hiermee zijn de 19 zorgprogramma's van auditief/communicatief en 21 zorgprogramma's van visueel teruggebracht naar respectievelijk 11 en 5 zorgclusters.
In bijeenkomsten tussen SIAC/VIVIS en NZa zijn de aannames die ten grondslag lagen aan deze clustering getoetst door een eerste impact op de homogeniteit te bekijken. De conclusie hiervan was voor beide deelsectoren dat de clustering een goede richting was op weg naar een beperkt aantal, kostenhomogene integrale (traject)prestaties. In tabel 2 wordt ter illustratie de zorgclusters voor de sector auditief/communicatief weergegeven.

Tabel 2. Zorgclusters sector auditief/communicatief

Stoornis	Behandelprofiel	Levensfase	Zorgcluster (subluster)
D/SH	Behandeling thuis aan (jonge) kind en systeem	Jong kind	**1**
TOS		Jong kind	**2**
DB/ACVB		Jong kind/kind/jongere	**3** (3)
D/SH – TOS	Persoons- en systeemgerichte behandeling	Kind/jongere	**3** (4)
DB		Kind/jongere/ volwassene	**3** (5)
D/SH		Volwassene	**3** (6)
D/SH – TOS	Diagnose- en behandeltraject in therapeutische omgeving	Kind/jongere	**3** (7)
D/SH – TOS	Kortdurende intensieve diagnostiek en behandeling	Kind/jongere	**3** (8)
ACVB		Kind/jongere/ volwassene	**3** (9)
ACVB	Communicatiediagnostiek en –training	Volwassene	**3** (10)
D/SH – TOS	Behandeling met verblijf	Kind/jongere/ volwassene	**3** (11)

Bron: NZa/SIAC

Naast bovenstaande tabel is er voor beide sectoren een koppeltabel tussen zorgprogramma's en nieuwe clusters.

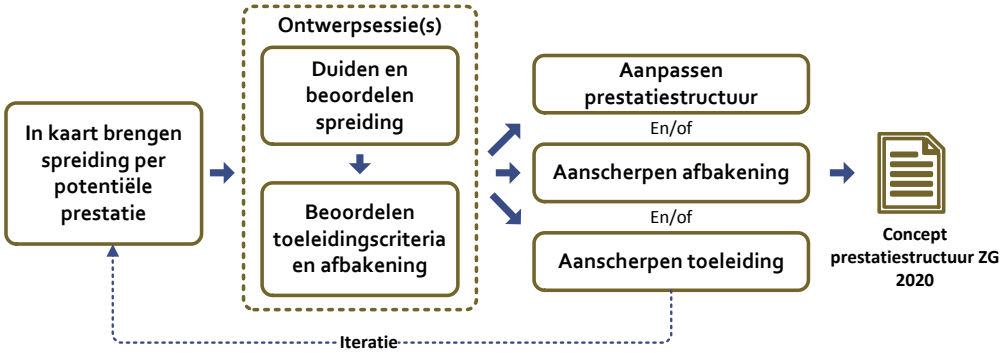
Individuele benchmark en gesprek (april 2018)
In 2017 kregen wij terug dat zorgaanbieders zich niet geheel herkenden in de teruggekoppelde (sector)gemiddelden en het hierdoor lastig was om de spreiding in de data te duiden. Dit kwam enerzijds doordat wij vanuit het oogpunt van datakwaliteit controles hebben toegepast en hier schoningen uit voortkwamen. Anderzijds is dit inherent aan het terugkoppelen van gemiddelden, geen enkele zorgaanbieder is namelijk precies gelijk aan het gemiddelde van de sector. Om dit te ondervangen hebben alle zorgaanbieders een eerste individuele benchmarkrapportage op basis van de nieuwe zorgclusters met hun eigen gegevens ontvangen. Omdat de doorlooptijd binnen zorgclusters veel spreiding kent en de doorlooptijden lang kunnen zijn, is besloten om de zorg op te delen in kortere perioden. Na verschillende analyses zijn we tot het besluit gekomen om in beginsel een periode van 28 kalenderdagen te hanteren. Alle zorg is in deze benchmark geanalyseerd in dergelijke periodes. Deze benchmark is in een individueel gesprek toegelicht. In dit gesprek was er ruimte voor de zorgaanbieders om vragen te stellen en bijzonderheden toe te lichten. Dit gesprek hielp in de voorbereiding op de ontwerpsessies om na te gaan of verschillen veroorzaakt worden door verschillen in zorgzwaarte van de cliëntpopulatie en/of door (ongewenste) praktijkvariatie.

Ontwerpsessies (mei 2018 – juli 2018)
In een tiental ontwerpsessies is gezamenlijk gezocht naar af te bakenen cliënten met op elkaar lijkende (homogene) zorgvragen/zwaarte met als doel zoveel mogelijk zorg via integrale (traject)prestaties te kunnen bekostigen. Hiervoor is in een iteratief proces, door middel van gesprekken met (zorg)professionals, een verbinding gelegd tussen data-analyse en de zorginhoud. In deze gesprekken is langs verschillende

assen gekeken naar de cliënt en diens zorgvraag (cliëntkenmerken, inzet van verschillende functionarissen, doorlooptijden, intensiteit etc.).
Ten behoeve van deze ontwerpsessies zijn verschillende typen analyses uitgevoerd, teruggekoppeld en besproken met (zorg)professionals (niet limitatief):

- Berekenen van gemiddelde (declarabele) behandeltijd en spreiding per zorgcluster;
- Op basis van specifieke inzet van type behandelaren en/of producten cliënt groepen afzonderen en afzetten tegen het gemiddelde. Een voorbeeld hiervan is het afzonderlijk bekijken van cliënten met een visuele beperking als gevolg van een niet aangeboren hersenletsel;
- Opdelen van de zorg in een zorgcluster in een fasering waarin de inzet varieert;
- Variëren met de declarabele eenheden (uur, dag, week, periode van 28 dagen, kalendermaand en traject);
- Afzonderlijk bekijken van specifieke producten (bijvoorbeeld communicatietraining);
- Per potentiele prestatie berekenen van gemiddelde doorlooptijden en spreiding hierin;
- Berekenen van gemiddelde inzet en mix van behandelaren per potentiele prestatie, evenals de spreiding hiervan;
- Berekenen van een gemiddeld profiel aan producten of behandelmodules per potentiele prestatie;
- Uitbijteranalyse op potentiele prestaties en waar nodig deze laten onderzoeken door individuele zorgaanbieders.

Figuur 2. Invulling ontwerpsessies



Bron: NZa

Naast het inhoudelijke resultaat waren belangrijke bevindingen uit de ontwerpsessies:

- Dat er een grote verscheidenheid is in hulpvragen en zorgzwaarte die voortkomt uit de persoonlijke omstandigheden en individuele hulpvragen en daarom moeilijk te vangen is in cliëntkenmerken;
- Dat het vanwege deze spreiding moeilijk is om af te bakenen groepen te definieren en volledige trajecten in één keer te bekostigen;
- Dat de objectieve criteria die voorspellers leken van zorgzwaarte in de data te inhomogeen bleken (bijvoorbeeld CVA/NAH of het hebben van een cochleair implantaat);
- Dat de zorgaanbieders het zorgproces in grote mate gelijk hebben ingericht, maar er nog ruimte is tot verdere uniformering (zoals de intake);
- Dat er een grote welwillendheid bestaat in de sector om te komen tot steeds doelmatigere zorg.

Het resultaat van de ontwerpsessies was een concept prestatiestructuur voor beide deelsectoren. Dit resultaat is in een bestuurlijk overleg op 16 oktober 2018 gepresenteerd en besproken.

Eerste inzichten in de herverdeeleffecten (september 2018)
Omdat wij inzicht hebben in alle geleverde zorg door alle zg-aanbieders, hebben wij zicht op de herverdeeleffecten die een nieuwe prestatiestructuur veroorzaakt.
Een eerste indicatie van de herverdeeleffecten van de concept prestatiestructuur zoals deze in oktober is besproken hebben wij in een eerder stadium neergelegd bij alle zorgaanbieders. De instelling die op dat moment het grootste negatieve effect ondervond betrof -5,9% van de omzet van de instelling in de zvw en betrof een zeer kleine zorgaanbieder. In de individuele rapportages is weergegeven hoe dit effect veroorzaakt wordt (minder productief in termen van directe tijd, duurdere functiemix en/of meer ingezette uren per prestatie waarvoor één bedrag geldt). Hierdoor weet een instelling ook waar zij op (bij) kunnen sturen. Deze effectenanalyse gaf ons op dat moment genoeg vertrouwen om door te gaan met nadere uitwerking.

Bestuurlijk overleg (16 oktober 2018)
In het bestuurlijk overleg is door alle partijen aangegeven dat er genoeg draagvlak was om de concept prestatiestructuur nader uit te gaan werken in concrete regelgeving.

Uitwerking regelgeving (november 2018 – februari 2019)
De concept prestatiestructuur vormde de basis voor de uitwerking in concrete regelgeving. In technisch overleggen zijn bespreekpunten voorgelegd en zijn hier gezamenlijk voorgenomen besluiten over genomen. Deze besluiten hebben in enkele gevallen tot nadere invulling en aanpassingen van de prestatiestructuur geleid. Een concreet voorbeeld hiervan is het laten vervallen van twee prestaties voor behandeling met verblijf binnen de sector auditief/communicatief, wat een vereenvoudiging is van de prestatiestructuur. Hierdoor wijkt de prestatiestructuur licht af van de concept prestatiestructuur zoals gepresenteerd tijdens het bestuurlijk overleg van 16 oktober 2018. Alle detaillering en/of aanpassingen zijn in technisch overleggen besproken. De nadere uitwerking loopt ten dele parallel aan de publicatie van dit advies. Ten tijde van dit advies verwachten wij geen wijzigingen meer in de prestatiestructuur.

Kostprijsonderzoek (oktober 2018 – maart 2019)
Parallel aan het uitwerken van de regelgeving is een kostenonderzoek gestart. Een onafhankelijk onderzoeksbureau (KPMG) bepaalt de kostprijzen van alle functionarissen van de verschillende zorgaanbieders. Omdat wij voor elke prestatie de inzet per type functionaris weten kunnen wij op basis van deze kostprijzen voor iedere prestatie een passend (maximum) tarief vaststellen. Onderdeel van het kostenonderzoek is een totale impactanalyse waarin zowel de herverdeeleffecten van de prestatiestructuur (zie hoofdstuk 5) als de kostprijsverschillen tussen instellingen worden meegenomen. Deze twee effecten zullen zowel afzonderlijk als samen worden gepresenteerd.

Wij willen de definitieve regelgeving en tarieven eind april 2019 vaststellen. Dit moet zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende tijd geven om wijzigingen in bedrijfsvoering en ICT systemen door te voeren, personeel te instrueren etc.

3. Welke prestaties kunnen zg-aanbieders in 2020 in rekening brengen?

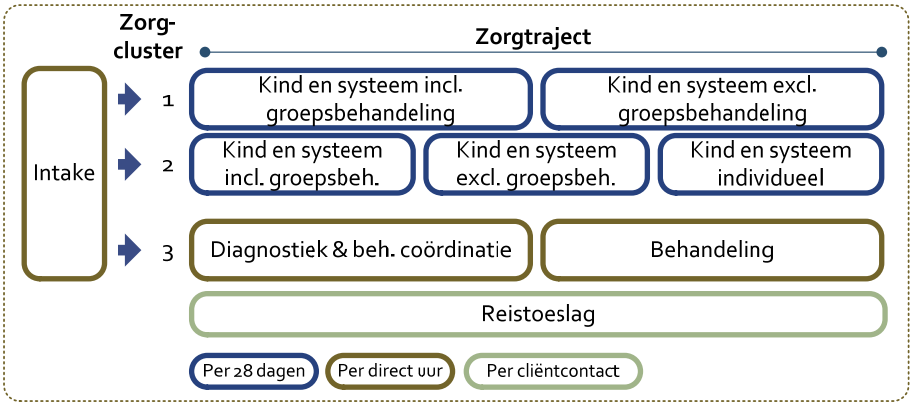
3.1 Dicht bij de zorginhoud gebleven

De opbouw van de beide prestatiestructuren sluit aan bij de wijze waarop in iedere deelsector de zorg is vormgegeven. De prestaties sluiten aan bij het zorgtraject die bestaat uit intake/hulpvraagverduidelijking, diagnostiek en behandeling. Voortgang en uitkomsten worden gedurende het zorgtraject in een multidisciplinair overleg beoordeeld. Op basis hiervan worden met de cliënt afspraken gemaakt over het vervolg of afronding van het traject.
Binnen de door de sector gedefinieerde zorgclusters is gekeken welke prestaties en declarabele eenheden het meest geschikt waren. Het is gelukt om het merendeel van de zg-zorg te bekostigen door vormen van trajectbekostiging. Een deel van de cliënten verschillen dusdanig in zorgzwaarte waardoor deze zorg niet te vangen is in een vorm van trajectbekostiging. In deze gevallen is gekozen voor een integraal passend uurtarief. Integraal omdat het een uurtarief betreft voor een mix van functies die de prestatie levert, passend omdat dit uurtarief gebaseerd wordt op precies die functiemix die voor die prestatie ingezet wordt.
In paragraaf 3.2 worden de prestatiestructuren van auditief/communicatief en visueel beschreven. Vervolgens worden de bijbehorende prestaties toegelicht. In hoeverre de prestatiestructuur en prestaties een meerwaarde betekenen voor zorgaanbieder, zorgverzekeraar en cliënt en aansluiten bij de gestelde uitgangspunten wordt toegelicht in hoofdstuk 4.

3.2 Prestatiestructuur Auditief/communicatief

Binnen de sector auditief wordt behandeling geleverd aan mensen die doof, slechthorend of doofblind zijn danwel een taalontwikkelingsstoornis hebben. In de prestatiestructuur auditief/communicatief wordt de zorg geleverd in zorgclusters 1 en 2 bekostigd via integrale (traject)prestaties. Zorgclusters 3 t/m 10 zijn samengenomen en kennen twee passende integrale prestaties per uur. De in totaal 9 prestaties geven ruimte voor eventuele doorontwikkeling. Figuur 4 biedt een totaaloverzicht van de nieuwe prestatiestructuur.

Figuur 4. Overzicht prestatiestructuur auditief/communicatief



Bron: NZa

Voor de toeleiding naar zorgclusters 1, 2 of het derde zorgcluster (met daarin ter informatie subclusters 3 t/m 11) is het enkel noodzakelijk om de levensfase en type stoornis van een cliënt vast te stellen (zie tabel 3). De levensfase en type stoornis is objectief vast te stellen. Hiermee is een zuivere afbakening tussen de zorgclusters geborgd. Vervolgens kunnen onderliggende prestaties niet tegelijkertijd gedeclareerd worden.

Tabel 3. Afbakening zorgclusters auditief/communicatief

Zorgcluster	Afbakening	
	Stoornis	Levensfase
1	Doof/slechthorend	0 – 5 jaar
2	Taalontwikkelingsstoornis	
3	Doof/slechthorend	Vanaf 5 jaar
	TOS	
	Auditief en/of communicatief verstandelijk beperkt	Alle leeftijden
	Doofblind[6]	

Bron: NZa

Voor de toeleiding naar de prestaties binnen cluster 1 en 2 zijn beslisbomen opgesteld (dan wel in vergaande ontwikkeling) voor het toeleiden van cliënten binnen cluster 1 en 2 naar de passende prestatie. Hiermee is de afbakening van elk cluster en van elke prestatie binnen een cluster duidelijk.

Naast bovengenoemde toeleiding naar en afbakening van prestaties zijn door de sector voor het zorcluster 3 voor onderliggende subclusters 3 t/m 11 beslisbomen opgesteld waarmee duidelijk is in welk onderliggend cluster een cliënt hoort. De registratie van deze subclusters geeft inzicht in de (verwachte) omvang van de twee prestaties in zorgcluster 3. Dit vormt een goede basis om, indien wenselijk, in de toekomst de prestatiestructuur verder te kunnen aanscherpen of door te ontwikkelen en/of de zorg als sector verder te uniformeren.

[6] De sector visueel levert ook zorg aan doofblinden.

3.3 Prestaties auditief/communicatief

Per 1 januari 2020 kent de sector auditief/communicatief negen prestaties in plaats van vier. In deze paragraaf worden deze negen prestaties toegelicht.

Intake auditief/communicatief
In de prestatiestructuur is intake een afzonderlijke prestatie. Er zijn cliënten die niet direct na de intake starten met een zorgtraject, bijvoorbeeld omdat een groep pas een maand later start. Ook kan het voorkomen dat na de intake blijkt dat zorg elders passender is.
Er is onderzocht of de prestatie intake met één bedrag bekostigd kan worden. Vanwege de grote spreiding binnen deze prestatie hanteren we nu een uurtarief als declarabele eenheid voor deze prestatie. Eén oorzaak van de spreiding is de mate waarin het dossier van de cliënt zoals deze bij aanmelding beschikbaar is. Soms duurt het even voordat alle noodzakelijke informatie beschikbaar is wat ook impact heeft op de doorlooptijd van deze prestatie. Het is aan de sector om de waargenomen spreiding verder te duiden en waar nodig de inzet op intake met elkaar te uniformeren.

Vijf prestaties binnen zorgclusters 1 en 2
Zorgclusters 1 en 2 betreffen doof en slechthorende kinderen (cluster 1) en kinderen met een taalontwikkelingsstoornis (cluster 2) tot vijf jaar. De zorgvragen lijken, in vergelijking tot de andere clusters, relatief veel op elkaar qua intensiteit. In de behandeling van de kinderen binnen deze clusters wordt aangesloten bij de jonge levensfase en ontwikkeling die het kind doormaakt. Uit analyse is gebleken dat met het aanbrengen van een beperkte differentiatie voldoende homogeniteit ontstaat. Een grote onderscheidende factor in de intensiteit is of een cliënt een periode groepszorg ontvangt. Zowel het moment en de duur van de periode dat een cliënt groepszorg ontvangt is niet voor elke cliënt gelijk. Om passende bekostiging te realiseren is hier rekening mee gehouden. Daarom onderscheiden we prestaties voor zowel periodes van inclusief groepsbehandeling als periodes exclusief groepsbehandeling. Voor cluster 2 wordt dit aangevuld met een prestatie voor cliënten bij wie alleen indivuele behandeling toereikend is. Tezamen zijn er binnen deze clusters dus vijf prestaties.

Voor zorgcluster 2 geldt dat na de intake wordt bepaald of een bepaalde periode van groepsbehandeling nodig zal zijn of dat behandeling zonder een periode van groepsbehandeling toereikend is. Voor zowel zorgcluster 1 als 2 geldt dat in multidisciplinaire overleggen de behandeling respectievelijk iedere 6 maanden en 3 maanden wordt geëvalueerd, waarbij ook wordt bepaald of groepsbehandeling wel of niet in de komende periode wordt ingezet. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan van de cliënt. Op deze manier ontstaat er ruimte om groepsbehandeling in te zetten wanneer nodig.
Voor cluster 1 bestaat hiermee één zorgtraject:
- een zorgtraject gericht op behandeling van het kind en het systeem in combinatie met periode(s) van groepsbehandeling.

Voor cluster 2 bestaan hiermee 2 type zorgtrajecten:
- een zorgtraject gericht op behandeling van het kind en het systeem in combinatie met periode(s) van groepsbehandeling;
- een zorgtraject gericht op behandeling van het kind en het systeem, zonder dat ergens in het zorgtraject sprake is van groepsbehandeling.

Als declarabele eenheid voor bovenstaande prestaties is gekozen voor een periode van 28 dagen. Hiervoor is gekozen omdat 1) de zorg aan deze cliënten een relatief lange looptijd kennen 2) de intensiteit van de behandeling gedurende die looptijd wel fluctueert maar gemiddeld genomen wel rond een bepaalde hoeveelheid uur per periode beweegt.

Met deze periode van 28 dagen sluiten we aan bij de wijze waarop (op basis van zorginhoudelijke gronden) het zorgtraject gepland en uitgevoerd wordt en ondervangen we verschillen in looptijd tussen cliënten. Een periode van een maand bleek de grootste declarabele eenheid te zijn waarmee er voldoende recht gedaan werd aan verschillen tussen cliënten en de wijze waarop de zorg gepland wordt. Omdat een kalendermaand niet altijd even lang is en bij het hanteren van een kalendermaand er bij aanvang midden in een kalendermaand al een gebroken periode ontstaat is gekozen voor een periode van 28 dagen welke begint te tellen bij start zorg. Dit is analoog aan de systematiek die gehanteerd wordt binnen de medisch specialistische zorg (periodes van 120 dagen).

Met deze periode als declarabele eenheid komen we in grote mate tegemoet aan de uitgangspunten van integrale trajectbekostiging. Het bekostigen van het gehele traject in één prestatie zou betekenen dat deze een doorlooptijd kent van een jaar of langer. Dit is wat ons betreft onwenselijk vanwege verschillen in doorlooptijden, tussentijdse momenten waarin geen zorg geleverd wordt, uitstroom van cliënten, inzicht in kosten voor cliënt en zorgverzekeraar en liquiditeit van de zorgaanbieder. Met een declarabele eenheid van 28 dagen ontstaat, samen met het onderscheid in de vijftal prestaties, een passende bekostiging voor de zorg aan doof/slechthorende kinderen en kinderen met een taalontwikkelingsstoornis tot vijf jaar.

Deze manier van bekostigen vraagt wel om ‘spelregels’. Een belangrijke voorwaarde is dat een periode alleen in rekening gebracht mag worden als er daadwerkelijk zorg is geleverd. Hiermee wordt uitgesloten dat er periodes gedeclareerd worden waarin geen zorg geleverd is (bijvoorbeeld tijdens een vakantie). Dit vergroot de herkenbaarheid van de bekostiging. Om deze periodes zonder zorg uit te sluiten hanteren we een minimale hoeveelheid directe tijd als voorwaarde (een drempelwaarde van één uur). Dit is geen zorginhoudelijke minimale norm voor kwalitatief goede zorg. De zorginhoudelijke norm voor kwalitatief goede en doelmatige zorg moet de sector zelf vaststellen. De drempelwaarde van één uur is bepaald om periodes waarin geen zorg geleverd is of slechts een enkel contactmoment is geweest uit te sluiten. Omdat het langlopende trajecten beftreffen waarin er zo goed als continue zorg geleverd wordt is er niet voor gekozen voor een drempelwaarde van een grotere omvang. Dit past ook niet bij het doel dat wij beogen met de drempelwaarde.
Wij geven de prestatie in beginsel zo vorm dat de inzet in periodes dat er wel activiteiten zijn uitgevoerd voor een cliënt (direct of indirect) maar de drempelwaarde niet wordt gehaald bekostigd wordt in de periodes die wel in rekening gebracht mogen worden. Met andere woorden, de prestaties worden gebaseerd op alle uren die in de huidige bekostiging declarabel zijn.

Met deze manier van bekostigen ontstaat er continuïteit in de bekostiging. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld een keer ziek is en daardoor één of meerdere groepsbehandelingen mist heeft dit geen directe financiële consequenties. Doordat de prestaties meer gebaseerd

zijn op zorginhoud dan op bestede tijd ontstaat er meer ruimte voor ontwikkeling van de zorg en innovatie.
Bijvoorbeeld een innovatie waarmee tijd bespaard wordt, maar waarmee wel meer kosten gepaard gaan kan zonder problemen worden geïntroduceerd (bijvoorbeeld een e-healthmodule). Doordat niet een geheel traject in één keer wordt bekostigd, maar in periodes van 28 dagen worden verschillen in doorlooptijd ondervangen.

Met de vijf prestaties binnen cluster 1 en 2 wordt in de beoogde bekostiging meer dan 60% van de auditief/communicatieve sector door middel van een vorm van integrale trajectbekostiging in rekening gebracht.

Zorgcluster 3
Voor zorgclusters 3 geldt dat deze uit relatief kleinere aantallen van verschillende cliëntgroepen bestaan. Om de zorg voor deze in type zorgvraag sterk uiteenlopende groep cliënten goed te kunnen ondervangen zijn er naast de intakeprestatie twee prestaties opgesteld, namelijk 1) diagnostiek en behandelcoördinatie en 2) behandeling. Naast dat bekend is in welk zorgcluster een cliënt zit, wordt op deze manier inzichtelijk hoeveel zorg een cliënt ontvangt in diagnostiek en behandeling. Het onderscheid tussen de prestaties 'diagnostiek en behandelcoördinatie' en 'behandeling' is tevens gemaakt, omdat er sprake is van een verschillende inzet/FWG-mix en vooral ook sprake van verschil in declarabele indirect cliëntgebonden tijd (wel aan de orde bij prestatie 'diagnostiek en behandelcoördinatie', niet bij prestatie 'behandeling') waardoor de tarieven verschillen. De verschillen in subclusters bestaan voornamelijk uit een verschil in totale omvang (aantal uur zorg) en veel minder uit een verschil in kostprijs per uur. Omdat de totale omvang van de geleverde zorg binnen deze subclusters groot is konden we deze niet 'vangen' in een prestatie voor een geheel traject. En omdat de functiemix van de personen die de zorg leveren in deze subclusters niet veel van elkaar afwijkt (en daarmee ook de verwachte kostprijs per uur) volstaan twee uurtarieven voor alle subclusters.
Voor deze twee prestaties past een integraal uurtarief, vanwege de grote spreiding in benodigde zorg per type cliënt.
Hierbij is een grote stap in het vergroten van de herkenbaarheid dat alleen directe uren kunnen worden gedeclareerd en niet meer de indirecte declarabele uren. Hierdoor weet een cliënt precies wat er op de factuur komt te staan en is het voor een zorgverzekeraar makkelijker na te gaan of de zorg daadwerkelijk geleverd is. In de tarifering van de twee prestaties worden de kosten van de indirecte uren meegenomen, zodat ook de indirecte uren (via de directe uren) worden bekostigd. In de beschrijving van de voorwaarden van deze prestaties bekijken we in welke mate het mogelijk is ruimte te bieden voor e-health oplossingen.

Reistoeslag auditief/communicatief
Zie voor nadere uitleg paragraaf 3.8.

3.4 Wat verandert er voor de sector auditief/communicatief

Op dit moment kent de auditief/communicatieve sector vier prestaties (uurtarief auditieve beperking, uurtarief taalontwikkelingsstoornis, een uittoeslag en een prestatie voor verblijfskosten). Deze prestaties geven weinig inzicht in de inhoud van de zorg. Ook is een deel van de indirect patiëntgebonden tijd declarabel en is de reistijd niet afzonderlijk in rekening te brengen maar verwerkt in de generieke uurtarieven.

In de nieuwe prestatiestructuur passen de prestaties bij de zorg die geleverd wordt, hierdoor ontstaat er op basis van de declaratiegegevens meer inzicht in de geleverde zorg.
Het grootste gedeelte van de zorg (circa 60%) wordt op basis van dit advies, in tegenstelling tot nu, bekostigd middels trajectbekostiging in periodes van 28 dagen waarbij beter inzicht ontstaat in de verschillende cliëntgroepen.
Voor de overige zorg komt de mogelijkheid om indirecte cliëntgebonden tijd te declareren komt te vervallen. De uren die besteed worden aan indirect cliëntgebonden tijd worden bekostigd door een opslag op de directe cliëntgebonden tijd.
Dit vergroot de doelmatigheid, transparantie en controleerbaarheid voor zorgverzekeraar en cliënt. Voor de zorgaanbieder betekent dit een administratieve lastenverlichting omdat niet meer voor specifieke situaties indirecte tijd geschreven hoeft te worden. Voor specifieke cliëntgroepen blijft de mogelijkheid bestaan om maatwerk te leveren. De reistijd wordt niet meer in alle prestaties verwerkt, ongeacht of er gereisd wordt of niet, maar kan alleen in rekening gebracht worden als men ook daadwerkelijk heeft moeten reizen.
Ook de verblijfscomponent komt te vervallen. In de voorgestelde bekostiging valt de zorg onder de twee prestaties 'diagnostiek en behandelcoordinatie' en 'behandeling'. Er is dan geen afzonderlijke vergoeding meer voor de hotelmatige kosten. Dit is een wijziging ten opzichte van de eerder gedeelde concept prestatiestructuur. Vanwege de zeer geringe omvang in cliënten was het niet mogelijk om op basis van de registratie hier een passende prestatie voor te formuleren. Dit lijkt na overleg met brancheorganisaties en verzekeraars ook niet wenselijk/nodig. Door waar mogelijk het subcluster (11) vast te leggen is het in de declaratie duidelijk dat het om zorg met verblijf gaat.

3.5 Prestatiestructuur visueel

Binnen de sector visueel wordt behandeling geleverd aan mensen die blind, slechtziend of doofblind zijn. De gezamenlijke zoektocht heeft voor de sector visueel geleid tot een prestatiestructuur met vijf zorgclusters met onderliggend veertien prestaties. Het onderscheid in zorgclusters wordt gemaakt naar cliënten binnen een leeftijdscategorie (kind en jeugd of volwassenen). Binnen het cluster 'volwassene en systeem'is nog een verdere uitsplitsing gemaakt in, cliënten intensieve behandeling met verblijf en cliënten intermitterende behandeling. Tot slot het cluster visuele expertconsultatie voor cliënten die aangewezen zijn op WLz-zorg. In tabel 6 zijn de zorgclusters en afbakening weergegeven.

Binnen een zorgcluster is er sprake van één type declarabele eenheid. De zorgclusters drie en vijf worden bekostigd middels respectievelijk een bedrag per week of een bedrag per traject. Bij de overige zorgclusters passen, vanwege de verscheidenheid in zorgvragen, passende integrale uurtarieven gebaseerd op de directe cliëntgebonden uren het beste.

De prestatiestructuur heeft betrekking op alle zg-zorg in de Zvw onder de aanspraak zg. De aandoeningendiagnostiek (zorgprogramma's 1 en 2) vallen onder medisch specialistische zorg waarvoor vanaf 2019 overige zorgproducten (ozp's) gelden.

Tabel 4. Zorgclusters en afbakening prestatiestructuur visueel

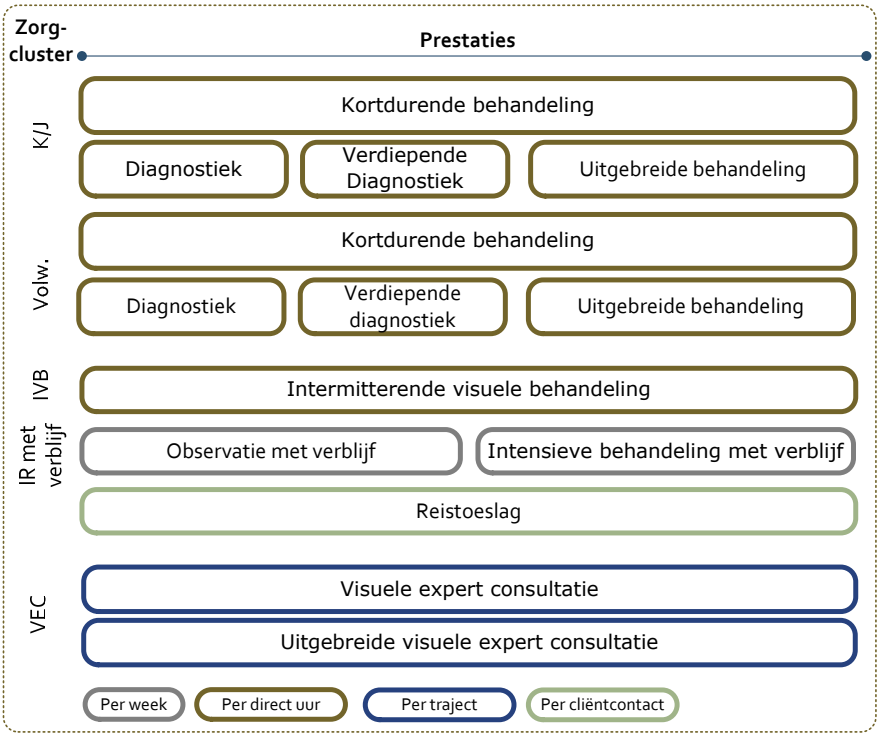
Zorgcluster	Afbakening
Kind & Jeugd en systeem	Leeftijd <18 jaar
Volwassene en systeem	Leeftijd >18 jaar
Intensieve behandeling met verblijf	Conform "indicatieprotocol criteria intensieve revalidatie"
Intermitterende behandeling	Complexe meervoudige problematiek met minstens twee bijkomende lichamelijke, psychische en/of sociale beperkingen. Intermitterende behandeling wordt altijd gecombineerd met andere zorg, bijvoorbeeld Specialistische begeleiding vanuit de WMO
Visuele expertconsultatie	Aangewezen op Wlz-zorg (niet zijnde zg-indicatie)

Bron: NZa

Binnen de zorgclusters kind en jeugd en systeem en volwassenen en systeem start ieder traject met een intake/hulpvraagverduidelijking. Op basis van de hulpvraagverduidelijking wordt besloten welke prestatie van toepassing is. Bij bekende cliënten en heraanmeldingen is er vaak sprake van een kortdurende behandeling. Bij uitgebreide hulpvragen, complexe situaties en cliënten die zich voor het eerst aanmelden zal gestart worden met diagnostiek, waarna verdiepende diagnostiek en/of uitgebreide behandeling kunnen volgen.

De intake/hulpvraagverduidelijking wordt vanwege de zeer beperkte omvang in uren die hieraan besteed worden, gedeclareerd door middel van de prestatie die volgt op de intake. (diagnostiek of behandeling).
In iedere fase/prestatie ligt de nadruk op diagnostiek of behandeling, wat invloed heeft op de hoogte van het bijbehorende directe uurtarief.
Belangrijke voorwaarden zijn dat men in de declaratie niet mag wisselen tussen kortdurende behandeling en een uitgebreider zorgtraject en dat men in een zorgtraject niet terug kan naar een eerdere fase (van bijvoorbeeld behandeling naar verdiepende diagnostiek).

Figuur 8. Overzicht prestatiestructuur visueel



Bron: NZa

Met deze prestatiestructuur wordt bij de zorginhoud gebleven doordat de prestaties aansluiten bij de wijze waarop de zorg is vormgegeven (revalidatiemodel). De uitkomsten van de diagnostiek en/of behandeling worden in een multidisciplinair overleg beoordeeld. Het multi disciplinair overleg fungeert als het beslismoment binnen het zorgtraject van de cliënt. Op basis hiervan worden met de cliënt afspraken gemaakt over het vervolg of afronding van het traject.
Voor alle zorgclusters bieden de prestaties de mogelijkheid voor iedere cliënt een (in zorgzwaarte) passend traject te doorlopen. Voor de twee grootste clusters 'kind en jeugd en systeem' en 'volwassenen en systeem' kan het traject bestaan uit de bouwstenen 'behandeling', 'diagnostiek', 'verdiepende diagnostiek' en/of 'uitgebreide behandeling. Doordat het zorgtraject in de declaratie wordt opgebouwd uit bovenstaande prestaties ontstaat er meer inzicht in het doorlopen zorgtraject van iedere cliënt.

De prestatiestructuur geeft hiermee de ruimte en de prikkel om in de toekomst als sector een steeds passender antwoord te bieden op de verscheidenheid aan hulpvragen.

3.6 Prestaties visueel

Per 1 januari 2020 kent de sector visueel veertien prestaties in plaats van drie. In deze paragraaf worden deze prestaties toegelicht.

Kortdurende behandeling
Als bij de intake/hulpvraagverduidelijking blijkt dat het een bekende cliënt of heraanmelding betreft, het visueel functioneren bekend is en er geen belemmerende externe en persoonlijke factoren spelen kan veelal gelijk met de behandeling worden gestart. Het gaat hierbij om cliënten

die met een relatief kleine (multidisciplinaire) inzet van een combinatie van diagnostiek en behandeling geholpen zijn en hulpvragen die binnen een beperkte doorlooptijd te behandelen zijn. De vragen doen zich over het algemeen voor ten gevolge van (kleine) wijzigingen in de omgeving van de cliënt. Omdat het visueel functioneren bekend is, is er alleen diagnostiek nodig die gericht is op de hulpvraag binnen het betreffende ICF-domein. Met deze prestatie wordt voorkomen dat cliënten die bekend zijn bij de instelling en bekend zijn met hun eigen beperkingen het hele traject van basisdiagnostiek, eventueel verdiepende diagnostiek en uitgebreide behandeling hoeven te doorlopen. In de uitwerking van de criteria en 'spelregels' bij deze prestatie wordt aangesloten bij de bestaande afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over deze zorgvragen en heraanmeldingen waarvoor geen aparte verwijzing noodzakelijk is.
Deze prestatie zorgt ervoor dat er ruimte ontstaat om cliënten snel te helpen (het uurtarief is gebaseerd op een iets zwaardere functiemix dan de behandelprestatie).

Diagnostiek voor kind en jeugd en volwassenen
Bij nieuwe cliënten en cliënten met uitgebreide hulpvragen en/of bijkomende problematiek wordt op basis van de intake / hulpvraagverduidelijking gestart met diagnostiek. De diagnostiek, waar ook het onderzoek naar het inzicht in het visueel functioneren deel uitmaakt, is gericht op het in zicht krijgen wat nodig is om de hulpvragen te beantwoorden. De diagnostiek wordt afgerond met een multidisicplinair evaluatiemoment waarin met de cliënt afspraken over het vervolg worden gemaakt. Door deze diagnostiek als afzonderlijke prestatie op te nemen ontstaat er inzicht en mogelijkheid tot sturing op het zo doelmatig leveren van de diagnostiek die nodig is om het visueel functioneren van en/of de mogelijkheden tot activiteiten en participatie van de cliënt en/of invloed van bijkomende problematiek en belemmerende factoren in kaart te brengen. Op termijn, na verdere uniformering in de sector, kan deze prestatie wellicht doorontwikkelen tot een prestatie waarvoor één bedrag in rekening gebracht kan worden.

Verdiepende diagnostiek voor kind en jeugd en volwassenen
Na de diagnostiek kan het nodig zijn om verdiepende diagnostiek uit te voeren om de belemmerende en persoonlijke factoren, het visueel, (neuro)psychisch en sociaal functioneren van en/of de mogelijkheden tot activiteiten en participatie van de cliënt in kaart te brengen en te vertalen naar een behandelplan. In de fase van verdiepende diagnostiek vindt enkel diagnostiek plaats. Ook deze fase wordt afgerond met een multidisciplinair overlegmoment. Op het moment dat er directe tijd wordt geschreven op behandeling, start de volgende fase en daarmee een andere prestatie.

Om te voorkomen dat er ongewenste prikkels ontstaan en omdat de functiemix voor beide prestaties in grote mate overeenkomt is ervoor gekozen om voor zowel basis als verdiepende diagnostiek hetzelfde uurtarief te hanteren.

Uitgebreide behandeling
Uitgebreide behandeling richt zich op dezelfde behandeldoelstellingen als kortdurende behandeling. Aanvullend kan de uitgebreide behandeling zich ook richten op het psychisch leren omgaan met de visuele beperking. De aanpak ten bate van het bereiken van de doelstellingen verschilt omdat er rekening gehouden moet worden met belemmerende factoren en bijkomende problematiek.

Verblijf - Observatie
De visuele functies, externe en persoonlijke factoren, de mogelijkheden tot activiteiten en participatie worden tijdens het verblijf in kaart gebracht en met de cliënt vertaald in een behandelplan op basis waarvan gestart kan worden met:
- intensieve behandeling met verblijf;
- uitgebreide behandeling.

Verblijf – Intensieve behandeling
De intensieve behandeling met verblijf is gericht op cliënten met vragen op meerdere ICF levensgebieden, visueel functioneren, belasting en belastbaarheid en gedrag. De cliënt komt op basis van het 'Indicatieprotocol criteria intensieve behandeling (met tijdelijk verblijf)' in aanmerking voor verblijf. De visuele functies, de eventuele bijkomende problematiek en belemmerende factoren zijn bekend. Deze factoren hebben een belemmerende invloed op het verloop van de behandeling. De mogelijkheden tot activiteiten en participatie zijn in kaart gebracht. Het bereiken van de behandeldoelstellingen vraagt een multidisciplinaire aanpak van drie tot vijf dagen verblijf per week, waarin systematisch en in samenhang gewerkt wordt aan het realiseren van de doelstellingen. Per zes weken wordt in een multidisciplinair overleg met de cliënt, de voortgang in de behandeling doorgenomen en worden vervolgstappen bepaald.

Intermitterende behandeling
De prestatie omvat behandeling (Zvw) in combinatie met specialistische begeleiding[7] vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De begeleiding en behandeling gaan hand in hand. De begeleiding is gericht op het behoud van zelfstandigheid en het voorkomen of beperken van isolement en overlast. De behandeling heeft een intermitterend karakter en zorgt ervoor dat de cliënt zelfstandig kan blijven wonen en functioneren. Waar mogelijk wordt de zelfstandigheid vergroot. Verdere achteruitgang, maatschappelijk ontsporen en overlast worden voorkomen en de cliënt kan uit een (gedwongen) intramurale setting worden gehouden. Het gevoel van veiligheid en de draagkracht van de cliënt (opgebouwd via specialistische begeleiding in de Wmo) is voldoende om in combinatie daarmee te starten met behandeling. De reguliere begeleiding- en behandelaanpak die nodig is voor de behandeling van de bijkomende problematiek kan niet toegepast worden vanwege de visuele beperking. Omdat de reguliere compensatiemogelijkheden voor deze problematiek niet gebruikt kunnen worden door cliënt, is deze extra kwetsbaar.

Visuele expertconsultatie
Bij het zorgcluster Visuele expertconsultatie (VEC) gaat het om de cliënten die aangewezen zijn op Wlz-zorg (niet op basis van een zg-indicatie) waarbij de behandelend arts heeft geconstateerd dat sprake is van visuele problematiek en waarbij door de complexe situatie van de cliënt vragen bestaan over het visueel functioneren die niet door de behandelend arts te beantwoorden zijn.
De visuele functies, de bijkomende problematiek en belemmerende factoren worden in kaart gebracht en vertaald in een advies over:
- de wijze waarop het professionele cliëntsysteem hun handelen, kan aanpassen/afstemmen op de visuele beperking;
- de visuele hulpmiddelen waarover de cliënt dient te beschikken;

[7] Conform 'Overeenkomst Landelijke Inkoopafspraken Specialistische Ondersteuning Wmo ZG 2019-2020'.

– de aanpassing van de fysieke omgeving van de cliënt zodat de cliënt zo min mogelijk belemmerd wordt door de visuele problematiek.

Uit de analyse van de data en gesprekken met zorgprofessionals blijkt dat deze trajecten een hoge mate van homogeniteit kennen en het daarom zeer goed mogelijk is een prestatie te maken met één bedrag per traject. Binnen het VEC-zorgcluster zijn er twee prestaties, 'basis' en 'uitgebreid'. Bij het gros van de cliënten volstaat de basisinzet. Het gaat hierbij tenminste om de inzet van het onderzoek naar het visueel functioneren en advies aan de cliënt/instelling. Gedurende het traject kan worden bepaald of er sprake moet zijn van een uitgebreid traject waarbij veelal de inzet van een gedragswetenschapper vereist is. Hiervoor geldt een hoger tarief voor het volledige uitgebreide traject.

Reistoeslag visueel
Zie voor nadere uitleg paragraaf 3.8.

3.7 Wat verandert er voor de sector visueel

Op dit moment kent de visuele sector drie prestaties (uurtarief visuele beperking, een uittoeslag en een prestatie voor verblijfskosten). Deze prestaties geven weinig inzicht in de inhoud van de zorg. Ook is een deel van de indirect cliëntgebonden tijd declarabel en is de reistijd niet afzonderlijk in rekening te brengen maar verwerkt in het uurtarief. De mogelijkheid om indirecte cliëntgebonden tijd te declareren komt te vervallen. De uren die besteed worden aan indirect cliëntgebonden tijd worden vergoed door een opslag op de directe cliëntgebonden tijd. Dit vergroot de doelmatigheid, transparantie en controleerbaarheid voor zorgverzekeraar en cliënt. In de nieuwe prestatiestructuur passen de prestaties bij de zorg die geleverd wordt. Hierdoor ontstaat op basis van de declaratiegegevens veel meer inzicht in het zorgtraject dat iedere cliënt doorloopt en het type zorg dat wordt geleverd. Voor de visuele sector wijzigt het volgende:

– Het huidige uniforme uurtarief wordt gewijzigd in:
– passende integrale uurtarieven voor prestaties binnen de zorgclusters 'kind/jeugd en systeem', 'volwassenen en systeem' en intermitterende behandeling;
– twee integrale trajecttarieven binnen het zorgcluster visuele expertconsultatie;
– twee integrale trajecttarieven binnen het zorgcluster intensieve behandeling met verblijf;
– De opslag reistijd binnen het huidige tarief en de toeslag contact buiten instelling worden omgezet naar een integraal tarief voor reizen van en naar de cliënt. Het integrale tarief is een uittoeslag waarmee reistijd en reiskosten worden bekostigd;
– Alleen directe tijd is declarabel.

3.8 Prestaties reistoeslag auditief/communicatief en visueel

Binnen de zintuiglijk gehandicaptenzorg is reizen naar een cliënt een belangrijk aspect. Inherent aan de zg-zorg is namelijk dat dit veelal plaatsvindt in de eigen omgeving van de cliënt. Daarnaast speelt een rol dat het vaak efficiënter is wanneer de zorgaanbieder reist in plaats van de cliënt omdat de cliënt vanwege zijn/haar beperking niet altijd zelfstandig naar de zorgaanbieder kan reizen. Hierdoor is het van belang reiskosten en reistijd in de prestatiestructuur een plek te geven. In de huidige bekostiging bestaat er een uittoeslag zorgverlener. De uittoeslag

zorgverlener is een prestatie ten behoeve van de bekostiging van de vervoerskosten van een zorgverlener. Hiermee wordt de reistijd van de zorgprofessional niet in rekening gebracht. Met andere woorden, voor ieder uur dat gedeclareerd wordt ontvangt iedere instelling ook een vergoeding voor reistijd, ongeacht of er daadwerkelijk gereisd wordt. Het wordt wat ons betreft passender en doelmatiger als ook de reistijd van de zorgverlener in een afzonderlijke prestatie wordt opgenomen.

De prestatie reistoeslag zorgverlener bestaat dan uit één prestatie voor de vervoerskosten én de reistijd van de zorgverlener. Door het onderbrengen van deze twee elementen in één prestatie is er sprake van integrale bekostiging van de reiskosten. Deze prestatie wordt gebaseerd op de kosten van die functionarissen die ook daadwerkelijk reizen. Hiermee ontstaat een passende bekostiging voor de reistijd.
De reistoeslag zorgverlener bestaat daarmee uit een bekostiging voor de vervoerskosten en reistijd van de zorgverlener die behandeling levert aan een patiënt op een adres niet zijnde de locatie van de zorgaanbieder. Hiervoor wordt één gemiddelde prestatie (gebaseerd op de gemiddelde reisfunctiemix voor iedere deelsector) bepaald die in beginsel per patiënt één keer per dag (waarop er behandeling plaats vindt) gedeclareerd mag worden.

4. Meerwaarde voor de cliënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar

4.1 Het goede inkoopgesprek

De beoogde bekostiging faciliteert het goede inkoopgesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder op basis van zorginhoud en kwaliteit van zorg. De administratieve lasten van de nieuwe structuur zijn zo laag mogelijk gehouden en de prestatiestructuur past bij de wijze waarop de zorg wordt geleverd. Hiermee wordt voorzien in voldoende differentiatie van prestaties waardoor de bekostiging past bij de kosten die gemaakt worden. De bekostiging levert hiermee zodanige tarieven dat deze redelijkerwijs kostendekkend zijn voor de zorg die geleverd wordt, waardoor toegankelijke en kwalitatief goede zorg geleverd kan worden. Ook worden hiermee betere prikkels voor doelmatige zorg zowel op intensiteit (hoeveelheid zorg), doorlooptijden efficiënt inzetten van indirect cliëntgebonden tijd geintroduceerd.
Omdat dicht bij de zorginhoud gebleven is en de prestatiestructuur in gezamenlijkheid ontwikkeld is, vormt de beoogde prestatiestructuur een goede basis voor zorginhoudelijke doorontwikkeling en verdere uniformering in de twee sectoren. Hiermee wordt de ruimte en de prikkel gecreëerd om in de toekomst als sector een steeds passender antwoord te bieden op de verscheidenheid aan hulpvragen. Hiermee biedt deze bekostiging een meerwaarde voor cliënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

4.2 Beoogde bekostiging in relatie tot de uitgangspunten

In paragraaf 1.3 zijn de eisen en uitgangspunten genoemd waaraan de nieuwe bekostiging van de zg-sector moet voldoen. Per punt zal aangegeven worden op welke wijze dit advies tegemoet wordt gekomen aan de eisen en uitgangspunten.

Herkenbaarheid (voor cliënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar)
De nieuwe prestaties zijn herkenbaar voor cliënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Elke prestatie sluit aan bij het zorgtraject die de cliënt doorloopt en is gebaseerd op cliëntkenmerk, hulpvraag en beantwoording van de hulpvraag. Een langlopend zorgtraject zoals voor jonge kinderen met een taalontwikkelingsstoornis kent een trajectbekostiging opgebouwd uit prestaties met een periodes van 28 dagen. De cliënt kan eenvoudig raadplegen welke prestaties van toepassing zijn en wat de kosten zijn, zodat inzicht in de benutting van het eigen risico duidelijk wordt.
Door de differentiatie in prestaties en tarieven wordt de herkenbaarheid sterk vergroot. Daarbij kunnen, in het geval van prestaties per uur, alleen nog maar de directe uren in rekening worden gebracht. Hierdoor herkent een cliënt de in rekening gebrachte uren.

Ruimte voor bekostiging van innovatie en ruimte voor flexibiliteit (maatwerk)
De gekozen prestatiestructuur laat toe dat binnen de eenheden van bekostiging invulling gegeven kan worden aan de wijze waarop de zorg geleverd kan worden. Trajectbekostiging in de vorm van 28 dagen geeft een ruime mate van flexibiliteit aan zorglevering. Verschillende zorgvormen zijn mogelijk (individueel, groepszorg). Een gedifferentieerd

uurtarief dat gericht is op de inhoud van de prestatie en de cliënt kenmerken zorgt ervoor dat er maatwerk geleverd kan worden.
Voor zowel trajectbekostiging als een gedifferentieerd uurtarief geldt dat die bij de instelling gegeven kan worden of op een locatie buiten de instelling (bijv. thuis of op kinderdagverblijf)d. Mocht er sprake zijn van verblijf dan voorziet de prestatiestructuur hier ook in.
Trajectbekostiging en een gedifferentieerd uurtarief bieden ruimte voor innovatie doordat verschillende vormen van zorglevering mogelijk zijn: face-tot-face, telefonisch en elektronisch of in groepsverband.
Een andere mogelijkheid om enige flexibiliteit in de bekostiging te brengen en aanvullend ruimte te bieden voor toekomstige ontwikkelingen is de introductie van een max-maxtarief voor de zg-sector. Dit houdt in dat de maximum tarieven met maximaal 10% kunnen worden verhoogd als dat is vastgelegd in een contract met de zorgverzekeraar. Hiermee ontstaat meer ruimte om nieuwe ontwikkelingen zoals bepaalde vormen van e health en innovatie te faciliteren. In de 'Wegwijzer bekostiging e-health voor 2019: overzicht per zorgsector[8]' wordt voor de zintuiglijk gehandicaptenzorg als voorbeeld voor e health de online module genoemd: De zorgaanbieder kan een online module inzetten als onderdeel van de behandeling van kinderen met een taalontwikkelingsstoornis. Normaliter gaan ouders als onderdeel van een behandeltraject tweemaal naar een groepssessie. De online module maakt het mogelijk één sessie te vervangen. Partijen kunnen de ruimte in het maximumtarief benutten om de kosten van deze online module te dekken. Dit geldt ook voor andere vormen van e-health en innovatieve behandelmethoden.
Sommige nieuwe ontwikkelingen vallen echter niet onder een zorgprestatie. Om het mogelijk te maken innovaties in de praktijk uit te proberen, heeft de NZa de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten[9] vastgesteld. Een experiment kan bijvoorbeeld gericht zijn op een nieuwe manier van leveren van zorg, met een betere prijs/kwaliteitverhouding. Maar het kan ook gaan over een efficiëntere organisatie van de zorg, het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de cliënt of een vernieuwende bekostigingswijze.

Beperkt aantal prestaties op een hoger (abstractie)niveau
Er is sprake van een beperkt aantal prestaties. Voor visueel en auditief/communicatief gaat het om respectievelijk 13 en 8 prestaties aangevuld met een reisprestatie voor iedere sector. Ten tijde van het uitbrengen van dit advies wordt onderzocht hoe de verschillende prestaties (trajectbekostiging, uurtarief en verblijf) in te passen zijn in de huidige zorginkoop en declaratieverkeer tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Om het afzonderlijke verrichtingen betreft en er niet noodzakelijkerwijs veel aanvullende informatie gedeclareerd hoeft te worden voor een goede werking van het bekostigingsmodel verwachten wij hier geen problemen. De mate waarin informatie over de geleverde zorg in het declaratieverkeer kan worden opgenomen (en dan met name in huidige declaratiestandaard) wordt nader onderzocht in overleg met zorgverzekeraars. In zijn algemeenheid kan worden gezegd dat hoe verder in prestaties gedifferentieerd wordt naar verschillende type cliënten en zorgvragen/zorgzwaarten, des te transparanter, herkenbaarder en passender de prestaties worden. Dit betekent dat het een uitruil betekent tussen veel van de overige eisen en wensen zoals bijvoorbeeld een doelmatige en eerlijke prijs.

Doelmatige en eerlijke prijs

[8] Zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_240745_22/2/
[9] Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten - BR/REG-19158

Het vergroten van het aantal prestaties betekent een beter passende bekostiging voor de geleverde zorg (eerlijke prijs).

De doelmatigheid wordt vergroot door de normatieve werking van het alleen in rekening kunnen brengen van directe uren en de prestaties waarvoor één bedrag in rekening kan worden gebracht. Ook betekent de beoogde bekostiging dat reistijd slechts bekostigd wordt als er ook daadwerkelijk gereisd wordt in plaats van een opslag in alle geleverde uren. Door de beoogde prestatiestructuur ontstaat er meer inzicht in wat nu precies aan zorg wordt geleverd. Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieder beter met elkaar vergelijken om zodoende het gesprek over de prijs en kwaliteit te voeren.

Aandacht voor herkenbare doorlooptijd van de prestaties
Allereerst hebben we ervoor gezorgd dat alle prestaties een acceptabele en herkenbare doorlooptijd hebben. Door de verdere differentiatie en de opbouw van de prestatiestructuur ontstaat er zicht op (specifiekere) cliëntgroepen. Hierdoor ontstaat er met de tijd ook zicht op de zorg geleverd aan deze groepen en op de doorlooptijden.

Wij willen naast de prestatiestructuur ook een informatieproduct opleveren. In het informatieproduct wordt de ingezette functiemix, gemiddelde of meest voorkomende doorlooptijd (duur zorgtraject) en omvang van de prestaties beschreven en de spreiding binnen de prestaties. Dit informatieproduct wordt vooraf aan publicatie afgestemd met SIAC/VIVIS. De informatie uit het informatieproduct kan vergeleken worden met de informatie uit het declaratieverkeer. Wanneer cliënten bijvoorbeeld relatief een langere doorlooptijd hebben dan gebruikelijk kunnen zorgverzekeraar en zorgaanbieder hierover in gesprek.

Aandacht voor doelgroepen met een beperkt aantal patiënten
In de beoogde bekostiging valt geen enkele cliënt binnen de aanspraak zg buiten de boot. Wij hebben gekozen voor grotere declarabele eenheden (week of periode van 28 dagen) als dit paste. Door voor een deel van de zorg te kiezen voor een passend integraal uurtarief, is er de flexibiliteit om die zorg te leveren die nodig is, ook voor hele specifieke cliëntgroepen/hulpvragen.

Kostenbeheersing en tegengaan ongewenste prikkels/gedrag
In de prestatiestructuur zijn de volgende onderdelen verwerkt die de kosten beheersen en ongewenste prikkels tegengaan:
Het multidisciplinair overleg is niet declarabel. Alleen directe contacttijd is declarabel. Doordat het mdo en de indirect cliëntgebonden tijd ten behoeve van het opstellen van een behandelplan niet afzonderlijk gedeclareerd kan worden maar in het tarief is verwerkt die middels directe tijd in rekening wordt gebracht, is er een prikkel om efficiënt en doelmatig te werken. De herkenbaarheid richting de cliënt wordt vergroot doordat alleen directe tijd in rekening wordt gebracht en niet tijd waar de cliënt niet bij aanwezig was en geen zicht op heeft.
Voor een groot deel van de zorg is er sprake van trajectbekostiging. Hierdoor is er geen prikkel om meer uren te leveren/declareren dan nodig. Een potentieel negatieve prikkel die hiermee geintroduceerd wordt is het zo plannen van de zorg dat een aanvullende periode in rekening gebracht kan worden met minimale inzet. Dit betreft echter een klein deel van de zorg (alleen de staart van een zorgtraject). De volledige periode wordt gefactureerd aan de klant waardoor zorgaanbieders gemotiveerd zijn om ‘gevulde’ periodes in rekening te brengen. Op de langere termijn werkt het extra declareren van periodes averechts omdat dit tot consequentie heeft dat het tarief van de prestatie omlaag

bijgesteld moet worden. Zorgverzekeraars kunnen bij een stijging of afwijkende
Door de differentiatie in het uurtarief is voor de zorgverzekeraar mogelijk om zorgaanbieders onderling te vergelijken.
De prestatiestructuur maakt het mogelijk om verschillen in doorlooptijd en hoeveelheid zorg te constateren en te duiden. Bij toekomstige kostenonderzoeken kunnen deze afgezet worden tegen de gemaakte kosten.

Naast de eisen en uitgangspunten zijn in het bestuurlijk overleg van 26 april 2018 de navolgende hoofdlijnen benoemd.

Integrale bekostiging

Voor visuele expert consultatie (traject), observatie/behandeling met verblijf (week) en binnen de sector auditief/communicatief kind 0- 5 jr. TOS en Doof/SlechtHorend (28 dagen) vindt de bekostiging plaats op basis van integrale trajecten/perioden waarbij alle diagnostische en behandelactiviteiten gegeven de zorgvraag/diagnose en eventuele bijkomende kenmerken van de cliënt onderdeel zijn van één prestatie. De overige prestaties worden bekostigd middels een passend integraal uurtarief.
Het merendeel van de zorg wordt bekostigd op basis van integrale prestaties in de vorm van perioden en trajecten.

Bekostiging op basis van inhoud en niet op basis van tijd

In de beoogde prestatiestructuur speelt niet de ingezette tijd, maar spelen inhoudelijke aspecten een rol in de afleiding naar de prestaties. De hulpvraag, cliëntkenmerken en het zorgtraject/zorgprogramma bepalen welke prestatie in rekening gebracht wordt.

Baseren op een bestaand bekostigingssysteem

In de Zvw wordt de zorg (veelal) gefinancierd door afzonderlijke verrichtingen of middels een dbc (diagnose-behandelcombinatie). Uitgangspunt van een dbc is dat op basis van de diagnose de behandeling wordt gekozen en er sprake is van een all-in tarief op basis van de behandeling. Dit verondersteld dat elke diagnose een vaste behandelduur en intensiteit heeft. In de praktijk blijkt dit niet altijd op te gaan, zie geestelijke gezondheidszorg en geriatrische revalidatiezorg. Bij een langere behandelduur komt men in een volgende dbc, dbc's worden geclassificeerd naar behandelduur. De bekostiging wordt dan gebaseerd op tijd. Voor de zg is het niet de bedoeling dat afleiding naar prestaties gebaseerd wordt op tijd. Indien een zuivere dbc-systematiek, waarbij er sprake is van een vast bedrag per dbc ongeacht bestede tijd, niet haalbaar is voor de zg heeft het niet de voorkeur om voor de zg een dbc systematiek te introduceren die afhankelijk is van het schrijven van tijd. Wij hebben daarom, in overleg met betrokken partijen, specifiek voor de zg een passende prestatiestructuur ontwikkeld waarin door middel van verrichtingen zicht ontstaat op het doorlopen zorgtraject. De elementen van de beoogde bekostiging komen overeen met bestaande bekostigingssystemen maar vertegenwoordigen niet één bestaand bekostigingssysteem. Doordat gewerkt wordt met afzonderlijke verrichtingen kunnen deze theoretisch relatief eenvoudig doortoetreders worden gedeclareerd.

Uniforme toepassing op alle doelgroepen

De prestatiestructuur wordt uniform toegepast voor alle doelgroepen (visueel, auditief, taalontwikkelingsstoornis) waaraan zg-zorg geleverd wordt. Het is wel zo dat er een variatie is in declarabele eenheid (uur, traject en kalenderweek verblijf), maar deze is van toepassing voor specifieke zorg en doelgroepen. Het was vanuit de data niet mogelijk om

één type declarabele eenheid te hanteren. Om toch een groot deel van de zorg te vangen in trajectprestaties is ervoor gekozen om te differentieren in declarabele eenheid. Mocht dit wel de wens zijn voor zorg die nu middels een gedifferentieerd uurtarief wordt bekostigd, dan zal hier in de toekomst naar toe moeten worden gewerkt.

Invoering nieuwe bekostiging is macro budgetneutraal

In de bepaling van de beoogde prestatiestructuur hebben wij niet normerend opgetreden. Dit betekent dat wij de prestaties zo vorm gegeven hebben dat er macro gezien, bij gelijkblijvende zorgvraag er net zoveel uren zorg in rekening gebracht worden dan het geval zou zijn in de huidige bekostiging.

4.3 Conclusie uitgangspunten

Uit bovenstaande analyse blijkt dat de voorgestelde prestatiestructuur in grote mate voldoet aan de gestelde eisen en uitgangspunten. Bij elke afweging is een balans gezocht tussen werkbaarheid en eenvoud (en daarmee zo laag mogelijke administratieve lasten), de juiste prikkels en herkenbaarheid en transparantie. Wij zijn van mening dat wij hierin samen met alle betrokkenen de best passende balans in hebben gevonden.

5. Kengetallen en herverdelingseffecten van de beoogde bekostiging

5.1 Ruimte daar waar het nodig is

De voorgestelde manier van bekostigen kent een paar oorzaken die de middelen in de sector anders verdelen:

- Er zijn prestaties waarbij afgestapt is van een tarief per uur. Voor het bepalen van het tarief voor deze prestaties wordt uitgegaan van de gemiddelde inzet (direct en indirect) voor die prestatie. Dit leidt tot een effect per instelling als men gemiddeld afwijkt van dat sectorgemiddelde.
- Door de declarabele eenheid te baseren op enkel directe cliëntgebonden tijd, kunnen verschillen in de verhouding tussen directe en indirect cliëntgebonden tijd gaan leiden tot een andere verwachte impact voor iedere instelling;
- Door differentiatie in clusters en prestaties, kunnen verschillen in de mix aan ingezette behandelaren (FWG-mix) leiden tot een andere verwachte impact voor iedere instelling. Dit is nu ook al het geval, want als een instelling verhoudingsgewijs een zwaardere FWG-mix inzet dan ondervindt zij daar nu ook al een nadeel van.

Bovenstaande drie effecten worden voor de sectoren auditief/communicatief en visueel inzichtelijk gemaakt.

De effecten van de voorgestelde bekostiging worden vanuit twee invalshoeken toegelicht. Allereerst presenteren we een aantal kengetallen voor alle prestaties binnen de voorgestelde bekostiging (paragraaf 5.2 en 5.3). Vervolgens brengen we in beeld wat de verwachte effecten zijn voor de afzonderlijke aanbieders (paragraaf 5.4).

Vanwege het lage aantal zorgaanbieders is ervoor gekozen om de effecten op hoofdlijnen weer te geven, zodat voorkomen wordt dat waarden eenvoudig te herleiden zijn naar individuele zorgaanbieders.

In de analyses in dit hoofdstuk zijn alle recente doorontwikkelingen van de prestatiestructuur, zoals de prestatie reistoeslag meegenomen.
Er is één instelling geweest die laat in het proces een correctie op de reistijd heeft aangeleverd. Deze correctie is al wel verwerkt in dit hoofdstuk, maar kan na extra controle nog leiden tot een zeer minimale verschuiving in de getoonde effecten. Indien dit het geval is, is dat van dusdanige orde dat dit de conclusies geenzins zal beinvloeden.

5.2 Kengetallen prestaties auditief/communicatief

In tabel 7 hebben we voor alle prestaties de kengetallen gepresenteerd op basis van de aangeleverde productiegegevens over 2017. Naast onderstaande kengetallen waarin de volumes voor 2017 per prestatie zijn weergegeven zijn wij voornemens om in het eerder genoemde nog op te stellen informatieproduct zaken als functiemix, spreiding tussen cliënten en doorlooptijden nader uitgewerkt.

In de eerste twee kolommen staat het cluster en de beoogde prestatie per 2020 beschreven. Daarnaast zijn nog vijf kengetallen opgenomen:

- Aantal declarabele eenheden *of uren*: het aantal declarabele eenheden voor de clusters 1 en 2 en het aantal direct declarabele uren voor de cluster 3, de intake en de reistoeslag. Genoemde

aantallen zijn gebaseerd op de productiegegevens over geheel 2017;
- Aantal uren per *declarabele eenheid (sector)*: gemiddelde declarabele tijd per cliënt (in uren) per 28 dagen binnen de clusters 1 en 2. De declarabele tijd is opgebouwd uit de direct declarabele en de indirect declarabele tijd;
- Aandeel in productiewaarde: aandeel van elke afzonderlijke prestatie in het totale kostenbelag van de sector. Hiervoor is gebruikgemaakt van de concept kostprijzen over boekjaar 2017;
- Aantal instellingen: het aantal instellingen dat de betreffende prestatie heeft geleverd.

Tabel 5. Kengetallen prestatiestructuur auditief/communicatief

Cluster	Prestatie	Aantal declarabele eenheden of uren (sector)	Aantal uren per declarabele eenheid (sector)	Aandeel in Productiewaarde	Aantal instellingen
	Intake	7.091		3,2%	10
1	Kind en systeem incl. groepsbehandeling	2.189	20,45	5,3%	6
1	Kind en systeem excl. groepsbehandeling	3.386	5,20	2,4%	8
2	Kind en systeem incl. groepsbehandeling	16.110	28,81	51,4%	6
2	Kind en systeem excl. groepsbehandeling	324	4,73	0,2%	6
2	Kind en systeem individueel	1.444	7,55	1,5%	6
3	Diagnostiek en behandelcoördinatie	24.183		17,5%	9
3	Behandeling	147.642		14,6%	9
	Reistoeslag zorgverlener	36.884	0,87	3,8%	10
Totaal				**100,0%**	

Bron: NZa

Alle prestaties in de beoogde bekostiging worden door minimaal zes van de tien actieve zorgaanbieders geleverd. Met de vijf prestaties binnen cluster 1 en 2 wordt in de beoogde bekostiging meer dan 60% van de auditief/communicatieve sector door middel van een vorm van integrale trajectbekostiging in rekening gebracht.

De prestaties 'Diagnostiek en behandelcoördinatie' en 'Behandeling' kennen een nagenoeg gelijk aandeel in kosten, terwijl het aantal direct cliëntgebonden uren sterk uiteenlopen. Vanwege het hoge aandeel indirecte cliëntgebonden uren binnen de prestatie 'Diagnostiek en behandelcoördinatie' zal het maximumtarief voor deze prestatie in de beoogde bekostiging hoger liggen.

Binnen de nieuwe prestatiestructuur wordt de declarabele eenheid enkel op directe cliëntgebonden tijd gebaseerd. Hierdoor kunnen mogelijke

verschillen in de verhouding tussen directe en indirect cliëntgebonden tijd tussen aanbieders gaan leiden tot herverdelingen van middelen. In onderstaande tabel 8 hebben we om die reden voor alle prestaties het landelijk gemiddelde aandeel direct cliëntgebonden tijd gepresenteerd, evenals de spreiding hiervan tussen de zorgaanbieders.

In de twee kolommen staan de cluster en de nieuwe prestaties beschreven. Daarnaast zijn nog twee kengetallen opgenomen:

- Aandeel direct cliëntgebonden uren (sector): per prestatie is een percentage berekend door het aantal declarabele uren direct cliëntgebonden tijd te delen door de het totaal aan declarabele uren (direct en indirect cliëntgebonden tijd samen) voor de sector als geheel;
- Cv-waarde: een statistische maat voor spreidng en geeft de mate van (kosten)homogeniteit aan. Uitgangspunt voor acceptabele spreiding is een cv-waarde kleiner dan of gelijk aan 0,5.

Tabel 6. Direct cliëntgebonden uren - auditief/communicatief

Cluster	Prestatie	Aandeel direct cliëntgebonden uren (sector)	CV-waarde
	Intake	36,6%	0,35
1	Kind en systeem incl. groepsbehandeling	77,2%	0,06
1	Kind en systeem excl. groepsbehandeling		
2	Kind en systeem incl. groepsbehandeling	81,4%	0,07
2	Kind en systeem excl. groepsbehandeling		
2	Kind en systeem individueel		
3	Diagnostiek en behandelcoördinatie	25,7%	0,34
3	Behandeling	99,8%	0,03
	Reistoeslag zorgverlener	100,0%	0,00

Bron: NZa

Het aandeel direct cliëntgebonden uren ligt hoger bij prestaties die een grotere focus hebben op behandeling. Bij de prestaties 'Diagnostiek en behandelcoördinatie' binnen cluster 3 en de 'Intake' is de spreiding in het aandeel direct cliëntgebonden uren tussen instellingen groter, maar blijft acceptabel. De gepresenteerde cv-waarden liggen lager dan 0,5. Deze uitkomst onderbouwt het uitgangspunt dat in de voorgestelde bekostiging alleen directe cliëntgebonden tijd declarabel is.

5.3 Effecten voor prestaties visueel

In onderstaande tabel 9 hebben we voor alle clusters en prestaties met de kengetallen gepresenteerd op basis van de aangeleverde productiegegevens over 2017.
In de eerste twee kolommen staan de cluster en beoogde prestaties per 2020 beschreven. Daarnaast zijn nog vijf kengetallen opgenomen:

- Aantal declarabele eenheden of uren: het aantal declarabele eenheden voor de clusters VEC en IR en het aantal direct declarabele uren voor de overige clusters en de reistoeslag. Genoemde aantallen zijn gebaseerd op de productiegegevens over geheel 2017;
- Aantal uren per declarabele eenheid (sector): gemiddelde declarabele tijd per cliënt (in uren) per traject binnen het cluster VEC en per week binnen het cluster IR. De declarabele tijd is opgebouwd uit de direct declarabele en de indirect declarabele tijd;
- Aandeel in productiewaarde: aandeel van elke afzonderlijke prestatie in het totale kostenbelag van de sector. Hiervoor is gebruikgemaakt van de concept kostprijzen over boekjaar 2017;
- Aantal instellingen: het aantal instellingen dat de betreffende prestatie heeft geleverd.

Tabel 7. Kengetallen prestatiestructuur visueel

Cluster	Prestatie	Aantal declarabele eenheden of uren (sector)	Aantal uren per declarabele eenheid (sector)	Aandeel in Productie-waarde	Aantal instellingen
K/J	Kortdurende behandeling	2.343		1,1%	2
K/J	Diagnostiek en Verdiepende diagnostiek	13.438		8,6%	2
K/J	Uitgebreide behandeling	62.164		20,6%	2
VOLW.	Kortdurende behandeling	31.954		12,5%	2
VOLW.	Basis diagnostiek en verdiepende diagnostiek	36.323		18,6%	2
VOLW.	Uitgebreide behandeling	39.846		12,2%	3
IVB	Intermitterende visuele behandeling	6.693		1,3%	1
IR	Observatie met verblijf	85	59,13	1,3%	1
IR	Intensieve behandeling met verblijf	2.492	17,49	11,4%	1
	Reistoeslag	48.489	0,81	9,9%	3
VEC	Visuele expert consultatie	2.325	245,42	2,1%	2
VEC	Uitgebreide visulele expert consultatie	184	433,57	0,3%	2
Totaal				**100,0%**	

Bron: NZa

De meeste prestaties in de beoogde bekostiging worden door minimaal twee van de drie actieve zorgaanbieders geleverd. De prestaties die door slechts één enkele zorgaanbieder worden geleverd, zijn naast zorginhoudelijke argumenten ook op grond van behandelintensiteit (aantal cliëntgebonden uren) onderscheidend en dat rechtvaardigt dat deze prestaties een plek hebben binnen de voorgestelde bekostiging.

Binnen de nieuwe prestatiestructuur wordt de declarabele eenheid enkel op directe cliëntgebonden tijd gebaseerd. Hierdoor kunnen mogelijke verschillen in de verhouding tussen directe en indirect cliëntgebonden tijd tussen zorgaanbieders gaan leiden tot herverdelingen van middelen.

In onderstaande tabel 10 hebben we om die reden voor alle prestaties het landelijk gemiddelde aandeel direct cliëntgebonden tijd gepresenteerd, evenals de spreiding hiervan tussen de zorgaanbieders.

Tabel 8. Direct cliëntgebonden uren - visueel

Cluster	Prestatie	Aandeel direct cliëntgebonden uren (sector)	CV-waarde
K/J	Kortdurende behandeling	51,9%	0,04
K/J	Diagnostiek en Verdiepende diagnostiek	37,8%	0,18
K/J	Uitgebreide behandeling	77,1%	0,07
VOLW.	Kortdurende behandeling	68,2%	0,18
VOLW.	Basis diagnostiek en verdiepende diagnostiek	47,8%	0,19
VOLW.	Uitgebreide behandeling	83,2%	0,06
IVB	Intermitterende visuele behandeling	95,5%	0,00
IR	Observatie met verblijf	45,5%	0,00
IR	Intensieve behandeling met verblijf	94,0%	0,00
	Reistoeslag	100,0%	0,00
VEC	Visuele expert consultatie	44,6%	0,01

VEC	Uitgebreide visulele expert consultatie	44,2%	0,03

Bron: NZa

In de twee kolommen staan de cluster en de nieuwe prestaties beschreven. Daarnaast zijn nog twee kengetallen opgenomen:

- Aandeel direct cliëntgebonden uren (sector): per prestatie is een percentage berekend door het aantal declarabele uren direct cliëntgebonden tijd te delen door de het totaal aan declarabele uren (direct en indirect cliëntgebonden tijd samen) voor de sector als geheel.
- Cv-waarde: een statistische maat voor spreidng die geeft de mate van (kosten)homogeniteit aangeeft. Uitgangspunt voor acceptabele spreiding is een cv-waarde kleiner of gelijk aan 0,5.

Het aandeel direct cliëntgebonden uren ligt hoger bij prestaties die een grotere focus hebben op behandeling. Bij de prestaties "Diagnostiek en verdiepende diagnostiek" binnen de clusters 'Kind en Jeugd en systeem' en 'Volwassene en systeem' is de spreiding in het aandeel direct cliëntgebonden uren tussen instellingen groter, maar blijft acceptabel. De gepresenteerde CV-waarden liggen lager dan 0,5. Deze uitkomst onderbouwt het uitgangspunt dat in de voorgestelde bekostiging alleen directe cliëntgebonden tijd declarabel is.

5.4 Effecten voor zorgaanbieders

De vorogestelde bekostiging maakt dat de vergoeding meer in lijn wordt gebracht met de te maken kosten voor de geleverde zorg. Dit betekent dat de tarieven passender worden dan in de huidige bekostiging het geval is. Dit betekent ook dat er door de introductie van de beoogde bekostiging herverdeeleffecten optreden. Omdat wij inzicht hebben in alle geleverde zorg door alle zg-aanbieders hebben wij zicht op de herverdeeleffecten per individuele aanbieder.
Voor de berekening van deze herverdeeleffecten zijn per instelling het aantal declarabele eenheden per voorgestelde prestatie bepaald, de functiemix per voorgestelde prestatie bepaald en dit vermenigvuldigd met de sector gemiddelde kostprijs per functionaris die gebaseerd is op de concept kostprijzen 2017 per type functionaris afgezet tegen de werkelijk gedeclareerde uren.
Hiermee worden verschillen in zowel hoeveelheid, verschillen in verhouding tussen indirect en direct declarabele tijd en verschillen in functiemix meegenomen in de effectanalyse. Hiermee wordt dus het zuivere herverdeeleffect van de prestatiestructuur inzichtelijk gemaakt. De individuele kostprijzen per instelling zijn nog niet meegenomen in deze analyse omdat dit geen effect van de nieuwe structuur laat zien. De verschillen in kostprijzen tussen instellingen bestaat immers in de huidige bekostiging ook al.
In tabel 9 en tabel 10 zijn de herverdeeleffecten per deelsector uitgedrukt in een percentage van de totale omzet in die deelsector. In de sector auditief/communicatief wordt in totaal circa 2,4% van de totale omzet 'verschoven' naar andere aanbieders. Het totale effect is uiteraard 0.0%. Bij de sector visueel is dit minder dan een half procent (0,345%).

Tabel 9. Herverdeeleffecten voor zorgaanbieders auditief/communicatief

Instelling	% herverdeeleffect	Instelling	% herverdeeleffect
A	**-0,10%**	G	**-0,01%**
B	**-0,20%**	H	**-0,16%**
C	**-0,04%**	I	**-1,93%**
D	**0,25%**	J	**1,32%**
E	**0,68%**	K	**0,20%**
Totaal 0.00%			

Bron: NZa

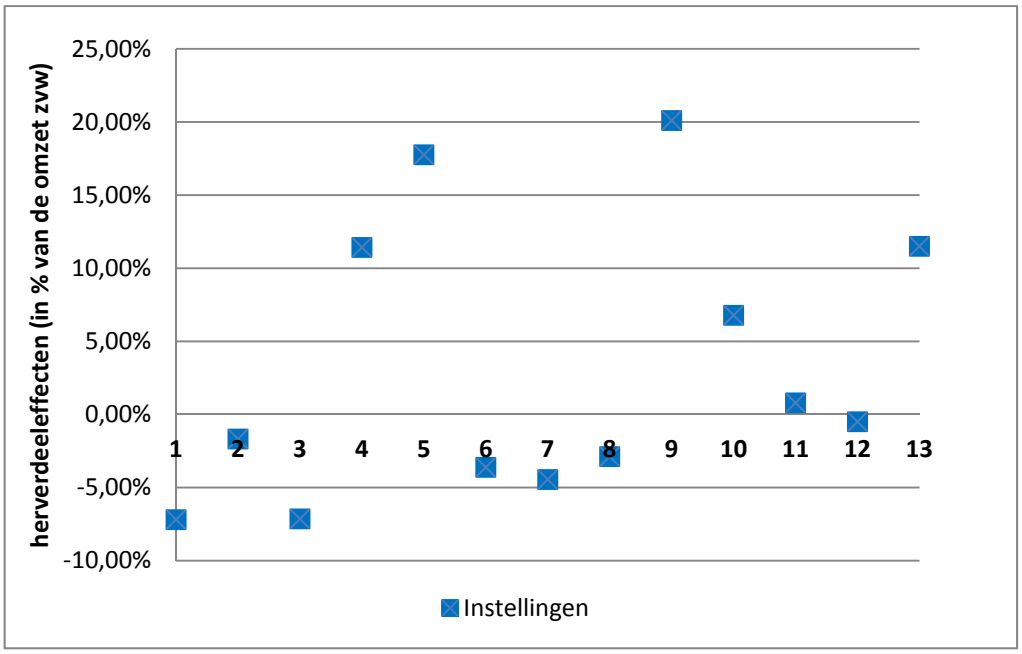
Tabel 10. Herverdeeleffecten voor zorgaanbieders visueel

Instelling	% herverdeeleffect
A	**0,143%**
B	**-0,345%**
C	**0,203%**
Totaal	**0,00%**

Bron: NZa

In onderstaande figuur 9 zijn de resultaten van de effectenanalyse weergegeven voor alle zorgaanbieders in de sectoren auditief/communicatief en visueel samen. Het effect is per zorgaanbieder uitgedrukt in een percentage van de omzet in de zvw van de betreffende aanbieder. Een eerste belangrijke bevinding is dat de effecten in lijn liggen met de eerder met instellingen gedeelde effectrapportages. Het delen van deze rapportages heeft eerder in het proces niet tot bezwaren van individuele zorgaanbieders geleid.
Aanvullend hebben wij langs verschillende assen naar het effect per instelling gekeken. Zaken als het effect in relatie tot de totale omzet van een aanbieder (ook niet-zvw) en verwachte kostprijs ten opzichte van de gemiddelde kostprijs (op basis van 2013 kostprijzen en 2017 concept kostprijzen) hebben wij in deze beoordeling meegenomen.
Twee zorgaanbieder hebben een negatief effect van circa -7% in één geval betreft het een kleine zorgaanbieder als je kijkt naar de zg-zorg waarvan de zg-zorg in de Zvw maar een klein onderdeel is van de totale omzet. De ander heeft een relatief lage kostprijs ten opzichte van het gemiddelde waardoor de verwachting is dat het cumulatieve effect van zowel de prestatiestructuur als de kostprijzen het negatief effect zoals deze nu zichtbaar is dempt.
De verschillen tussen de resultaten van de effectenanalyse zoals in figuur 9 weergegeven en die uitgevoerd is in september 2018 komen door de kleine aanpassingen in de prestatiestructuur en omdat in deze effectenanalyse gerekend is met concept kostprijzen 2017 in plaats van kostprijzen gebaseerd op boekjaar 2013.

Figuur 9. Herverdeeleffecten voor zorgaanbieders



Bron: NZa

5.5 Conclusie herverdeeleffecten

De ontwikkelde prestaties doen recht aan de verschillen die bestaan tussen de diverse cliëntgroepen. Dat zien we terug in de behandelintensiteit (aantal direct cliëntgebonden uren), maar ook in de hoge mate waarin de prestaties worden uitgevoerd door meerdere zorgaanbieders en de verschillen die tussen prestaties bestaan. Het uitgangspunt dat alleen direct cliëntgebonden uren in de beoogde bekostiging declarabel zijn, wordt onderbouwd door de acceptabele spreiding in de verhouding tussen direct en indirect cliëntgebonden tijd tussen de zorgaanbieders. De nieuwe prestatiestructuur heeft het beoogde effect dat in de voorgestelde bekostiging de vergoeding beter past bij de gemaakte kosten. Macro gezien worden alle uren die voorheen declarabel waren ook in de voorgestelde prestaties bekostigd, zoals we terug zien in tabel 9 en 10.

De spreiding van de herverdeeleffecten tussen zorgaanbieders is vergelijkbaar met de analyses die zijn uitgevoerd en teruggekoppeld met de zorgaanbieders in september 2018.
De herverdeeleffecten van deze prestatiestructuur lijken dusdanig dat het ons inziens gerechtvaardigd is om de prestatiestructuur in te voeren zonder flankerend beleid. De totale impact inclusief de effecten van de individuele kostprijsverschillen tussen instellingen volgt in het kostenonderzoek. Daarin wordt ook aanvullend onderzocht of de twee prestaties ‘diagnostiek en behandelcoordinatie’ en ‘behandeling’ binnen de sector auditief/communicatief verder gedifferentieerd dienen te worden.
De bekostiging en prestatiestructuur zoals wij deze adviseren is ons inziens robuust en maakt een beter onderscheid tussen cliëntgroepen dan de huidige prestatiestructuur.

6. Stappen richting 2020 en verder

6.1 Geen eindpunt

Dit advies vormt een belangrijke mijlpaal in het traject om te komen tot een nieuwe bekostiging voor de zg-zorg in de Zvw.
Om per 1 januari 2020 de bekostiging ook daadwerkelijk te veranderen moeten er nog stappen gezet worden. In paragraaf 6.2 beschrijven we de laatste stappen die hiervoor gezet moeten worden. Maar ook na invoering staat de sector niet stil en zullen wij goed in de gaten houden of de bekostiging geen knelpunten oplevert of aangepast moet worden om ontwikkelingen in de zorg te faciliteren of te stimuleren. De nieuwe bekostiging vormt een nieuw begin waarin de bekostiging ondersteunend is aan de inkoop van zorg door zorgverzekeraars en verdere uniformering in de sector facliteert.

6.2 Stappen richting 2020

In onderstaande tabel zijn de belangrijkste activiteiten die wij in 2019 nog gaan ondernemen weergegeven.

Activiteit	Wanneer
Afstemming over declaratievoorschriften in relatie tot declaratiestandaard AW319 (NZa – ZN)	Begin februari 2019
Bestuurlijk overleg bij VWS	19 februari 2019
Technisch overleg over tarieven	Medio maart 2019
Besluit minister VWS nieuwe bekostiging	Medio maart 2019
Consultatie regelgeving en tarieven	Eind maart 2019
Bestuurlijk overleg zg sector bij NZa	Begin april 2019
Besluitvorming NZa	17 april 2019
Publiceren regelgeving en tarieven	26 april 2019

Bron: NZa

Voor een goede invoering per 1 januari 2020 blijven wij beschikbaar om vragen ter verduidelijking van de regelgeving of gemaakte keuzes toe te lichten. Indien bijvoorbeeld softwareleveranciers specifieke vragen hebben met betrekking tot de registratieverplichtingen in de regelgeving zijn wij uiteraard bereid om hier over in gesprek te gaan.

6.3 2020 en verder

Wij zullen na de introductie van de nieuwe bekostiging de ontwikkelingen nauwlettend in de gaten houden. Mocht er om welke reden dan ook (ontstane knelpunten, voortschrijdend inzicht en/of ontwikkeling van de zorg) aanleiding zijn om na invoering per 1 januari 2020 iets in de bekostiging te wijzigen, dan zullen wij dit serieus in overweging nemen. Daarnaast zullen wij na verloop van tijd weer onderzoeken of de vastgestelde tarieven in lijn liggen met de gemaakte kosten en wellicht ook de omvang van de prestaties herijken (tariefherijking). Op deze manier blijft de bekostiging ook in de toekomst passend. Daarnaast zou een volgende stap kunnen zijn om de bekostiging te gaan koppelen aan de kwaliteit van de geleverde zorg.

Dit is volledig afhankelijk van hoe de sector zich de komende jaren ontwikkelt en de behoefte van alle stakeholders. Met de stap die we nu in de bekostiging zetten vullen we wel de eerste benodigde randvoorwaarden voor een dergelijke stap in.

7. Advies

Wij komen tot de volgende adviezen:

Nieuwe bekostiging zg, zoals beschreven in dit advies, in te voeren per 1 januari 2020
De voorgestelde bekostiging voldoet in grote mate aan de gestelde criteria en is in goed overleg met de brancheorganisaties tot stand gekomen. De voorgestelde bekostiging biedt meer inzicht in de zg zorg en biedt mogelijkheid tot eventuele verdere doorontwikkeling. De beoogde bekostiging doet recht aan de wijze waarop de zg zorg wordt gegeven. De prestaties zijn transparant, herkenbaar en passen bij de zorginhoud. De beoogde prestatiestructuur geeft richting aan doorontwikkeling en uniformering van de zorg. Verdere uniformering van de prestaties kan bereikt worden door bijvoorbeeld de prestaties die nu uitgaan van een gedifferentieerd uurtarief in de toekomst om te zetten naar een vorm van trajectbekostiging. Doordat reeds verschillende vormen van trajectbekostiging aanwezig zijn, kunnen deze vormen van bekostiging een voorbeeld zijn voor de overige prestaties.
De nieuwe bekostiging zg is een grote stap voorwaarts, waarmee elke partij (zorgverzekeraar, zorgaanbieder en cliënt) gebaat is.

De herverdeeleffecten zijn in kaart gebracht en geven geen aanleiding tot aanpassingen, een ander moment van invoeren of om te denken aan een overgangsregeling. De verschillen in kostprijzen tussen instellingen worden in een later stadium in kaart gebracht. Hierbij is tussen partijen uitgesproken dat de sector in overleg met elkaar blijft om te bepalen wat nodig is om de overgang naar de nieuwe bekostiging op een goede wijze te laten verlopen.

Ontwikkelen kwaliteitsproducten (ZiNL)
Inherent aan het type zorg binnen de zg is dat hulpvragen van clienten uiteen kunnen lopen. Dit brengt een spreiding in zorgzwaarte met zich mee. Desalniettemin geeft de grote spreiding in inzet per cliënt die wij waarnemen in de data voor ons aanleiding om te adviseren om kwaliteitsproducten (door) te ontwikkelen en op te nemen in het Wettelijk Register van het ZiNL (Register). Het opnemen van kwaliteitsproducten in het Register is wat ons betreft een logisch vervolg op de introductie van een nieuwe bekostiging en past bij het streven van de zg-sector naar meer uniformiteit en transparantie. Dit proces vraagt uiteraard betrokkenheid van cliëntenorganisaties.
Wij adviseren de sector daarom de ontwikkeling van kwaliteitsproducten voor de zg-zorg aan te dragen voor de meerjarenagenda van het ZiNL. In de loop der jaren is er door de sector veel in kaart gebracht en vastgelegd. Het vastleggen van deze kwaliteitsproducten in het Register is een goede volgende stap. Ook zorgverzekeraars geven op verschillende onderdelen aan behoefte te hebben aan sectorbrede richtlijnen. Een voorbeeld dat hierbij genoemd wordt is een richtlijn voor het inzetten van groepszorg.
Door kwaliteitsproducten op te nemen in het Register wordt transparant gemaakt wat cliënten en hun systeem mogen verwachten van zg-zorg. Daarnaast biedt een kwaliteitsproduct zoals een kwaliteitsstandaard opdrachten voor zorgaanbieders om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken. Ook vormt het een kader voor extern toezicht en voor inkoop en contracteren van zorg.
Het is aan de sector en het ZiNL om een realistische planning voor de verdere ontwikkeling en registratie van kwaliteitsproducten overeen te komen.

Max-maxtarieven ten behoeve van innovatie zoals e-health en kwaliteit
De introductie van een max-maxtarief voor de zg-sector biedt ruimte voor toekomstige ontwikkelingen door flexibiliteit in de bekostiging. Dit houdt in dat de maximumtarieven met maximaal 10% kunnen worden verhoogd als hierover afspraken zijn gemaakt in een contract met de zorgverzekeraar. Hiermee ontstaat meer ruimte om nieuwe ontwikkelingen en innovatie te faciliteren.

Zorginkoop – goede gesprek (in verbinding blijven)
Het proces om te komen tot deze bekostiging heeft veel informatie opgeleverd over de zg zorg zoals deze in 2017 geleverd is. Dit inzicht zullen wij zo goed als mogelijk, naar behoefte en binnen de bestaande regelgeving is toegestaan, ontsluiten zodat dit kan worden gebruikt om het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te ondersteunen. Door het verkregen inzicht in wat de zg zorg inhoudt, kunnen zorgverzekeraars met zorgaanbieders een goed inkoopgesprek voeren over de kwalitatief goede zg-zorg zodat de cliënt de beste zorg tegen een goede prijs ontvangt.

Bijlage 1. Afkortingen en begrippen

Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
dB	Decibel
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FENAC	Nederlandse Federatie van Audiologische Centra
FWG	Functiewaardering gezondheidszorg
Hz	Hertz
MBI	Macrobeheersinstrument
NOG	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Ohw	Onderhandenwerk
Ozp	Overig zorgproduct
Siac	Samenwerkingen Instellingen voor mensen met Auditieve en/of Communicatieve beperkingen
TOS	Taalontwikkelingsstoorrnis
VEC	Visuele expert consultatie
VIVIS	Vereniging van instellingen voor mensen met een visuele beperking
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktverordening gezondheidszorg
zg	Zintuiglijk gehandicapten
ZiNL	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Begrippen

Auditieve beperking
Auditieve beperking zoals vastgesteld in de richtlijnen van de FENAC voor vaststelling van een auditieve beperking.
Er is sprake van een auditieve beperking als:

1. Het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen, of
2. Als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik te maken van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat.

Bekostiging
Het geheel van regels over prestaties en tarieven.

Communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis
TOS zoals vastgesteld in de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis. Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Hiervoor geldt als voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

Kwaliteitsproducten
Kwaliteitsproducten worden gebruikt als een verzamelnaam voor:

- kwaliteitsstandaarden (beschrijven wat goede zorg is);
- meetinstrumenten (bijbehorende indicatoren om kwaliteit te meten); en
- informatiestandaarden (afspraken over uitwisselbaarheid van gegevens).

Kwaliteitsstandaard
Een kwaliteitsstandaard beschrijft goede zorg vanuit het perspectief van de cliënt. Het uitgangspunt voor de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard is de zorgvraag van cliënten.
Deze zorgvraag kan beperkt zijn met daarbij passende zorg van monodisciplinaire aard. Maar vaker is de situatie complexer en biedt een scala van zorgverleners zorg en ondersteuning. Dan is er behoefte aan betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende zorgverleners, bijvoorbeeld binnen de eerste lijn, de tweede lijn, de verschillende domeinen van zorg en welzijn, en ook daar tussen (multidisciplinaire ofwel netwerkrichtlijn). In die gevallen verwacht het Zorginstituut dat alle betrokken partijen gezamenlijk een kwaliteitsstandaard ontwikkelen. Een kwaliteitsstandaard kan in verschillende vormen voorkomen. Richtlijnen en zorgstandaarden kunnen een kwaliteitsstandaard zijn, maar ook een module of een handreiking, zolang zij voldoen aan de criteria van het Toetsingskader. Wanneer partijen in de zorg dit nodig achten, kunnen ook niet-Nederlandse standaarden voorgedragen worden als kwaliteitsstandaard.

Maximum tarief
Bedrag als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg, dat ten hoogste als tarief voor een prestatie in rekening mag worden gebracht.

Multidisciplinaire zorg
Multidisciplinaire zorg houdt in dat er verschillende disciplines bij de behandeling betrokken zijn die in hetzelfde behandelingstraject gelijktijdig en/of sequentieel interventies inzetten in het kader van ZG-zorg.

Onderlinge dienstverlening
De levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van zintuigelijk gehandicaptenzorg door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

Prestatie(s)
De hulpverlening aan zg-patiënten. Onder prestaties worden de producten verstaan die onder de zorgaanspraak zg in de Zvw vallen. Het betreffen de prestaties[10] behandeling visueel, behandeling auditief, behandeling TOS, uittoeslag hulpverlener en verblijf.

Systeemgerichte behandeling
Gerichte 'mede' behandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, met betrekking tot het aanleren van vaardigheden in het belang van de persoon met deze beperking.

Visuele beperking

[10] Zie artikel 4 van de nadere regel NR/REG-1714 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Visuele beperking zoals vastgesteld in de richtlijnen van het NOG voor vaststelling van een visuele beperking.
Er is sprake van een visuele beperking als:
- een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog en
- een gezichtsveld < 30 graden, of
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

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

Zintuiglijk gehandicaptenzorg
Zg-zorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele of auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis. De zg-zorg bestaat uit diagnostiek (het vaststellen van de ernst van de beperking en de zorgvragen die daaruit voortvloeien), interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap en interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten met het doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.
Onder de zg-zorg valt niet de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof blinden en volwassen prelinguaal doven en niet die onderdelen die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren.

Zorgaanbieder
De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

Fletcher index
Om de mate van gehoorbeschadiging te meten heeft de Amerikaanse natuurkundige Harvey Fletcher de Fletcher index ontwikkeld. Het is een simpel rekensommetje waarbij je een gemiddeld gehoorverlies berekent. Wanneer je een gehoortest bij de audicien doet kan hij je resultaten in een grafiek aflezen. Dit heet een toonaudiogram. Hierin staat je gehoorverlies tegen de frequentie afgebeeld als een curve. Voor de Fletcher index neem je het gemiddelde van je gehoorverlies bij 1000 Hz, 2000 Hz en 4000 Hz. Het aantal dB gehoorverlies zegt wat over de mate gehoorbeschadiging. Tussen 0-30 dB heb je normaal tot licht gehoorverlies. Tot 60 dB matig gehoorverlies, tot 90 dB ernstig gehoorverlies en bij gehoorverlies van 90 dB of hoger ben je doof.

Bijlage 2. Fraudetoets

In de adviesaanvraag uit 2013 verzoekt de minister van VWS ons om een fraudetoets uit te voeren. In een fraudetoets worden mogelijke risico's op fraude zoveel mogelijk in kaart gebracht. In dit advies wordt een voorstel gedaan voor een nieuwe bekostiging zg waar de detailuitwerking in concrete regelgeving geen onderdeel van uitmaakt. In de uitwerking in concrete regelgeving zullen wij de ontwerpregelgeving in meer detail toetsen op toezicht- en handhaafbaarheid en hierin de risico's op fraude nogmaals meenemen. De vragen komen uit de meest actuele versie van de Handleiding fraudetoets van 24 maart 2016.

Zijn de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee welke, niet?

Ten tijde van het schrijven van dit advies is het proces om vanuit de bekostiging zoals deze in dit advies wordt voorgesteld uit te werken in concrete regelgeving in volle gang. In de uitwerking ervan moeten definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend zijn. Alle gehanteerde definities worden in afstemming betrokken partijen opgesteld.

Welke fraudemogelijkheden biedt de voorliggende ontwerpregelgeving?

De beoogde bekostiging levert meer inzicht in de geleverde zorg dan het huidige bekostigingssysteem. Dit betekent dat zorgverzekeraars door middel van de voorgestelde bekostiging meer inzicht krijgen in de geleverde zorg. Dit beperkt de mogelijkheden tot ongewenste en/of onrechtmatige declaraties.
Binnen de voorgestelde bekostiging worden verschillende declarabele eenheden gehanteerd. De risico's tot ongewenste en/of onrechtmatige declaraties verschillen per declarabele eenheid.

Uurtarieven
Een grote verandering ten opzichte van de huidige bekostiging is dat indirect cliëntgebonden tijd niet meer declarabel is. Dit betekent dat slechts die uren in rekening kunnen worden gebracht waarbij de cliënt daadwerkelijk zorg heeft ontvangen. Dit beperkt de mogelijkheden tot ongewenste en/of onrechtmatige declaraties.

Per traject of periode (week of 28 dagen)
De prestaties die per geheel traject (zoals visuele expertconsultatie) of per periode in rekening worden gebracht (bijvoorbeeld zorg aan jonge kinderen binnen de auditief/communicatieve sector). Omdat er een vast bedrag in rekening gebracht betekent dit een doelmatigheidsprikkel. Het is duidelijk wanneer een periode in rekening gebracht kan worden en daar kan op gecontroleerd worden. Een risico dat met dit type prestatie wordt geintroduceerd is het zo plannen van de zorg dat aan het einde van het zorgtraject een extra periode in rekening kan worden gebracht waar relatief weinig zorg in geleverd wordt.

Risico: in rekening brengen van een extra periode

Hoe groot schat u de kans dat de fraudemogelijkheden zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact?

Wij schatten de kans niet erg groot in, omdat de extra in rekening gebrachte periode ook gefactureerd moet worden aan een cliënt. Hiermee zijn zorgaanbieders gemotiveeerd om vooral 'goed gevulde' periodes in rekening te brengen.

Wij schatten de impact laag in omdat het langlopende trajecten (zorgcluster 1 meerdere jaren en zorgcluster 2circa 1 jaar) betreft. Een extra periode aan het eind van de looptijd betreft dus maar een zeer klein deel van de totale omvang. Daarnaast is in de bepaling van de prestaties rekening gehouden met periodes waarin relatief weinig uur geleverd wordt, maar die wel bovende drempelwaarde uitkomen.

Welke beheersmaatregelen zijn mogelijk ten aanzien van de beperking van de geïdentificeerde fraudemogelijkheden

Ondanks dat er periodes van 28 dagen in rekening worden gebracht blijft er een verplichting tot het registreren van de uren bestaan. Hierdoor kan na verloop van tijd getoetst worden wat de gemiddelde tijdbesteding in de periodes is geweest. Indien er structureel meer periodes in rekening gebracht worden waarin (steeds) minder uren zorg worden geleverd zal bij een volgende herijking het maximumtarief voor deze prestatie naar beneden worden bijgesteld. Doordat de uren geregistreerd worden kan het declaratiepatroon gemonitord worden.
Alle zorg wordt gepland en vastgelegd in een zorgplan, bij twijfel en behoefte aan meer informatie over de wijze waarop en op basis waarvan de zorg gepland is kan hier op worden teruggevallen.
In voorliggend advies hebben wij opgenomen dat de sector baat zou hebben bij verdere (door)ontwikkeling van kwaliteitsproducten. Hierin kunnen ook uitspraken worden gedaan over doorlooptijden (eventueel in relatie tot de bekostiging).

Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van de ontwerpregelgeving controle- en handhavingsmogelijkheden (ter voorkoming van fraude)? Zijn er lacunes? Zo ja, Welke?

Zorgverzekeraars zijn verplicht op basis van de Wmg[11] materiële en formele controles uit te voeren. De controle en handhavingsmogelijkheden staan in verhouding tot de kans en impact van een eventuele fraude. Bij signalen van onrechtmatig en/of ongewenst declareren kan de NZa een onderzoek naar een zorgaanbieder instellen.

Is het toezicht in de wet geborgd? Ziet u hier nog lacunes?

De controle en handhavingsmogelijkheden staan in verhouding tot de kans en impact van een eventuele fraude.

Zijn er sancties of maatregelen mogelijk in geval van geconstateerde fraude? Zijn er lacunes? Zo ja, welke?

De NZa heeft de mogelijkheid in geval van fraude een aanwijzing of een last onder dwangsom op te leggen.

Biedt de ontwerpregelgeving toegang tot noodzakelijke gegevens voor toezichthouders, opsporingsdiensten en private partijen die de ontwerpregelgeving uitvoeren?

De zorgverzekeraar heeft toegang tot de gegevens die door de zorgaanbieder verplicht moeten worden aangeleverd op basis van de Zvw en Wmg[12].

En kunnen deze gegevens worden uitgewisseld? Zijn er lacunes?

De NZa heeft op basis van de Wmg[13] de bevoegdheid gegevens uit te wisselen met andere toezichthouders en opsporingsdiensten.

[11] Art. 35 Wmg
[12] Hoofdstuk 7 van de Zvw en art. 68a Wmg.
[13] Art. 70 Wmg