



Reactie VGN op het conceptadvies van de NZa 'Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn'

November 2017

Inleiding

Hierbij reageert de VGN op het concept van het advies van de NZa over de bekostiging van de aanvullende geneeskundige zorg (voorheen: extramurale behandeling), wanneer deze zorg wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Onze reactie is als volgt opgebouwd:

- In §1 Algemeen;
- In §2 Reactie per doelgroep;
- In §3 Reactie op de consultatievragen

§1 Algemeen

We hechten eraan om vooraf enkele opmerkingen te maken.

- De inhoud van onze reactie in september op uw consultatie, staat nog steeds overeind. Op grond van uw conceptadvies verandert onze visie niet.
- Wel kijken we nu naar de vraag hoe uw conceptadvies zich verhoudt tot onze visie. Wat er volgens ons gebeurt in uw advies: de 20 prestaties uit de tijdelijke subsidieregeling worden omgevormd tot 10 nieuwe prestaties. De prestaties voor zorg in een groep (de nummers 4 t/m 9) betreffen een behandelaanbod dat in een groepssetting wordt aangeboden. Qua bekostiging lijkt dat reeds een voorloper van de multi-/interdisciplinaire bekostiging in de toekomst, inhoudelijk is het echter nog geen integrale zorgverlening zoals we dat bedoelen met betrekking tot de toekomstige zorgprogramma's. Door het behouden van de prestaties groep ontstaat er een onderscheid tussen individuele behandeling en groepsbehandeling die achterhaald is; multidisciplinaire programma's zijn juist vaak een combinatie van beide. Ook past het onderscheid individueel-groep niet bij de Zvw. Beter zou zijn te spreken van (multidisciplinaire) dagbehandeling (voor specifieke, goed afgebakende doelgroepen).
- Vooralsnog 'moeten we het doen' met monodisciplinaire bekostiging als een soort overgangsregeling. In z'n algemeenheid gesproken, kan de VGN zich daarin vinden, simpelweg omdat de meeste zorgprogramma's nog niet klaar zijn. Uiteraard zien we 'als stip op de horizon' wel de multi-/interdisciplinaire/integrale bekostiging. De VGN is bereid om aan verdere uitwerking van de zorgprogramma's (primair door de beroepsgroepen) mee te werken.
- Echter: tot onze verbazing negeert u volledig de voltooide en in gebruik zijnde programma's mbt NAH. Zelfs het Zorginstituut (dat toch enigszins kritisch moet kijken) noemde de programma's NAH (Hersenz) reeds al lichtend voorbeeld. En ook in de door u voorgestelde (voorlopige) bekostigingssystematiek kunnen we daar volgens ons goed gebruik van maken.

§2 Reactie per doelgroep binnen de gehandicaptenzorg (zoals genoemd in september)

In onze reactie in september onderscheidden we de volgende doelgroepen in onze sector (voor wat betreft de aanvullende geneeskundige zorg):

1. (L)VG/EMB: volwassenen met een lichte verstandelijke beperking of met ernstige meervoudige beperkingen (in de subsidieregeling aangeduid met LVG of EMG);
- 2.a LVG-complex: volwassenen met een licht verstandelijke beperking en complexe problematiek en psychiatrische aandoeningen die niet onder de noemer SGLVG vallen (in de subsidieregeling aangeduid met LVG);
- 2.b SGLVG: volwassenen met een complexe licht verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en ernstige gedragsproblemen die onder de noemer SGLVG vallen of als het gaat om vervolgzorg na forensische zorg bij LVB (in de subsidieregeling aangeduid met SGLVG);
3. NAH: volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel als gevolg van trauma, CVA, zuurstoftekort (bijvoorbeeld na hartstilstand), hersentumor of hersen(vlies)ontsteking of neurologische aandoening (in de subsidieregeling aangeduid met LG, in de praktijk gaat het om NAH).

Het is dus logisch dat de VGN bij de beoordeling van uw advies kijkt naar de vraag of en hoe deze groepen passen binnen uw voorstel en wat de voor- en nadelen zijn.

Achtereenvolgens:

Ad 1: LVB/EMB 18+: we denken dat voor deze cliënten de eerste drie prestaties monodisciplinair te gebruiken zijn en dat bij een multidisciplinair traject deze prestaties bij elkaar kunnen worden opgeteld. De groepsbekostiging voor deze cliënten is per definitie multidisciplinair en daarvoor kan prestatie 6 gebruikt worden. We zien het als de start van de transitie van Subsidieregeling naar Zvw. Het biedt voor deze cliënten herkenbaarheid richting de Zvw.

Aandachtspunten:

- *Eigen risico:* Voor deze doelgroep is het onwenselijk dat het eigen risico wordt ingevoerd. De cliënten bevinden zich allen in een slechte inkomenspositie en zijn niet bekwaam om de kosten van een eigen risico terug te halen via de zorgtoeslag. Het eigen risico is er om te voorkomen dat te snel onnodige zorg wordt gebruikt. Het eigen risico zou hier juist een averechts effect hebben. Deze doelgroep is niet goed in staat om een goede afweging te maken tussen de voordelen op de korte termijn en de nadelige gevolgen op de lange termijn. Zij zullen zich laten weerhouden om een behandeling aan te gaan als dat geld kost, ook al zijn de gevolgen op de lange termijn ernstig.
- *Indiceren:* wie indiceert nu voor welke prestatie? In hoeverre hebben paramedici zelfstandige behandelmogelijkheden en in hoeverre zijn we van regiebehandelaren (verwijzers) afhankelijk?
- *Regiebehandelaar:* welke behandelaars mogen regiebehandelaar zijn? Dat is in het advies van de NZa niet duidelijk.
- *Systeembehandeling:* het systeem moet meebehandeld (en dus bekostigd) kunnen worden.

Ad 2a + 2b: LVB Tweedelijns (LVB-complex) en derdelijnszorg(SGLVG)

Wij zien het model van prestaties, zoals dat door de NZa in haar conceptadvies is opgesteld als een overgangsmodel. Wij zijn van mening dat de zorg voor de LVB doelgroep LVB-complex tweedelijnszorg is, en dat de zorg voor de SGLVG doelgroep derdelijnszorg is. Deze zorg hoort in de tweedelijnsbekostiging thuis.

2a. Reactie mbt de doelgroep LVB-complex (tweedelijnszorg)

De zorg voor de groep cliënten met LVB en complexe problematiek vereist expertise en specialistische behandeling met een herstelgerichte benadering en het bevorderen van zelfredzaamheid, eigen regie en maatschappelijke participatie. Deze cliënten hebben ondanks een 'lichte' verstandelijke beperking een groot risico op het ontwikkelen van ernstige psychische, sociaal-emotionele en somatische problematiek. Door tijdige herkenning en passende behandeling kan veel persoonsgebonden problematiek en een beroep op zware (klinische) zorg worden voorkomen.

Aandachtspunten:

- *Verwijzing en regiebehandelaar:* de verwijzing naar de specialistische zorg voor LVB-complex verloopt slechts gedeeltelijk via de huisarts en de arts verstandelijk gehandicapten. Een groot deel van de verwijzingen vindt plaats door de GZ-psycholoog en de orthopedagoog-generalist. De behandeling bestaat hoofdzakelijk uit de inzet van meerdere disciplines in een integrale samenhangende aanpak. Daarbij is de GZ-psycholoog of orthopedagoog ook in veel gevallen de regiebehandelaar.
- *Prestatiebeschrijving:* vanuit de doelgroep LVB-complex zijn voor de prestatiebeschrijving twee elementen van bijzonder belang:
 - a. *sociale context*
De verstandelijke beperking brengt een beperkt sociaal aanpassingsvermogen met zich mee en daardoor vaak gedragsproblematiek en conflicten in de sociale context. In de behandeling moet ruimte voor specifieke therapeutische aanpak zijn, om de persoonsgebonden problematiek te benaderen op een wijze die gericht is op het gezin en op de sociale context. Het effect van de behandeling wordt in grote mate bepaald door de mate waarin het sociaal functioneren bevorderd wordt.
 - b. *behandeltermijnen*
Cliënten met een LVB hebben te maken met een blijvende beperking waardoor zij meer moeite hebben met het zich eigen maken van nieuwe kennis en gedrag en met het behouden van de geleerde vaardigheden. Dit vraagt van de behandeling dat er langere termijnen gehanteerd kunnen worden en dat de behandeling bij terugval weer snel hervat of opgeschaald kan worden.
- *Eigen risico:* voor de doelgroep LVB-complex is het onwenselijk dat het eigen risico wordt toegepast. Daarvoor zijn twee redenen aan te wijzen:
Deze cliënten hebben geen of een lage opleiding en hun inkomen is in de meeste gevallen op bijstandsniveau c.q. Wajong-uitkering. Daardoor zijn zij financieel niet in staat om deze extra kosten voor hun rekening te nemen. In de doelgroep LVB-complex zijn veel zorgmijders, waarbij toepassing van het eigen risico een extra belemmering opwerpt. Deze cliënten zijn onbekwaam in het afwegen van belangen en het inschatten van nadelige gevolgen. Zij zullen zich laten weerhouden om een behandeling aan te gaan als dat geld kost, ook al zijn de gevolgen op de lange termijn ernstig.
- *Vervoerskosten:* vanwege de vaak slechte financiële positie en vanwege het risico op zorgmijding vindt de VGN dat een vergoeding van reiskosten voor dagbehandeling voor cliënten in de prestatiebeschrijving moet worden opgenomen. Het zelf moeten betalen van reiskosten kan voor deze specifieke cliënten een extra belemmering vormen voor noodzakelijke zorg.

2b. Reactie vanuit de doelgroep SGLVG (derdelijnszorg)

De VGN is tevreden voor deze doelgroep met een indeling in tien bekostigingsprestaties die ruimte laat aan specialistische zorg (prestatie 2: 'prestatie voor zorgverlening zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden'). Wij zien hierin een erkenning van het feit dat SGLVG-behandeling naar haar aard hooggespecialiseerde zorg is die zich feitelijk in de derde lijn situeert en zodoende onmogelijk in de eerste lijn kan worden gepositioneerd. Wij nemen aan dat onder prestatie 2 tevens de verrichtingen zijn inbegrepen van de medebehandelaars die in de SGLVG-behandeling gebruikelijk zijn. Niettemin roept de voorgestelde indeling ook enige bezorgdheid op. Onder de nieuwe prestatie 2 vallen medische, gedragswetenschappelijke en vaktherapeutische verrichtingen. Zouden deze prestaties gezamenlijk van één tarief worden voorzien dat tussen het tarief van een medicus en een vaktherapeut in ligt, dan moet worden gevreesd dat de diensten van psychiaters en gespecialiseerde (klinische, neuroklinische, GZ-) psychologen – die in de SGLVG-behandeling als regiebehandelaar fungeren – onbetaalbaar worden, waardoor het voortbestaan van extramurale SGLVG-behandeling zou worden bedreigd. Een differentiatie van de nieuwe prestatie 2, waarbij voor SGLVG-behandeling een tarief wordt vastgesteld in overeenstemming met de zwaarte van de functiemix van behandelaars, kan dit ondervangen.

Ad 3: NAH

Tot onze verrassing heeft er een voor NAH-behandeling cruciale wijziging plaatsgevonden in het advies. In de vorige versie was er sprake van drie prestaties: AVG/SO (huidige code S335/S336), gedragsdeskundige/vaktherapeuten (huidige code S329) en paramedici/oefentherapeuten (huidige code S330). Daarmee zou ook behandeling groep verrekend kunnen worden. Dat vonden we een overzichtelijk uitgangspunt. Voor NAH zouden we dan met twee prestaties te maken hebben voor het hele aanbod. In deze versie van het advies is het aantal prestaties helaas uitgebreid met drie prestaties LG, waaronder drie prestaties groep LG. Daardoor bestaat het risico dat NAH straks voor één multidisciplinair programma gebruik moet maken van zes prestaties (2 individueel, 3 groep en 1 reiskosten). Maar de onderverdeling van prestaties groep LG in drie groepsgroottes (op dit moment gedefinieerd als licht/midden/zwaar) zorgt in de huidige situatie juist voor veel onduidelijkheid over hoe hiermee om te gaan. Zorgkantoren bepalen vaak vooraf wat er gedeclareerd mag worden, los van de realiteit. Ook kan de groepsgrootte per keer verschillen. Die onduidelijkheid kunnen we nu juist gaan oplossen met een multidisciplinair programma, dat al in gebruik is. Bovendien: de voorgestelde prestatie 'licht' (groepsgrootte > 6) wordt in de praktijk niet gebruikt omdat dit niet voorkomt. In de praktijk is de gemiddelde groepsgrootte 4-5 vanwege de complexiteit van de cliënten. Daar komt bij dat de prestaties LG-groep alleen gebruikt worden voor NAH dus de benaming NAH of desnoods LG/NAH zou adequater zijn. Kortom, het feit dat we voor NAH in de voorgestelde situatie gebruik zouden moeten maken van meerdere prestaties per behandelprogramma (2, 3 en 7/8/9) doet geen recht aan het multidisciplinaire programma NAH. De huidige praktijk ten aanzien van behandeling groep LG is dat deze behandeling zelden stand-alone geleverd wordt en bijna altijd in combinatie met S329 (in het voorstel prestatie 2) en S330 (in het voorstel prestatie 3). De overgang naar de Zvw biedt juist een unieke kans om dit te vereenvoudigen door deze prestaties te combineren in één multidisciplinaire prestatie. Ook administratief (declaraties) zal ons voorstel veel efficiënter zijn dan het advies van de NZa.

Aandachtspunten:

- De omschrijving van de rol van de gedragsdeskundige (wellicht beter gedragswetenschapper of psycholoog/orthopedagoog te noemen) in het advies richt zich sterk op ouderen en VG (inzet als regiebehandelaar als 'gedragmatige aspecten voorliggend zijn) en sluit daarmee onvoldoende aan bij NAH (inzet gedragsdeskundige als het leren omgaan met beperkingen als gevolg van NAH in brede zin centraal staat). Bovendien is onvoldoende duidelijk welke gedragsdeskundige de rol van regiebehandelaar kan hebben. Op pag. 31 staat 'Het NIP heeft een brochure gemaakt over taken en rollen van gedragsdeskundigen.' Deze beschrijving zou volgens de NZa als basis kunnen dienen voor de verdere beschrijving van de prestatie. De beschrijving gaat echter over de psycholoog in het verpleeghuis en beslist niet over de GZ-psycholoog in de extramurale behandeling van mensen met NAH. De VGN herkent zich niet in de beschrijving en zou graag een eigen beschrijving toevoegen (in samenspraak met het NIP).
- Op pag. 31 wordt de indicatiestelling kort genoemd (onderaan). Hierbij missen we informatie over hoe de indicatiestelling verloopt voor prestaties 2 en 3, dus de prestaties waarbij geen SO of AVG betrokken is (dit geldt voor alle NAH en een aanzienlijk deel van de doelgroep VG). We zien dit graag opgenomen in het advies.
- Reistijd en reiskosten. Op pag. 35 staat een paragraaf over reiskosten. Hierin wordt terecht ook de reistijd genoemd voor huisbezoeken: 'Het afleggen van huisbezoeken is een belangrijk onderdeel van aanvullende geneeskundige zorg. Zorgverleners zijn voor hun reistijd relatief veel tijd kwijt, omdat patiënten verder weg (en verspreid) wonen.' De voorgestelde prestatie 10 gaat echter uitsluitend over reiskosten. Deze worden weliswaar verruimd omdat er meerdere keren op een dag reiskosten gedeclareerd mogen worden in plaats van één keer per dag, maar het huidige tarief is al niet voldoende voor de reiskosten, laat staan voor reistijd. De formulering is echter zodanig dat het lijkt alsof dit een oplossing biedt voor reistijd. We zouden graag zien dat gesteld wordt dat reistijd verdisconteerd zou moeten worden in het tarief van prestaties 1 en 2 en van de gewenste prestatie multidisciplinaire behandeling NAH. Op dit moment is de praktijk dat fors verlies wordt geleden op huisbezoeken terwijl die wél cruciaal zijn voor de kwaliteit van zorg.
- Voor onze doelgroep is het onwenselijk dat het eigen risico wordt ingevoerd. De cliënten bevinden zich veelal in een slechte inkomenspositie, mede door de inkomensval als gevolg van het verlies van werk en inkomen na het hersenletsel.

Ons voorstel aan de NZa is: maak van de drie prestaties LG-groep één prestatie multidisciplinaire behandeling NAH. Neem hierin mee de individuele inzet van disciplines zoals de gedragsdeskundige/vaktherapeut en de paramedicus/oefentherapeut, zoals dit nu plaatsvindt binnen het zorgprogramma Hersenz. Verdisconteer hierin ook reistijd. Beschrijf de rol van de gedragswetenschapper zodanig dat het past bij de doelgroep NAH, in het verlengde van de huidige subsidieregeling.

Baseer het maximumtarief voor deze prestaties op de beschikbare gegevens over de daadwerkelijke kosten van het programma. Deze zijn op korte termijn te berekenen op basis van de bestaande praktijk. Een ander voordeel is dat de rol van de gedragswetenschapper voor cliënten met NAH zo beter omschreven kan worden.

§3 Reactie op de consultatievragen

In deze paragraaf gaan we in op de consultatievragen.

Vraag 1.

In de door de NZa geformuleerde 10 nieuwe prestaties ontbreken de doelgroepen 'licht verstandelijk gehandicapten met complexe problematiek (LVB-complex)' en SGLVG (de groepen 2a en 2b).

LVB-complex: op basis van de Tijdelijke subsidieregeling wordt aan deze specifieke doelgroep behandeling geboden, zowel individueel als in groepsverband, die gekenmerkt wordt door een agogisch, psychologische insteek; door multidisciplinaire behandeling met gedragsdeskundigen in een centrale rol en door een brede benadering op alle levensgebieden en in de sociale context van de cliënt. Dat rechtvaardigt een eigen prestatie.

SGLVG: dagbehandeling van deze doelgroep komt veelvuldig voor en vormt in de Tijdelijke subsidieregeling zelfs een afzonderlijke prestatie (code S327). Wij dringen dan ook aan op vermelding van de doelgroep.

Vraag 2.

De drie prestaties voor LG-groep, zien we graag gewijzigd in één multidisciplinaire prestatie groep LG/NAH. Zeker de toevoeging NAH is van belang: het betreft in feite alleen maar NAH. Bij voorkeur wordt 'behandeling groep' vervangen door '(multidisciplinaire) behandeling' omdat 'groep' wat ons betreft een achterhaald begrip is.

Vraag 3.

Eigen risico: dit vormt een grote bedreiging voor de cliënten die straks met deze behandeling (en dus het eigen risico) te maken krijgen. Daarenboven attenderen we op het feit dat veel cliënten ook nog te maken hebben met diverse eigen betalingen. De cumulatie kan fors zijn voor deze groep die sowieso al weinig besteedbare middelen heeft. Dit geldt voor alle doelgroepen die gebruik maken van extramurale behandeling, ook VG en NAH.

Paramedische zorg: in de Zvw lopen cliënten aan tegen beperkingen in de paramedische zorg, bijvoorbeeld bij fysiotherapie. Dat lijkt ons voor deze doelgroepen ongewenst. Veelal zullen deze cliënten geen aanvullende verzekering hebben.

Vraag 4.

MBI: het MBI is één van de instrumenten voor kostenbeheersing. De NZa noemt op pagina 44 en 45 meerdere instrumenten. Elk instrument heeft voor- en nadelen. Het benadrukt dat aan de 'voorkant' van de wijziging de budgettaire overheveling adequaat moet zijn. Overigens vinden we dat de NZa een zorgvuldige analyse van de betreffende instrumenten maakt.

Vraag 5.

Bij vraag 5 vraagt de NZa onze reactie op de aandachtspunten en risico's die de NZa ziet in het kader van de handhaving (voor aspecten als: hoe voorkomen we dat er ten onrechte gebruik gemaakt wordt van de Zvw, hoe wordt de toegang geregeld, hoe is de afbakening, hoe wordt terecht gedeclareerd, welke kwaliteitseisen zijn er etc.).

Van belang is dat de aanvullende geneeskundige zorg, ook zorg en disciplines omvat die slechts ten dele of onder voorwaarden binnen de basisverzekering vallen (zoals paramedische zorg, vaktherapie, orthopedagoog). Dit betekent dat de omschrijving van de zorg voor een heldere afbakening van de prestaties moet zorgen. Voor de doelgroepen SGLVG en NAH bestaan inmiddels in- en exclusiecriteria. Er wordt in de

huidige situatie al jaren aandacht besteed aan een adequate afbakening tussen verschillende zorgvormen, zoals medisch specialistische revalidatie of de bestaande eerstelijns/generalistische zorg. We dragen graag bij aan een verdere uitwerking hiervan. En verder: gezien de verandering in declaratiewijze is het van belang voldoende tijd in te plannen voor voorbereiding hierop door partijen.

Specifiek voor de SGLVG geldt dat de SGLVG-behandelcentra (verenigd in De Borg) op dit moment een 'Zorgprogramma ambulante SGLVG-behandeling' samenstellen dat de genoemde risico's maximaal afdekt. Ambulante SGLVG-behandeling wordt beschreven als een samenhangend geheel, met een heldere afbakening van de SGLVG-doelgroep en van SGLVG-behandeling ten opzichte van de huidige zorg geleverd binnen de ZVW. De toegankelijkheid van SGLVG-behandeling wordt geregeld in een stringent indicatieprotocol waardoor oneigenlijk of ongepast gebruik wordt tegengegaan. Het beginsel van de medische verwijzing wordt toegepast; voor het stelsel van (door)verwijzing wordt aangesloten bij de hiervoor thans geldende regels voor de specialistische GGZ. Gewerkt wordt met individuele behandelplannen onder eindverantwoordelijkheid van een regiebehandelaar (psychiater of GZ-psycholoog). Ten slotte nemen de SGLVG-behandelcentra deel aan het Kwaliteitskader De Borg, dat door middel van jaarlijkse visitaties en reflectiedagen de kwaliteit van de SGLVG-behandeling bevordert.

Specifiek voor de NAH geldt dat er zorgstandaarden zijn en dat er een kwaliteitsrichtlijn in ontwikkeling is. Voor het bepalen van de zorgbehoefte zijn beroepsinhoudelijke richtlijnen en standaarden van belang. 'NAH' is daar dus volop mee bezig. Daar is reeds sprake van eenheid van taal gezien het landelijke zorgprogramma Hersenz, waarin ook kwaliteitsaspecten zijn opgenomen.

Specifiek voor de groep cliënten LVB-complex geldt dat de orthopedagogische behandelcentra (verenigd in de VOBC) voor extramurale behandeling zorgmodules hebben opgesteld en i.s.m. het Landelijk Kenniscentrum LVB een Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Met deze zorgmodules en richtlijn is een kader gesteld voor de kwalitatieve uitvoering van multidisciplinaire, ambulante behandeling van (ernstige) gedragsproblematiek bij mensen met een LVB. Deze ambulante behandeling is onderdeel van het Kwaliteitskader Orthopedagogische Behandelcentra en de daaraan verbonden visitatiecyclus in VOBC-verband.

Vraag 6.

Aandachtspunten en risico's waarop we nog specifiek willen attenderen:

- Een eigen risico voor aanvullende geneeskundige zorg is niet wenselijk voor de doelgroepen uit de gehandicaptenzorg.
- Het is onvoldoende duidelijk hoe er verwezen en geïndiceerd wordt voor prestaties 2 en 3.
- Het is onvoldoende duidelijk welke gedragsdeskundige wel/niet regiebehandelaar kan zijn. Voor onze doelgroepen is essentieel dat ook een psycholoog of orthopedagoog regiebehandelaar kan zijn (zoals nu het geval is).
- Het lijkt erop dat de paramedicus altijd onder de regiebehandelaar valt. Dit is niet wenselijk; de (specialistische) paramedicus moet ook stand-alone kunnen behandelen aangezien hij een eigen behandelverantwoordelijkheid heeft.
- Systeembehandeling of intermedieërende behandeling is voor deze doelgroepen van groot belang en moet mogelijk zijn. Dit moet duidelijker omschreven worden.
- De behandeltermijnen zijn nog onvoldoende duidelijk terwijl het bij complexe doelgroepen als deze vaak om trajecten van enkele jaren.

- De prestatiebeschrijving en taken en rollen van de gedragsdeskundige/vaktherapeut zijn onvoldoende uitgewerkt en leunen te veel op de ouderenzorg; met name voor de doelgroep NAH, maar ook VG/EMG is een andere omschrijving nodig.
- Het probleem dat reistijd niet verdisconteerd is in de tarieven wordt niet opgelost.
- Reiskostenvergoeding voor de cliënt is onvoldoende gewaarborgd, terwijl het gaat om een cliëntengroep van wie een deel niet zelfstandig kan reizen, niet alleen als gevolg van fysieke beperkingen maar ook door cognitieve of gedragsmatige beperkingen.
- Voor de huidige codes S334 en S325 geldt dat deze vooral worden afgegeven voor cliënten tot 23 jaar. Op basis van de nieuwe systematiek zouden deze dan moeten worden gedeclareerd onder de gedragswetenschapper (S329). We zien graag beschreven hoe voorkómen wordt dat de leeftijdsgrens in de praktijk tot problemen zal leiden.
- Tenslotte is er ook een risico voor de zorgverzekeraars. Voor de risicodragende zorgverzekeraar zullen deze verzekerden (cliënten die vaak zware en langdurige zorg behoeven, ook vaak levenslang) hoe doelmatig de zorg ook geleverd wordt, een risico vormen. Te overwegen valt daarom, dat er voor deze groepen een voorziening wordt getroffen in de risicoverevening voor zorgverzekeraars.

Vraag 7.

Implementatie: het is o.i. een ontwikkeltraject waarvoor we als partijen goed de tijd moeten nemen. Daarom is 'proefdraaien' belangrijk en wat ons betreft kan dat reeds met de behandelprogramma's van NAH. Verder moeten we als partijen (onder aanvoering van de beroepsbeoefenaren) aan de slag met de noodzakelijke zorgprogramma's. De monodisciplinaire bekostiging die nu voorgesteld wordt, is slechts de overgangsfase naar een multidisciplinaire bekostiging in de toekomst.

VGN

Utrecht, 1 november 2017

Redactie door Frits Mul en Judith Zadoks