

Past extramurale AWBZ-behandeling onder de
Zorgverzekeringswet?

Een verkenning

Datum	2 september 2013
Status	Definitief

Colofon

Volgnummer	2013080045
Contactpersoon	mw. mr. A.M.J. le Cocq d'Armandville +31 (0)20 797 85 39
Afdeling	Sector Zorg
Uitgebracht aan	de Staatssecretaris van VWS
Auteurs	mw. mr. A.M.J. le Cocq d'Armandville

Inhoud

Colofon—2

Samenvatting—5

1 Inleiding—1

1.1 Onderwerp—1

1.2 Leeswijzer—2

2 Waar bestaat extramurale AWBZ-behandeling in zijn huidige vorm uit en wie levert die?—3

2.1 Omschrijving inhoud behandeling—3

2.1.1 Aanvullende functionele diagnostiek—4

2.1.2 Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag—4

2.1.3 CSLM-zorg—6

2.1.4 Individueel of in groepsverband en/of behandeling van 'de context'—7

2.2 Betrokken disciplines—7

3 Is het mogelijk de extramurale AWBZ-behandeling in te passen in de Zvw?—9

3.1 Past extramurale AWBZ-behandeling onder de te verzekeren Zvw-zorg?—10

3.1.1 Herstel en het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening, beperking of handicap—10

3.1.2 Het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag—10

3.1.3 Het leren omgaan met de aandoening, beperking of gedrag—11

4 Juridische aandachtspunten—13

4.1 Conclusie—13

4.2 Juridische aandachtspunten—13

5 Uitvoerbaarheid—15

5.1 Het systeem van de indicatiestelling—15

5.2 De polis—15

5.3 Bekostiging—16

5.4 Kosten en omvang doelgroep—16

6 Besluit CVZ—18

Bijlage 1: Details voorlopige raming kosten extramurale AWBZ-behandeling (exclusief o.b.v. zintuiglijke handicap)—19

Bijlage 2: Aantal verzekerden met een geldige indicatie voor extramurale AWBZ-behandeling op 1 januari 2013 verdeeld naar geïndiceerde klasse—20

Bijlage 3: Overzicht inhoudelijke reacties—21

Samenvatting

De centrale vraag in deze verkenning is of de extramurale behandeling die nu in de AWBZ is geregeld ook onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) past.

Deze vraag is door de ontwikkelingen binnen de langdurige zorg en de keuze van het kabinet voor een kern-AWBZ voor de zwaarste doelgroepen actueel geworden. In de kern-AWBZ is er geen plaats voor extramurale zorg. De extramurale begeleiding en persoonlijke verzorging gaan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de verpleging naar de Zvw en de vraag is nu of de extramurale AWBZ-behandeling ook onder de Zvw kan worden gebracht. Dat is niet alleen nodig vanwege de systeemwijzigingen, maar ook om een integralere zorg in de eerste lijn mogelijk te maken.

De termen 'intramurale behandeling' en 'extramurale behandeling' hanteren we hier in de betekenis die daar in de praktijk aan wordt gegeven. Die begrippen zijn nu eenmaal ingeburgerd, en er zijn nog geen begrippen ontwikkeld die beter bij de realiteit aansluiten.

Het gaat er daarbij om dat bij intramurale behandeling alle zorgonderdelen met elkaar zijn vervlochten. Behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging vormen één geheel, de samenhangende zorg van artikel 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza). Extramurale zorg kan los staan van de dagelijkse zorg aan de verzekerde. In de praktijk is het ook mogelijk dat 'intramurale behandeling' in een eigen woonsituatie wordt geboden, bijvoorbeeld bij het volledig pakket thuis.

We beantwoorden de vraag of de extramurale AWBZ-behandeling onder de Zvw kan worden gebracht aan de hand van de volgende deelvragen:

- Waar bestaat extramurale AWBZ-behandeling in zijn huidige vorm uit en wie levert die?
- Is het mogelijk de extramurale AWBZ-behandeling in te passen in de Zvw?
- Welke belemmeringen of knelpunten zijn er nog om op te lossen en aan welke uitvoeringsaspecten moet worden gedacht?

Hierbij benadrukken we dat de verkenning zich beperkt tot de *extramurale* behandeling die nu onder de AWBZ valt en dat deze niet over *intramurale* AWBZ-behandeling gaat. De verkenning beperkt zich verder tot de behandeling van mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking en/of met een verstandelijke of lichamelijke handicap. Over de AWBZ-zorg, waaronder behandeling, aan zintuiglijk gehandicapten heeft het CVZ op 25 juni 2013 een apart rapport uitgebracht.

Voor de beschrijving van de inhoud van de huidige extramurale AWBZ-behandeling onderscheiden we de categorieën 'aanvullende functionele diagnostiek', 'behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag' en 'Continue Systematische Langdurige Multidisciplinaire Zorg' (CSLM-zorg). Als 'aanbieders' benoemen we de disciplines die als behandelaars naar hun medische, gedragswetenschappelijke en paramedische deskundigheid te onderscheiden zijn.

De functiegerichte omschrijving van de Zvw richt zich vooral op het *wat* van de

aanspraak (de inhoud en omvang van de zorg) en het gaat bij behandeling uiteindelijk om het resultaat. We hebben daarom bij het beantwoorden van de vraag of extramurale AWBZ-behandeling ook onder de te verzekeren Zvw-zorg is in te passen als eerste gekeken of er te verzekeren Zvw-zorg is waarmee vergelijkbare doelen worden nagestreefd. We zijn nagegaan of de zorgvormen op elkaar lijken en of de betrokken beroepsgroepen vergelijkbaar zijn. Gezien de inhoud van de huidige extramurale AWBZ-behandeling hebben we deze vergeleken met de geneeskundige Zvw-zorg, de geriatrische Zvw-revalidatie en de paramedische Zvw-zorg.

Vergelijking van de extramurale AWBZ-behandeling met deze Zvw-zorg leidt tot de conclusie dat er sprake is van een analogie omdat de behandeldoelen van beide namelijk zijn:

- herstel en het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening, beperking of handicap,
- het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag, en
- het leren omgaan met de aandoening, beperking of gedrag.

Daarnaast is de aard van deze zorg zelf in de AWBZ analoog aan die van de zorg in de Zvw en hebben de beroepsgroepen die de zorg verlenen grote overeenkomsten.

We zijn ook nagegaan welke impact het heeft als de huidige extramurale AWBZ-behandeling als Zvw-zorg wordt geregeld. Besluit de minister daartoe dan moeten het Bza en het Bzv worden aangepast. De extramurale behandeling moet uit het Bza worden geschrapt, en in het Bzv moeten een aantal disciplines zoals de arts voor verstandelijk gehandicapten, de specialist ouderengeneeskunde en orthopedagogen worden opgenomen. Deze vallen namelijk niet onder de huidige omschrijving en zullen moeten worden toegevoegd aan de in die regeling genoemde beroepsgroepen. De consequenties van het feit dat niet alle beroepsgroepen in de Wet BIG zijn opgenomen verdient nadere bestudering.

Aandachtspunt is verder dat de manier waarop de paramedische zorg op dit moment in het Bzv is geregeld een probleem kan opleveren in situaties waarin dat 'los' en niet als onderdeel van medisch-specialistische zorg wordt geleverd. Voor bepaalde paramedische behandelingen zijn namelijk nadere voorwaarden in het Bzv opgenomen.

In verband met de voorziene invoering van de nieuwe Jeugdwet per 1 januari 2015 waardoor extramurale AWBZ-behandeling tot 18 jaar in verband met een verstandelijke beperking of psychische stoornis onderdeel wordt van het nieuwe gemeentelijke stelsel voor jeugdhulp pleit het CVZ ervoor om de herpositionering van extramurale AWBZ-behandeling van AWBZ naar Zvw gelijktijdig te realiseren met de invoering van de Jeugdwet.

Als uitvoeringsaspect waar bij een eventuele herpositionering van extramurale AWBZ-behandeling aandacht aan moet worden besteed en dat later desgewenst moet worden uitgewerkt, noemen we het systeem van de indicatiestelling. Nagegaan moet worden door wie en hoe onder de Zvw een uniforme en transparante indicatiestelling voor de zorg die nu extramurale behandeling heet kan worden bereikt.

In relatie tot de polis en de bekostiging merken we op dat duidelijk moet zijn om welke prestaties het gaat. We geven daarom aan wat de aandachtspunten zijn om tot een eenduidig af te bakenen prestatie te kunnen komen.

Wanneer de huidige extramurale AWBZ-behandeling daadwerkelijk onder de Zvw zou gaan vallen, moet rekening gehouden worden met de kosten van deze zorg. Op dit moment worden de totale kosten die ermee gemoeid zijn (voorlopig) geraamd op € 263 miljoen.

Het aantal verzekerden met een indicatie voor extramurale AWBZ-behandeling op grond van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking en/of van een lichamelijke en/of verstandelijke handicap per 1 januari 2013 omvat 17.144 personen.

1 Inleiding

1.1 Onderwerp

In deze verkenning beantwoorden we de vraag of de extramurale behandeling die nu in de AWBZ is geregeld, ook onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) past.

De oorspronkelijke aanleiding hiervoor was de gedachte dat de historisch gegroeide afbakening tussen de voormalige Ziekenfondswet en de AWBZ bij de invoering van de Zvw in 2006 is blijven bestaan, terwijl bepaalde AWBZ-zorg wellicht toch meer binnen het Zvw-domein past.^{1 2} Deze aanvankelijk wat theoretische benadering is door de ontwikkelingen binnen de langdurige zorg en de keuze van het kabinet voor een kern-AWBZ voor de zwaarste doelgroepen actueel geworden.³ Extramurale zorg maakt geen deel uit van de kern-AWBZ. De extramurale begeleiding en persoonlijke verzorging gaan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de verpleging naar de Zvw en de vraag is of de extramurale AWBZ-behandeling onder de Zvw kan worden gebracht. De overheveling van de extramurale AWBZ-zorg is niet alleen om systeemtechnische redenen nodig. Doordat de kern-AWBZ zich richt op de zwaarste doegroepen, zullen er meer mensen met complexe en specifieke problemen gebruik moeten maken van de eerstelijnszorg. Dan is het nodig dat daar de specifieke kennis en vaardigheden van AWBZ-behandelaars beschikbaar zijn. Deze verkenning heeft hierdoor uiteindelijk vooral een praktische invalshoek.

De centrale vraag in dit rapport is of de huidige extramurale AWBZ-behandeling ook onder de Zvw kan passen.

We beantwoorden deze vraag aan de hand van de volgende deelvragen:

- Waar bestaat extramurale AWBZ-behandeling in zijn huidige vorm uit en wie levert die?
- Is het mogelijk de extramurale AWBZ-behandeling in te passen in de Zvw?
- Welke belemmeringen of knelpunten zijn er nog om op te lossen?

Daarnaast gaan we kort in op een aantal uitvoeringsaspecten.

Hierbij zijn twee opmerkingen van belang:

1. De verkenning beperkt zich tot de *extramurale* behandeling die nu onder de AWBZ valt en gaat niet over *intramurale* AWBZ-behandeling.⁴ De termen 'intramurale behandeling' en 'extramurale behandeling' hanteren we hier in de betekenis die daar in de praktijk aan wordt gegeven. Die begrippen zijn nu eenmaal ingeburgerd, en er zijn nog geen begrippen ontwikkeld die beter bij de realiteit aansluiten. Het gaat er daarbij om dat bij intramurale behandeling alle zorgonderdelen met elkaar zijn vervlochten. Behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging vormen één geheel, de samenhangende zorg van

¹ Memorie van Toelichting bij Zorgverzekeringswet (<http://www.st-ab.nl/wetzvwmvt.htm>).

² Vgl. het CVZ-rapport Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten uit 2010.

³ Vlg notitie Ministerie van VWS d.d. 25 april 2013 betr. uitwerking van de kabinetsvoornemens in de langdurige zorg: <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/publicaties/2013/04/25/hervorming-van-de-langdurige-ondersteuning-en-zorg/hervorming-van-de-langdurige-ondersteuning-en-zorg-def.pdf>. Onderdelen van de huidige AWBZ die gericht zijn op behandeling en verpleging worden onder de Zvw gebracht om de samenhangende zorg vanuit de Zvw te versterken.

⁴ De *intramurale* AWBZ-behandeling blijft buiten beschouwing, omdat de verkenning gerelateerd is aan het kabinetsvoornemen om toe te werken naar een kern-AWBZ waarin *intramurale* zorg een verzekerd recht blijft voor de meest kwetsbare mensen. Het eventueel in de Zvw gaan regelen van functies die tot dan toe in de AWBZ waren geregeld, betreft dus alleen de *extramurale* AWBZ-functies.

artikel 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza). Extramurale zorg kan losstaan van de dagelijkse zorg aan de verzekerde.

In de praktijk is het ook mogelijk dat 'intramurale behandeling' in een eigen woonsituatie wordt geboden, bijvoorbeeld bij het volledig pakket thuis.

2. De Staatssecretaris van VWS heeft het CVZ apart om een uitvoeringstoets gevraagd over de AWBZ-zorg aan zintuiglijk gehandicapten, waaronder AWBZ-behandeling. Het CVZ heeft daarover op 25 juni 2013 gerapporteerd. Daarom gaan we in deze verkenning niet in op de behandeling van zintuiglijk gehandicapten. De verkenning beperkt zich tot de behandeling van mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of met een verstandelijke of lichamelijke handicap.
De aanpak in deze verkenning is overigens ook anders dan de aanpak in de verkenning over AWBZ-zorg aan zintuiglijk gehandicapten. Dat komt doordat de uiteindelijke vraagstelling anders is en de materie verschilt (bij de AWBZ-zorg aan zintuiglijk gehandicapten gaat het niet alleen om behandeling, maar ook om andere AWBZ-zorg en zorg die gericht is op de ondersteuning bij maatschappelijke participatie).

1.2

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beantwoorden we de eerste deelvraag en geven we een beschrijving van de extramurale AWBZ-behandeling en benoemen we wie die levert.

Het antwoord op de vraag of de extramurale AWBZ-behandeling in de Zvw past, volgt daarna in hoofdstuk 3.

In hoofdstuk 4 gaan we in op mogelijke belemmeringen en knelpunten en leggen we uit welke betekenis we aan de conclusie kunnen verbinden. We benoemen tot slot in hoofdstuk 5 een aantal uitvoeringsaspecten die uitgewerkt zullen moeten worden als de minister mocht besluiten om extramurale AWBZ-behandeling daadwerkelijk te herpositioneren.

2 Waar bestaat extramurale AWBZ-behandeling in zijn huidige vorm uit en wie levert die?

In dit hoofdstuk beantwoorden we de eerste deelvraag:

Waar bestaat extramurale AWBZ-behandeling in zijn huidige vorm uit en wie levert die?

We hebben daartoe gegevens vergaard via indicatiestellers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en beroepsverenigingen.⁵ We hebben gebruik gemaakt van de informatie die zij ons hebben verstrekt over de inhoud van extramurale behandeling en over het concrete behandelaanbod.

Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van wet- en regelgeving, onderzoeken en eerdere adviezen/rapporten van het CVZ, het AWBZ-kompas, de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ en de zogenaamde Indicatiwijzer.

De geconsulteerde partijen hebben allen gereageerd op ons verzoek om op het concept van de verkenning te reageren. Deze reacties hebben vooral geleid tot aanscherping van de beschreven belemmeringen, knelpunten en uitvoeringsaspecten die bij daadwerkelijke herpositionering zullen moeten worden uitgewerkt. De algemene lijn om extramurale AWBZ-behandeling onder te brengen in de Zvw ondersteunen zij. Een overzicht van de inhoudelijke reacties is opgenomen als bijlage 3.

Voor de kwantitatieve gegevens hebben we 'Zorgcijfers' van het CVZ, de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR), budgetteringsgegevens van de NZa en 'Aanspraak op AWBZ-zorg' van het CIZ geraadpleegd.

Om vast te kunnen stellen wat de betrokken beroepsgroepen concreet als behandeling aanbieden, zijn we te rade gegaan bij de richtlijnen en standaarden van de relevante beroepsgroepen van de in de Zvw genoemde zorgverleners. Voor informatie over het werkgebied en daarbij horende zorgaanbod (zorgarsenaal) van de betreffende beroepsgroepen hebben we hun opleidings- en beroepseisen bekeken.

Binnen de bij extramurale AWBZ-behandeling betrokken medische, gedragswetenschappelijke en paramedische sector is echter (nog) weinig zorg uniform vastgelegd en omschreven.

Voor zover behandeling wel in richtlijnen, standaarden en/of eindtermen was omschreven en/of er competentieprofielen, omschrijvingen van de doelgroep, theoretische kaders en methodieken beschikbaar waren, hebben we deze gebruikt.⁶

2.1 Omschrijving inhoud behandeling

AWBZ-behandeling wordt in de praktijk in een aantal categorieën onderscheiden. Dit onderscheid is ook opgenomen in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ die de

⁵ Het CVZ heeft d.m.v. interviews informatie ingewonnen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Jeugdzorg Nederland, Actiz, de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), Verenso (de vereniging van specialisten voor ouderengeneeskunde), Stichting Omega, Stichting Reinaerde, 's Heeren Loo, Bartimeus, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen en Onderwijskundigen (NVO), de zorgkantoren VGZ en CZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Op 24 april 2013 zijn zij ook bij een speciale expertmeeting aanwezig geweest.

⁶ De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten heeft bijvoorbeeld het zorgaanbod van de AVG in een document vastgelegd.

Staatssecretaris van VWS heeft vastgesteld. Het gaat om:

- Aanvullende functionele diagnostiek;
- Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag;
- Continue Systematische Langdurige Multidisciplinaire Zorg (CSLM-zorg).

Voor een heldere presentatie volgen we diezelfde indeling.

2.1.1 *Aanvullende functionele diagnostiek*

Aanvullende functionele diagnostiek kan vanwege de complexiteit van de problematiek nodig zijn wanneer er na basis- of primaire diagnostiek is vastgesteld van welke aandoening, beperking of handicap sprake is. Op basis van de aanvullende functionele diagnostiek kan een individueel zorg- of behandelplan of een doelgericht behandeladvies worden op- of bijgesteld.

Zowel in het kader van 'behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag' als in het kader van CSLM-zorg wordt in veel gevallen in de eerste plaats aanvullende functionele diagnostiek verricht. Deze diagnostiek bestaat uit een analyse en verheldering van de vraag om behandeling. De arts voor verstandelijk gehandicapten, de specialist ouderengeneeskunde of de gedragswetenschapper verricht in die gevallen gericht onderzoek om inzicht te krijgen in de niveaus van functioneren (cognitief, adaptief en sociaal emotioneel) om problematisch gedrag te kunnen verklaren (bijvoorbeeld door eventuele aanwezigheid van bepaalde psychische of psychiatrische aandoeningen). Het systeem en/of de omgeving (de context) worden daarbij ook geanalyseerd. De betrokken discipline stelt een inhoudelijk advies op over de randvoorwaarden waar de behandeling in het specifieke geval aan zal moeten voldoen en adviseert andere bij de behandeling te betrekken of betrokken disciplines, ouders/het systeem over de behandeling.

Lopende de behandeling voorziet de arts of gedragswetenschapper het behandelteam van periodiek advies, evalueert hij de behandeling en informeert hij de ouders/het systeem.

2.1.2 *Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag*

Is er een noodzaak om vaardigheden of gedrag te herstellen of om nieuwe vaardigheden of gedrag aan te leren, dan is 'behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag' de aangewezen behandelvorm. Voorwaarde is dat verzekerde leer- of trainbaar is.

Bij 'behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag' wordt via een programmatische aanpak en volgens een behandelplan aan herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag gewerkt. Wat het herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag precies behelst, moet als concreet behandeldoel zijn omschreven. De haalbaarheid ervan wordt afgestemd op de mate waarin verzekerde leer- en trainbaar is. Dit hangt af van de complexiteit van zijn aandoeningen, beperkingen en handicaps en eventuele bijkomende (psychiatrische) problematiek.

De behandeling wordt zo ingericht dat de verzekerde door het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag (toekomstige) verergering van zijn beperkingen,

aandoeningen en handicaps kan voorkomen of dat stoornissen en beperkingen teruggedrongen worden of de ernst van stoornissen en/of beperkingen worden beperkt.

De behandeling kan zich verder op het eventuele problematische verloop van de sociaal-emotionele ontwikkeling richten en op (bijvoorbeeld bij een op latere leeftijd verworven aandoening, beperking of handicap) acceptatie en verwerking van verlies.

Daarnaast kan de behandeling zich richten op het leren omgaan met de cognitieve gevolgen van de aandoening of beperking en op het voorkomen van achteruitgang van cognitieve en sociaal-emotionele vaardigheden.

Bij de vaak voorkomende combinatie van verstandelijke beperkingen of psychogeriatrische aandoeningen met bijvoorbeeld somatische problematiek en/of een lichamelijke handicap maakt paramedische zorg deel uit van de behandelvorm. Het gaat daarbij om ergotherapeutische, logopedische en/of fysiotherapeutische interventies en diëtetiek. De ergotherapie richt zich op het dagelijks handelen en voorziet in oplossingen om de dagelijkse activiteiten weer of nog te kunnen verrichten. De ergotherapeut houdt daarbij rekening met het verstandelijk niveau, de eigenheid en de belevingswereld van verzekerde. Ergotherapie heeft als doel om iemand ondanks of met zijn beperking, aandoening of handicap zo optimaal en zelfstandig mogelijk in zijn dagelijks leven te kunnen laten functioneren en om verlies van zelfredzaamheid op het terrein van het bewegingsapparaat of denkvermogen (door middel van neurologische oefentherapie) te voorkomen.

Door middel van gerichte oefentherapie of individueel afgestemde fysiotherapie wordt bijvoorbeeld gewerkt aan het verminderen, opheffen of compenseren van stoornissen in het functioneel bewegen. Fysiotherapie wordt ook vaak preventief ingezet in het kader van bijvoorbeeld valpreventie en het voorkomen van decubitus. Is er ingeval van een somatische aandoening of beperking, een lichamelijke handicap en/of een psychogeriatrisch probleem een revalidatietraject aan de behandeling voorafgegaan, dan richt de fysiotherapie zich op behoud van het tijdens de revalidatiebehandeling behaalde resultaat en op het benutten van de restmogelijkheden en het leren omgaan met de invaliderende gevolgen. Daarnaast richt de behandeling zich op het leren omgaan met de fysieke gevolgen van de aandoening of beperking en op het voorkomen van achteruitgang van fysieke vaardigheden.

Bij logopedie gaat het vooral om de optimalisering van de communicatie-omgeving met als doel om zo optimaal en zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren in het dagelijks leven.

Bij diëtetiek gaat het om behandeling bij specifieke en complexe voedingsproblematiek met als doel om de gezondheid en kwaliteit van leven in stand te houden en/of te verbeteren.

Er wordt onder verantwoordelijkheid van een gedragswetenschapper gewerkt aan verandering, ontwikkeling en/of acceptatie van iemands beperking, handicap, klachten en/of stoornissen. Het doel van de behandeling is om het gedrag van de verzekerde te veranderen en/of om bepaalde blokkades te verminderen of op te heffen, waardoor er weer verdere ontwikkeling mogelijk wordt en het emotioneel

welbevinden kan verbeteren.

Er wordt gewerkt aan het in gang zetten van positieve veranderingen en het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag om verergering van beperkingen te voorkomen. Daarnaast wordt er gewerkt aan het verbeteren van opvoedsituaties zodat het gezin de ontwikkeling en opvoeding beter kan waarborgen en aan het wegnemen van- of hanteerbaar maken van de crisisfactor in de gezinssituatie.

Therapeutische behandelingen zijn zeer divers. Zij staan als behandelvormen niet op zichzelf, maar maken deel uit van het totale behandelplan en worden gebruikt als onderdeel van de behandeling. Er bestaat onder andere:

- Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG),
- Multi Probleem Gezinnen (MPG),
- Families First,
- Speltherapie,
- Muziektherapie,
- Beeldende therapie,
- (Cognitieve) Gedragstherapie, zoals de zogenaamde Stop-Denk-Doe-Methode,
- Early Intervention (bij het syndroom van Down),
- Sensorische Informatie Verwerkingstherapie,
- Psychomotore therapie,
- Weerbaarheids- en sociale vaardigheidstraining,
- Training in vaardigheden zoals probleemhantering,
- Non-verbale therapie,
- Het zogenaamde kleine stapjes-plan (d.m.v. oefeningen per ontwikkelingsfase per ontwikkelingsgebied).

2.1.3

CSLM-zorg

Bij complexe (multi-)problematiek is vaak substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair zorgteam en combinatie met andere AWBZ-zorg nodig. Het gaat daarbij om het voorkomen van de gevolgen/complicaties van de aandoening of van een met de aandoening gerelateerde stoornis of om het handhaven van aanwezige mogelijkheden. Dit noemen we 'Continue Systematische Langdurige Multidisciplinaire Zorg' (CSLM-zorg). Het gaat om zorg waarbij alle disciplines intensief met elkaar samenwerken. Tegenwoordig spreekt men van interdisciplinaire zorg. We hanteren hier de ingeburgerde term CSLM-zorg zonder daarmee een inhoudelijk verschil te willen aangeven.

Het zorgteam werkt aan een concreet en in een behandelplan vastgelegd haalbaar behandeldoel. Binnen het team vindt op gestructureerde wijze afstemming plaats over wat de verschillende disciplines doen.

CSLM-zorg richt zich niet zozeer op herstel, maar op preventie en het tegengaan van verslechtering of het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening, beperking of handicap. De sociale context (het gezin en/of de omgeving/het systeem) wordt in principe altijd bij de behandeling betrokken.

Naast medische interventies bestaat de behandeling vaak uit doelgerichte prikkeling van praktische, cognitieve en/of sociaal emotioneel vaardigheden om achteruitgang

of een grotere zorgvraag op termijn te voorkomen. Dit gebeurt dan door middel van bijvoorbeeld speltherapie en muziektherapie

De behandeling kan echter ook alleen bestaan uit het bieden van palliatie.

AWBZ-behandeling is in veel gevallen levenslang noodzakelijk. Dat is in de Zvw minder het geval, zeker bij op genezing gerichte zorg. Maar ook in de Zvw is de behandeling vaak niet op genezing gericht, maar op een optimaal functioneren, tegengaan van verslechtering en voorkomen van complicaties, waarbij de zorg levenslang noodzakelijk is. Dit is daarom een gradueel verschil, dat het opnemen in de Zvw niet in de weg staat.

2.1.4 *Individueel of in groepsverband en/of behandeling van 'de context'*

Zowel 'behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag' als CSLM-zorg kan individueel en in groepsverband worden gegeven.

Zoals hiervoor al is aangegeven, kan de behandeling ook gericht zijn op het gezin of het systeem of de mantelzorg als dit ten goede komt aan verzekerde. Behandeling van gezin, systeem, omgeving of mantelzorg (zgn. systemische behandelingsaanpak) kan noodzakelijk zijn wanneer de context vaardigheden of gedrag moet aanleren om om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de verzekerde.

Meer dan in de Zvw richt de AWBZ-behandeling zich op het cliëntsysteem. Het is echter ook in de Zvw mogelijk dat de zorg niet (strikt) op het individu is gericht, maar op het cliëntsysteem, bijvoorbeeld in de psychiatrie en revalidatiezorg.

2.2 **Betrokken disciplines**

Na deze omschrijving van de inhoud van de behandeling, geven we hieronder aan welke zorgverleners (inclusief de al genoemde) bij de behandeling betrokken zijn.

Extramurale AWBZ-behandeling wordt in principe door een multidisciplinair team geboden. Disciplines die erbij betrokken kunnen zijn, zijn artsen, gedragswetenschappers en paramedici met specifieke kennis en deskundigheid op desbetreffend terrein. Met 'specifiek' wordt bedoeld op de gerichtheid op specifieke doelgroepen in relatie tot de grondslagen waar het bij de AWBZ om gaat. Als behandelaars zijn de volgende disciplines naar hun deskundigheid te onderscheiden:

- Medisch: artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG), specialisten ouderengeneeskunde (SO), psychiaters, verpleegkundig specialisten.
- Gedragswetenschappelijk: GZ-psychologen, klinisch-psychologen, neuropsychologen, orthopedagogen, pedagogen, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkers, gezinshulpverleners, ambulante begeleiders, ontwikkelingsbegeleiders en zogenaamde vaktherapeuten zoals spel-, muziek-, activiteitentherapeuten.⁷
- Paramedisch: fysio- en oefentherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, psychomotorisch therapeuten.

⁷ Betrokken orthopedagogen zijn vaak zogenaamde IOG-ers (Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandelaars). Betrokken pedagogen zijn vaak zogenaamde PPG-ers (Praktisch Pedagogische Gezinsfunctionarissen). Vaktherapeuten werken op verwijzing en indicatie van een GZ-psycholoog of paramedicus en zijn niet als zelfstandig beroepsbeoefenaar aan te merken.

Welke disciplines in de praktijk deel uitmaken van het behandelteam, is afhankelijk van de zorgvraag.

Zoals hiervoor is opgemerkt, gaat het om behandeling in een multidisciplinaire context. Net als binnen de GGZ is sprake van een hoofdbehandelaar. Is er bij de behandeling bijvoorbeeld een vaktherapeut betrokken, dan levert hij zorg in het kader van de multidisciplinaire behandeling onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar.⁸

De betrokken zorgaanbieders voldoen aan specifieke competentie-eisen, beschikken over specifieke kennis en deskundigheid en hebben een specifiek zorgaanbod.⁹

⁸ Vgl. Brief van de Minister van VWS aan de Voorzitters van de Eerste en Tweede Kamer d.d. 2 juli 2013, kenmerk 129353-106301-CZ.

⁹ De in de meerderheid van de gevallen bij de behandeling betrokken artsen voor verstandelijk gehandicapten hebben hun competenties vanwege het specifieke karakter van de doelgroep apart vastgelegd. Zie het door de NVAVG gepubliceerde rapport over het zorgaanbod van de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG): <http://www.nvavg.nl/upload/diverse-publicaties/zorgaanbod-van-de-avg---digitale-versie-website.pdf>. In het in de bijlage opgenomen overzicht wordt weergegeven welke specifieke competentie-eisen aan de betrokken professionals worden gesteld vanwege de specifieke kenmerken van de doelgroep. De specifieke competentie-eisen voor wat betreft het medisch handelen, de communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit zijn in dat rapport na te lezen. Zie ook <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/VER-002-4-Beroepsprofiel7int.pdf>: het Beroepsprofiel en Competenties Specialist Ouderengeneeskunde d.d. 2012 van Verenso waarin het beroepsprofiel en de competenties van de specialist ouderengeneeskunde zijn vastgelegd.

3 Is het mogelijk de extramurale AWBZ-behandeling in te passen in de Zvw?

In het vorige hoofdstuk gingen we in op de inhoudelijke omschrijving van de extramurale AWBZ-behandeling en het concrete zorgaanbod in de praktijk van de daarbij betrokken disciplines. In dit hoofdstuk beantwoorden we de vraag of deze behandeling ook onder de te verzekeren Zvw-zorg is in te passen.

Omdat de functiegerichte omschrijving van de Zvw zich vooral richt op het *wat* en voor wie van de aanspraak (de inhoud en omvang van de zorg) en het bij behandeling uiteindelijk om het resultaat gaat, hebben we bij het beantwoorden van de vraag als eerste gekeken of de AWBZ-zorg vergelijkbare doelen nastreeft als de zorg in de Zvw. Daarnaast zijn we nagegaan of de zorgvormen op elkaar lijken en de beroepsgroepen vergelijkbaar zijn. Als dat het geval is, is het te verwachten dat de zorg in de Zvw is in te passen. In dit hoofdstuk beperken we ons daartoe. In het volgende hoofdstuk bekijken we welke belemmeringen en knelpunten eventueel nog moeten worden opgelost.

Gezien de inhoud van de huidige extramurale AWBZ-behandeling gaat het om de volgende te verzekeren zorg in de Zvw:

- Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Deze zorg omvat volgens dat artikel zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, alsmede geriatrische revalidatie en paramedische zorg.
- Geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c Bzv. Dit omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, en is gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
- Paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6 Bzv. Deze zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering:
 - Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van bepaalde aandoeningen¹⁰ en bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.
 - Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
 - Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen.
 - Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden.

¹⁰ Bedoeld zijn de in bijlage 1 van het Bzv (de zgn. Chronische lijst) genoemde aandoeningen.

3.1 Past extramurale AWBZ-behandeling onder de te verzekeren Zvw-zorg?

Vergelijken we de extramurale AWBZ-behandeling met bovenbedoelde geneeskundige zorg, geriatrische revalidatie en paramedische zorg, dan komen we tot de conclusie dat er sprake is van een analogie.

De behandeldoelen van zowel extramurale behandeling als die van geneeskundige zorg, geriatrische revalidatie en paramedische zorg zijn namelijk:

- herstel en het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening, beperking of handicap,
- het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag, en
- het leren omgaan met de aandoening, beperking of gedrag.

Op deze analogie gaan we hieronder in.

3.1.1 Herstel en het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening, beperking of handicap

Van een analogie van 'behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag' en CSLM-zorg met geneeskundige zorg, geriatrische revalidatie en paramedische zorg is sprake omdat die zorg niet alleen op genezing gericht is, maar ook op het verminderen van functionele beperkingen, behandeling van aandoeningen, herstel of verbetering van functies.

'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag' en CSLM-zorg worden namelijk geboden om de aandoening of beperking te herstellen. Is herstel echter niet mogelijk, dan worden de behandelingen geboden om de beperkingen en/of stoornissen terug te dringen, om te voorkomen dat ze verergeren, om te voorkomen dat klachten of gevolgen/complicaties van de aandoening verergeren of om te voorkomen dat met de aandoening gerelateerde stoornissen ontstaan.

De behandelingen richten zich ook op het beheersbaar houden en vertragen van de problematiek (bijvoorbeeld het beheersbaar houden en vertragen van stemmings-, geheugen- en gedragsproblematiek en problematiek bij het sociaal emotioneel functioneren).

Het soort zorg dat de arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, gedragswetenschapper en/of paramedicus levert, past daarom naar zijn aard (qua inhoud en omvang) ook onder de Zvw.

3.1.2 Het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag

De analogie met paramedische Zvw-zorg is waarneembaar omdat het bij extramurale AWBZ-behandeling voor een groot deel om paramedische zorg gaat, geboden door oefen- en fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten, die net als paramedische Zvw-zorg gericht is op herstel of verbetering van functies en behandeling van aandoeningen om de zelfzorg en de zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen en om de eigen regie zo lang mogelijk zelf in de hand te kunnen houden.

Bij extramurale AWBZ-behandeling die gericht is op het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag gaat het immers vooral om het compenseren van beperkingen om zo zelfstandig mogelijk te kunnen blijven functioneren, om het aanleren van (ADL-)vaardigheden, om het oefenen om daarmee de zelfregie en praktische zelfredzaamheid te vergroten en om het voorkomen van achteruitgang van fysieke, cognitieve en sociaal-emotionele vaardigheden.

De nadruk van de extramurale AWBZ-behandeling ligt in de meeste gevallen op praktische ondersteuning en aanpassing aan de beperkingen. Het aanleren van daarop toegesneden vaardigheden maakt daar onderdeel van uit.

Met Zvw-revalidatiezorg is een analogie waarneembaar omdat de extramurale AWBZ-behandeling zich net als die revalidatiezorg ook richt op herstel van vaardigheden, op het compenseren of verminderen van beperkingen en op het benutten van restmogelijkheden in het kader van behoud of vergroting van de zelfregie en praktische zelfredzaamheid. Zowel Zvw-revalidatiezorg als extramurale AWBZ-behandeling zijn gericht op het aanleren van nieuwe vaardigheden en de behandeldoelen van beide komen dus met elkaar overeen.

Net als Zvw-revalidatiezorg richt de extramurale AWBZ-behandeling zich op compensatie van beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten. Er worden vaardigheden bijgebracht om ondanks de beperking zo zelfstandig mogelijk te functioneren en om zoveel mogelijk weer zelfredzaam te worden.

De overeenkomst van extramurale AWBZ-behandeling gericht op het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag met Zvw-revalidatiezorg wordt mede op basis van de volgende omschrijvingen zichtbaar:

- De brancheorganisatie Revalidatie Nederland stelt dat 'Medisch specialistische revalidatie zich richt op het herstel van autonomie en/of de verbetering van mogelijkheden van mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functionele beperking. Het betreft complexe problematiek als gevolg van ziekte, ongeval of een aangeboren aandoening.¹¹
- De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen voegt hier aan toe dat de revalidatiegeneeskunde als doel heeft een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de patiënt te bereiken en dat deze zich richt op maatschappelijke integratie.¹²
- Volgens het document 'Indicatiestelling Revalidatiezorg' is revalidatiezorg aangewezen als deze hulp het meest doeltreffend is bij het verminderen van een handicap als gevolg van stoornissen of beperkingen (.....), teneinde de verzekerde in staat te stellen een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden welke, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.^{13 14}

3.1.3

Het leren omgaan met de aandoening, beperking of gedrag

Bij extramurale AWBZ-behandeling die zich richt op het leren omgaan met de fysieke en/of cognitieve gevolgen van de aandoening, beperking of handicap is er sprake van een analogie met de Zvw-aanspraak geneeskundige zorg. Net als Zvw-

¹¹ Revalidatie Nederland, Brancherapport revalidatie 2010.

¹² VRA, Revalidatiegeneeskunde, investeren in kwaliteit van leven.

¹³ Indicatiestelling revalidatiezorg, mei 2001.

¹⁴ De gebruikte terminologie kan verwarrend zijn. Het rapport Indicatiestelling revalidatiezorg gebruikt de term handicap als een gevolg van een stoornis of beperking. Het CVZ sluit aan bij de terminologie van de ICF-classificatie en gebruikt de term beperking als gevolg van een (zintuiglijke) handicap.

geneeskundige zorg richten AWBZ-behandelingen (waaronder ook gedragswetenschappelijke AWBZ-interventies) zich namelijk voor een deel op het (psychisch) leren omgaan met de beperking, aandoening of handicap en vooral ook op de problematiek die iemand en zijn systeem (gezin, school) daardoor kan hebben bij het sociaal-emotioneel functioneren.

4 Juridische aandachtspunten

4.1 Conclusie

Uit het voorgaande volgt dat 'behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag', CSLM-zorg en de in relatie tot beide behandelvormen eventueel noodzakelijke aanvullende functionele diagnostiek ook onder de Zvw passen. De doelen van extramurale AWBZ-behandeling komen overeen met de doelen van Zvw-geneeskundige zorg, geriatrische revalidatie en paramedische zorg. Daarnaast is de aard van de zorg zelf in de AWBZ analoog aan die van de zorg in de Zvw en hebben de beroepsgroepen die de zorg verlenen grote overeenkomsten. Het multidisciplinair leveren van behandeling behoort ook binnen de Zvw tot de mogelijkheden. In dit hoofdstuk gaan we in op de belangrijkste gevolgen voor de regelgeving en bekostiging.

4.2 Juridische aandachtspunten

Om extramurale AWBZ-behandeling voortaan vanuit de Zvw te regelen, is een beperkte aanpassing van het Bza nodig, namelijk het schrappen van artikel 8 Bza. De samenhangende zorg van artikel 9 Bza (verblijf) omvat ook intramurale behandeling. De omschrijving van behandeling bij verblijf in artikel 9 Bza volstaat daarom.¹⁵ Hierbij merken we overigens op dat we beseffen dat de term 'intramurale behandeling' in artikel 9 in zoverre achterhaald is dat de samenhangende zorg ook zonder instellingsverblijf kan worden geboden, zoals bij het volledig pakket thuis. Het gaat erom dat bij die samenhangende zorg alle zorgonderdelen met elkaar zijn vervlochten. Als we het hebben over 'extramurale behandeling' hebben we het dus over de behandeling die als op zichzelf staande interventie te bieden is. We hanteren de begrippen 'intramurale behandeling' en 'extramurale behandeling' omdat die nu eenmaal zijn ingeburgerd, en er nog geen begrippen zijn ontwikkeld die beter bij de realiteit aansluiten.

Het Bzv moet ook worden aangepast. Besluit de minister namelijk om extramurale behandeling in het Bzv te positioneren, dan moeten ook andere disciplines, waaronder in ieder geval de artsen voor verstandelijk gehandicapten, de specialisten ouderengeneeskunde en orthopedagogen toegevoegd worden aan de in artikel 2.4 Bzv genoemde beroepsgroepen omdat zij niet onder de huidige omschrijving vallen. Daarbij merkt de Nza op dat voor de Zvw zorginkoop en voor het toezicht op de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars inzicht in de wettelijke bevoegdheden en bekwaamheden van betrokken zorgprofessionals belangrijk zijn. Ook moeten beperkingen worden aangebracht in de reikwijdte van 'plegen te bieden' voor sommige beroepsgroepen. Orthopedagogen richten zich bijvoorbeeld niet alleen op behandeling zoals hier bedoeld, maar ook op andere domeinen, zoals opvoedingsproblemen, onderwijs etc. Het moet uit de wetstekst in samenhang met professionele standaarden en dergelijke duidelijk zijn welke zorg ten laste van de Zvw komt.

Aandachtspunt is verder dat de manier waarop de paramedische zorg op dit moment in het Bzv is geregeld een probleem kan opleveren in situaties waarin dat 'los' en niet als onderdeel van specialistische zorg in het ziekenhuis of als onderdeel van geriatrische revalidatiezorg en medisch specialistische revalidatie wordt geleverd. Voor bepaalde paramedische behandelingen zijn namelijk nadere voorwaarden in het Bzv opgenomen.

¹⁵ In artikel 9 Bza is bepaald: Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien die verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.

Fysiotherapie kan bijvoorbeeld alleen worden gegeven als het gaat om behandeling van een aandoening die op de zogenaamde 'Chronische lijst' staat. Verder zijn voor verzekerden van achttien jaar en ouder de eerste twintig behandelingen uitgezonderd en is voor verzekerden jonger dan achttien jaar het aantal behandelingen beperkt tot maximaal achttien. Voor ergotherapie geldt een maximum van tien behandelingen per jaar en voor dieetadvisering geldt een maximum van drie behandelingen per jaar.¹⁶

Hoe het probleem van vergoeding van de paramedische zorg als onderdeel van extramurale behandeling moet worden opgelost is op dit moment nog niet helder. Het is de vraag bijvoorbeeld op basis van welke criteria de paramedische zorg die nu in het kader van de AWBZ wordt geleverd is af te bakenen van andere Zvw-paramedische zorg.

In de gehandicaptenzorg is de orthopedagoog vaak de (hoofd)behandelaar. Orthopedagogen zijn niet BIG-geregistreerd. Het is onduidelijk of en in hoeverre dat een probleem oplevert voor de zorginkoop en het toezicht van de Nza.

Bij de behandeling van Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG) is het op dit moment mogelijk dat naast de zorg van het zorgzwaartepakket (ZZP) ook extra zorg door andere instellingen wordt geboden (de Borg). Dit wordt extramurale zorg genoemd. Feitelijk gaat het echter om een uitbreiding van de integrale behandeling in de instelling, en maakt de zorg deel uit van de samenhangende zorg van artikel 9 Bza. Deze zorg kan niet naar de Zvw worden overgeheveld. De bekostiging moet worden aangepast.

Een belangrijk aandachtspunt is bovendien dat door de voorgenomen nieuwe Jeugdwet per 1 januari 2015 extramurale AWBZ-behandeling tot 18 jaar in verband met een verstandelijke beperking of psychische stoornis onderdeel wordt van het nieuwe gemeentelijke stelsel voor jeugdhulp. VG-cliënten (0-17 jaar) vormen binnen de extramurale behandeling AWBZ in aantallen de grootste groep. Deze extramurale behandeling wordt zowel individueel als in groepsverband geleverd (bijlage 1 en 2). Dagbehandeling in groepsverband is een geïntegreerde prestatie waar onderdelen in zitten die bij uitstek gespecialiseerde behandeling betreffen. Het CVZ pleit in dat verband om de herpositionering van extramurale AWBZ-behandeling van AWBZ naar Zvw gelijktijdig te doen plaatsvinden met de overheveling van de zorg voor de doelgroep kinderen en jongeren naar de gemeenten.

Een tweede belangrijk aandachtspunt is dat extramurale AWBZ behandeling voor mensen met een lichamelijke (LG) of verstandelijke handicap (VG) en een somatische aandoening of beperking (SOM) voor het grootste deel van de cliënten bestaat uit dagbehandeling in groepsverband. Dit zijn geïntegreerde prestaties waar onderdelen in zitten die gespecialiseerde vormen van behandeling betreffen. De noodzaak voor de beschikbaarheid van dit type zorg zal in de toekomst sterk in omvang toenemen, omdat met de Hervorming van de Langdurige Zorg veel mensen die nu in instellingen verblijven hun zorg extramuraal krijgen.

Voor de VG-cliënten is het overgrote deel van de AWBZ behandeling overigens juist individuele behandeling (8.346 van de 12.081 cliënten).

¹⁶ Artikel 2.6 Bzv.

5 Uitvoerbaarheid

Na de conclusie over de huidige extramurale AWBZ-behandeling die onder de Zvw past, gaan we in dit hoofdstuk nader in op een aantal uitvoeringsaspecten van deze conclusie. Het gaat hier om een globale verkenning, die nog verder moet worden uitgediept.

5.1 Het systeem van de indicatiestelling

Iedereen die een beroep wil doen op zorg heeft een indicatie nodig. In de AWBZ is voorzien in een onafhankelijk indicatieorgaan, het CIZ. Het CIZ beoordeelt op basis van door de minister vastgestelde beleidsregels of de verzekerde is aangewezen op behandeling. Bij individuele behandeling beperkt de indicatiestelling zich daartoe. Het CIZ geeft niet aan welke behandelvorm nodig is, en geeft ook geen omvang aan. Bij behandeling in groepsverband geeft het CIZ alleen aan hoeveel dagdelen per week noodzakelijk zijn. De indicatie is een besluit waartegen bezwaar en beroep open staat.

Ook de Zvw gaat ervan uit dat beoordeeld moet worden of de verzekerde wel op behandeling is aangewezen.¹⁷ Binnen de Zvw maakt de indicatiestelling deel uit van het zorgproces. De indicatiestelling ligt in handen van de betrokken beroepsbeoefenaar. De indicatiestelling gebeurt op grond van de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar, gecombineerd met wat standaarden en richtlijnen hierover vermelden. Mede op basis van die documenten kan uniformiteit tussen zorgverleners en transparantie in de indicatiestelling worden bereikt.

De indicatiestelling voor behandeling is in de AWBZ en Zvw behandeling is juridisch verschillend vormgegeven, maar inhoudelijk is het verschil beperkt: de behandelaar bepaalt op grond van zijn eigen professionele standaarden wat de aard van de zorg is, en bij individuele behandeling ook de omvang.

In de AWBZ geldt de indicatiestelling als toegangseis. Dat kan overbehandeling en onnodige kosten voorkomen. In de Zvw is het echter ook mogelijk extra toegangseisen te stellen. Als er risico is op overbehandeling, bijvoorbeeld omdat de professionele standaarden onvoldoende houvast bieden, kan de zorgverzekeraar zelf een indicatie of machtigingsprocedure in de polisvoorwaarden opnemen. Daarnaast zijn andere mechanismen voor uitgavenbeheersing denkbaar. Dit moet nog verder worden uitgewerkt. Gezien het multidisciplinaire en specialistische karakter van de extramurale AWBZ-behandeling die nu geboden wordt, vraagt dit om uitwerking samen met de NZa en de betrokken beroepsgroepen en branches.

5.2 De polis

Onder de AWBZ wordt de extramurale behandeling georganiseerd door instellingen en over het algemeen multidisciplinair aangeboden. In het voorgaande hebben we gezien dat behandeling binnen de Zvw past. Wij gaan er vanuit dat de huidige zorgaanbieders deze behandeling ook willen blijven leveren, ongeacht het wettelijk verzekeringskader. Als er daadwerkelijk sprake zal zijn van herpositionering en de huidige extramurale AWBZ-behandeling deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties van het Bzv, is daarmee 'alleen' bepaald *wat* tot de te verzekeren prestaties behoort en *wanneer* er aanspraak bestaat. *Wie* de zorg levert en *waar* dit gebeurt, bepaalt de zorgverzekeraar door middel van zijn contracteerbeleid en vindt zijn weerslag in de polis.

¹⁷ Het algemene indicatievereiste voor de Zvw is neergelegd in artikel 2.1 lid 3 Bzv: Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Zorgverzekeraars moeten de behandeling inkopen en aan hun verzekerden aanbieden. Hiertoe moeten zij weten wie zij moeten contracteren, wie de zorgverleners zijn, wat de behandeling inhoudt, voor wie de zorg bedoeld is etc. Kortom, het wat, wie, waar en hoe van de behandeling moet zichtbaar worden gemaakt, zodat zorgverzekeraars weten wat zij moeten inkopen. Deze duidelijkheid vindt uiteindelijk zijn weerslag in de polis, waar de behandeling als verzekerde prestatie wordt opgenomen. Ook dit moet verder worden uitgewerkt.

5.3 **Bekostiging**

Voor de bekostiging ten laste van de Zvw, moet duidelijk zijn om welke prestaties het gaat. De prestaties moeten eenduidig/duidelijk af te bakenen zijn.

Aandachtspunten in dit verband zijn:

- Aan de prestaties moeten eenduidig kosten kunnen worden toegerekend (inclusief kapitaallasten), zodat duidelijk is hoeveel er precies financieel moet worden overgeheveld.
- De nieuwe prestaties moeten tijdig bekend zijn in verband met de zorginkoop (vóór 1 juli voorafgaand aan het jaar waarin de behandeling in het Bzv wordt geregeld).
- Voor de inpassing in de risicoverevening van de Zvw is het van belang dat men kan beschikken over bestanden met historische kosten op verzekerdeniveau. Als de kwaliteit hiervan te wensen overlaat, leidt dat in de eerste jaren veelal tot ex post compensaties (nacalculatie); Daarbij zal bijvoorbeeld moeten worden meegenomen wat geneeskundige zorg *niet* omvat (zoals zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden) en wat *wel*; Alle onderdelen van het Bzv zullen bij de uitwerking moeten worden meegenomen.
- Het onderscheid met begeleiding moet helder zijn.
- Voor de Zvw-zorginkoop en voor het toezicht op de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars is inzicht in de wettelijke bevoegdheden en bekwaamheden van de betrokken zorgprofessionals belangrijk. Hier zal extra aandacht aan moeten worden besteed gezien de functionele bekostiging en de afbakening (en daarmee toezichtbaarheid) van het Zvw-basispakket.

5.4 **Kosten en omvang doelgroep**

Wanneer de huidige extramurale AWBZ-behandeling daadwerkelijk onder de Zvw zou gaan vallen, moet rekening gehouden worden met de kosten voor deze zorg. Op dit moment worden de totale kosten die gemoeid zijn met extramurale AWBZ-behandeling (voorlopig) geraamd op € 263 miljoen.

De raming is gebaseerd op kostengegevens uit de kwartaalstaten 2012¹⁸ en budgetteringscijfers 2013.^{19 20}

Een gedetailleerde voorlopige raming van de kosten is opgenomen in bijlage 1.

Het aantal verzekerden met een indicatie voor extramurale AWBZ-behandeling op grond van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een lichamelijke en/of verstandelijke handicap per 1 januari 2013 omvat 17.144 personen:

¹⁸Bron: Zorgcijfersdatabank / College voor zorgverzekeringen.

¹⁹Bron: NZa / budgettering 2013.

²⁰ Over kostengegevens op persoons- of indicatieniveau zijn gegevens bekend. Wel is een raming te geven van het aantal verzekerden met extramurale AWBZ-behandeling (exclusief zintuiglijke gehandicapten) in een periode van 1 jaar. Dit zijn er 33.000. De totale kosten van extramurale AWBZ-behandeling (exclusief zintuiglijke gehandicapten) in een periode van 1 jaar worden geraamd op € 263.000.000.-De gemiddelde kosten per verzekerde zijn daarmee te ramen op € 8.000,- in een periode van 1 jaar. Het gaat hierbij echter nadrukkelijk om een raming omdat de duur, de zwaarte en de soort van de behandeling per verzekerde kan verschillen en daardoor in de praktijk de daadwerkelijke kosten per verzekerde ook divers zijn.

	Soma- tische aandoe- ning/ beper- king	Psycho- geria- trische aandoe- ning/ beper- king	Licha- melijke beperking	Verstan- delijke beperking	Totaal
0 - 17 jaar	328	1	168	9.275	9.772
18 - 21 jaar	3	1	3	989	996
22 - 24 jaar	4	0	6	260	270
25 - 64 jaar	309	102	336	1.529	2.276
65 - 74 jaar	513	317	362	16	1.208
75 jaar en ouder	1.077	1.116	417	12	2.622
Totaal	2.234	1.537	1.292	12.081	17.144

Bron: AZR / College voor zorgverzekeringen

Het aantal verzekerden met een geldige indicatie voor extramurale AWBZ-behandeling op 1 januari 2013 verdeeld naar geïndiceerde klasse is opgenomen in bijlage 2.

6 Besluit CVZ

In zijn vergadering van 2 september 2013 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ geconcludeerd dat de huidige extramurale AWBZ-behandeling van mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of met een verstandelijke of lichamelijke handicap ook onder de Zvw past. Hierbij gaat het om de behandelvormen 'behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag', CSLM-zorg en de in relatie tot beide behandelvormen eventueel noodzakelijke aanvullende functionele diagnostiek.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1: Details voorlopige raming kosten extramurale AWBZ-behandeling (exclusief o.b.v. zintuiglijke handicap)

Individuele behandeling

(bron: Zorgcijfersdatabank, College voor zorgverzekeringen; realisatie 2012)

Prestatiecode NZa	Omschrijving	Kosten (1 = 1 euro)
H325	Behandeling basis JLVG ²¹	18.736.900
H326	Behandeling basis SGLVG-traject	6.747.900
H327	Behandeling basis SGLVG deeltijd	2.286.000
H328	Behandeling basis SOM, PG, VG, LG	14.234.600
H329	Behandeling gedragswetenschapper	19.703.200
H330	Behandeling paramedisch	8.084.100
H331	Behandeling Families First (J)LVG	2.020.200
H334	Behandeling IOG (J)LVG	32.585.200
	Totaal behandeling individueel	104.398.100

Behandeling in groepsverband

(bron: Nederlandse Zorgautoriteit; budgettering 2013)

Prestatiecode NZa	Omschrijving	Kosten (1 = 1 euro)
H802	Dagbehandeling ouderen SOM en PG	14.087.800
H819	Dagbehandeling VG emg	3.227.500
H820	Dagbehandeling VG kind midden	14.919.600
H821	Dagbehandeling VG kind zwaar	30.492.100
H817	Dagactiviteit VG kind emg	38.289.600
H818	Dagactiviteit VG kind gedrag	4.456.700
H822	Dagbehandeling VG kind gedrag	4.274.800
H837	Dagbehandeling LG licht	194.400
H838	Dagbehandeling LG midden	1.355.500
H839	Dagbehandeling LG zwaar	1.185.900
H891	Dagactiviteit JLVG	29.972.000
	totaal budgettering	142.455.900
	Inschatting realisatie o.b.v. gegevens dagbesteding over 2012 (in 2012 waren er nog geen aparte prestatiecodes dagbehandeling)	+ 11,4%
	Totaal behandeling in groepsverband	158.695.900
	Totaal extramurale behandeling	263.094.000

²¹ Afkortingen:

JLVG: jeugdige licht verstandelijk gehandicapten

SGLVG: sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten

SOM: mensen met een somatische aandoening of beperking

PG: mensen met een psychogeriatrische aandoening of beperking

VG: mensen met een verstandelijke beperking

LG: mensen met een lichamelijke handicap

Bijlage 2: Aantal verzekerden met een geldige indicatie voor extramurale AWBZ-behandeling op 1 januari 2013 verdeeld naar geïndiceerde klasse

Primaire grondslag = Somatische aandoening/beperking											
	Aantal dagdelen per week										
	geen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	totaal
Behandeling individueel	251										251
Behandeling in groepsverband		14	143	36	909	16	719	6	67	73	1.983
Totaal	251	14	143	36	909	16	719	6	67	73	2.234
Primaire grondslag = Psychogeriatrische aandoening/beperking											
	Aantal dagdelen per week										
	geen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	totaal
Behandeling individueel	82										82
Behandeling in groepsverband		33	81	41	533	6	530	3	142	86	1.455
Totaal	82	33	81	41	533	6	530	3	142	86	1.537
Primaire grondslag = Lichamelijke beperking											
	Aantal dagdelen per week										
	geen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	totaal
Behandeling individueel	253										253
Behandeling in groepsverband		18	86	28	441	6	337		48	75	1.039
Totaal	253	18	86	28	441	6	337		48	75	1.292
Primaire grondslag = Verstandelijke beperking											
	Aantal dagdelen per week										
	geen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	totaal
Behandeling individueel	8.346										8.346
Behandeling in groepsverband		31	78	148	362	237	481	102	209	2.087	3.735
Totaal	8.346	31	78	148	362	237	481	102	209	2.087	12.081

Bron: AZR / College voor zorgverzekeringen

Bijlage 3: Overzicht inhoudelijke reacties

Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

Geen inhoudelijke opmerkingen.

Suggestie revalidatiearts toe te voegen aan beroepsgroepen van artikel 2.4 Bzv.

Reactie: revalidatiearts is een medisch specialist en is dus al genoemd in artikel 2.4 Bzv.

's Heeren Loo

Kan zich vinden in de omschrijving van de inhoud en betrokken disciplines.

Vraagt aandacht voor beperkingen van aanspraken in de Zvw.

Suggesties voor indicatiestelling en inhoud polis Zvw.

Reactie: aandacht voor beperkingen in de Zvw overgenomen. Indicatiestelling en inhoud polis is in de Zvw aan de zorgverzekeraar overgelaten.

Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)

De termen intra- en extramuraal volstaan niet om het onderscheid te maken tussen kern-AWBZ en Zvw. Kern-AWBZ is ook 'thuis' mogelijk.

De behandeling gaat meestal via verwanten, gericht op het systeem, niet direct gericht op verzekerde. Zvw-behandelaars zijn gericht op het individu.

Aandacht voor beheersmechanismen.

Overlap tussen zintuiglijk en verstandelijk gehandicapten.

Reactie: Onderscheid in het gebruik van de termen intramuraal en extramuraal verduidelijkt. Zvw-zorg kan ook systeemgericht zijn, zoals in de psychiatrie.

Aandacht beheersmechanismen terecht.

Overlap zintuiglijk beperkten en verstandelijk beperkten terechte constatering. Het feit dat wij over de behandeling van zintuiglijk gehandicapten en de overige behandeling afzonderlijk rapporteren geeft ten onrechte de indruk dat wij dit anders zien.

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)

Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) kan hoofdbehandelaar zijn, maar is niet genoemd in bestuurlijk akkoord GGZ.

Kan zich vinden in de omschrijving van extramurale behandeling en de betrokken disciplines.

Eens met conclusie dat AWBZ-behandeling in de Zvw past.

Aandacht voor beperkingen in Zvw terecht, maar mist oplossing.

Reactie: We adviseren dat AVG genoemd wordt in artikel 2.4 Bzv.

Het gaat hier om een verkenning. Oplossing voor paramedische zorg in Zvw nog niet voorhanden.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Inhoudelijk correct.

Aandacht voor integraliteit, vooral mbt beperking paramedische zorg in de Zvw.

Aandacht voor behandeling in groepsverband.

Reactie: De beperking van paramedische zorg in de Zvw is als aandachtspunt genoemd.

Een passage over behandeling in groepsverband is toegevoegd in de tekst.

Stichting Reinaerde

Betekenis van de term extramuraal is onduidelijk.
Preventie en voorkomen van opschaling zou ook onderdeel van de Zvw moeten zijn.
Psychomotorisch therapeut is ook een betrokken discipline.
Eens met conclusies.
Suggestie bekostiging.
Multidisciplinaire kennis in aanspraak opnemen.
Wie stelt de indicatie?
Ruimere diagnostiek dan DSM nodig.

Reactie: Gebruikte betekenis intra- en extramuraal verduidelijkt.
Preventie kan onder omstandigheden en voorkomen opschaling kan onderdeel zijn van behandeling.
Bekostiging valt buiten het bestek van dit rapport.
Diagnose op basis van DSM is geen voorwaarde in de Zvw.

Actiz

Behandeling is geen doel op zich, maar is ingebed in totale zorg.
Aandacht voor eigenheid AWBZ-behandeling is nodig om die in de Zvw in te bedden.
Behandeling is ook gericht op voorkomen en/of beperken van de gevolgen/complicaties van de aandoening, beperking of handicap.
Ook in de ouderenzorg zijn gedragswetenschappers actief.
Richtlijnen en standaarden werken niet in de care.
CSLM is niet per se langdurig. Het gaat eerder om interdisciplinaire dan multidisciplinaire zorg.

Reactie: Ook in de Zvw kan behandeling zijn ingebed in de totale zorg.
Eigenheid van behandeling uit zich in betrokken disciplines en hun richtlijnen/standaarden.
Overgenomen dat behandeling ook kan zijn gericht op voorkomen en/of beperken van de gevolgen/complicaties van de aandoening, beperking of handicap.
Gedragwetenschappers zijn genoemd als betrokken beroepsgroep.
Niet eens dat richtlijnen en standaarden niet in de care passen.
Verduidelijkt wat we met CSLM-zorg bedoelen.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

Bepleit differentiatie in doelgroep voor de vraag in welk stelsel de zorg thuis hoort.
Behandeling in de Zvw is altijd eindig. In de AWBZ niet.
Aandacht voor onderscheid individuele en groepsbehandeling.
Psychomotorische en andere therapeuten ontbreken in opsomming betrokken disciplines.
Aandacht voor implementatie en betrokkenheid partijen daarbij.
Ontbreken richtlijnen is een probleem.
Aandacht NAH-groep.

Reactie: Op de indeling van groepen in de verschillende domeinen gaan we elders in (namelijk in de bestuurlijke brief over de langdurige zorg).
Eigenheid van doelgroepen vereist inderdaad specifieke richtlijnen en standaarden.
Passage over individuele en groepsbehandeling toegevoegd.
Psychomotorisch therapeut toegevoegd.
Terecht aandacht gevraagd voor implementatie. Is vervolg.
Idem ontwikkeling richtlijnen en standaarden.

NAH is specifieke groep met specifieke behandeling.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Niet alle disciplines zijn BIG-geregistreerd, wat misschien problemen oplevert voor de zorginkoop en het toezicht.

Algemene medische zorg, tandheeskundige zorg etc. zijn ook onderdelen van AWBZ-behandeling.

Bij SGLVG-behandeling is stapeling van intra- en extramurale behandeling mogelijk.

Geen oplossing genoemd voor beperkingen paramedische zorg in het Bzv.

Aandacht voor beheersing, bijvoorbeeld door voorwaarden in de polis.

Reactie: Signaal over BIG-registraties opgenomen.

Algemene medische zorg etc. vallen onder artikel 15 Bza, wat specifiek is voor intramurale behandeling, niet voor extramurale behandeling.

SGLVG-behandeling is intramurale behandeling. De stapeling is een bekostigingsprobleem.

Het gaat hier om een verkenning. Oplossing voor paramedische zorg in Zvw nog niet voorhanden.

Aandacht voor beheersmaatregelen in polis aangescherpt.

Achmea zorgkantoor

AWBZ-behandeling is meer dan in de Zvw gericht op het systeem in plaats van het individu.

Uitvoerders van behandeling zijn vaak anderen dan de genoemde hoofdbehandelaars.

AWBZ-zorg ook gericht op behoud van vaardigheden en voorkomen van verslechtering.

Doelgroep minder gegroepeerd rond ziektes zoals in de Zvw.

Nu is de afbakening van paramedische zorg (AWBZ of Zvw) onduidelijk.

GZ-psycholoog moet klinisch psycholoog zijn.

Aandacht voor indicatiestelling in de Zvw.

Aandacht voor duidelijke prestaties.

Aandacht voor afbakening verschillende domeinen.

Reactie: Klopt dat AWBZ-behandeling in de AWBZ meer gericht is op het systeem dan in de Zvw, maar hoeft geen probleem te zijn (is ook in bijvoorbeeld psychiatrie het geval).

Hoofdbehandelaars noemen voldoet, zoals ook nu in artikel 2.4. Bzv.

Klopt dat doelgroepen minder zijn gegroepeerd rond ziektes, maar hoeft geen probleem te zijn,

is ook in revalidatiezorg het geval, en kinderartsen, gerieters richten zich ook op doelgroepen.

Afbakening paramedische zorg verbetert met duidelijke afbakening extramurale behandeling.

GZ-psycholoog moet inderdaad klinisch psycholoog zijn.

Aandacht voor beheersing via polis aangescherpt.

Aandacht voor duidelijke prestaties overgenomen.

Afbakening domeinen is onderdeel bestuurlijke brief HLZ.

Menzis zorgkantoor

Vindt zich in beschrijving van behandeling en beroepsgroepen.

In Zvw gaat het om genezing, in AWBZ niet.

AWBZ is meer gericht op het systeem dan in de Zvw.

Overeenkomende doelen zegt niet dat de zorg in hetzelfde domein thuishoort.

Conclusies onvoldoende onderbouwd.

Uitvoeringsconsequenties niet helemaal duidelijk.

Wat gebeurt met de behandeling van jeugdigen?

Aandacht voor consultatie en medebehandeling.

Reactie: In de Zvw gaat het ook vaak om ongeneeslijke chronische ziekten. Het is een misverstand te denken dat het alleen om genezing gaat.
Klopt dat de AWBZ meer op het systeem is gericht, maar hoeft geen probleem te zijn, is ook in bijvoorbeeld de psychiatrie het geval.
In functiegericht systeem zijn te behalen doelen de essentie.
Het gaat om een verkenning. Conclusies zijn voldoende, consequenties worden nader uitgewerkt.
Behandeling voor jeugdigen is onderdeel van de HLZ.
Consultatie en medebehandeling zijn ook in de Zvw gebruikelijke figuren.

Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen (NVO)

Ook extramuraal is complexe zorg mogelijk.
Zvw is best passende domein.
Ook bij verstandelijk gehandicapten is de behandeling gericht op participatie. Waarom niet hetzelfde onderscheid als bij het rapport over zintuiglijk gehandicapten?
Zvw is gericht op individu en curatie.
Bezorgd over verschraling in de Zvw.
Vindt zich in de beschrijving van de behandeling en doelgroepen.
Aandacht voor indicatiestelling.
Aandacht voor fasering overheveling Zvw en Jeugdhulp.
Aandacht hoofdbehandelaarschap in GGZ.

Reactie: Termen intramuraal en extramuraal verduidelijkt.
Behandeling is indirect gericht op participatie. Bij de zorg voor zintuiglijk gehandicapten gaat het deels om zorg die direct op participatie is gericht, en onterecht behandeling wordt genoemd.
Zvw is niet alleen op het individu gericht, ook het systeem kan zijn betrokken, zoals in de psychiatrie.
Zvw is niet alleen gericht op curatie, maar ook op chronische ziekten en palliatie.
Verschraling is geen wezenskenmerk van de Zvw.
Aandacht voor voorwaarden in de polis aangescherpt.
Fasering overheveling naar Zvw en Jeugdhulp overgenomen.
Hoofdbehandelaarschap valt buiten het bestek van dit rapport.

Verenso

Bij verdwijnen van de ZZP 1 t/m 4 moeten de patiënten met complexe problematiek en behoefte aan CSLM-zorg een beroep kunnen blijven doen op de kennis en kunde van een multidisciplinair ouderengeneeskundige team. Wenselijk dat de 1e lijns huisartsenpraktijken uitgebreid worden met multidisciplinaire ouderengeneeskundige teams die regionaal inzetbaar zijn.
Aandacht voor uitvoeringsaspecten.

Reactie: Doordat de kern-AWBZ zich richt op de zwaarste doegroepen, zullen er meer mensen met complexe en specifieke problemen gebruik moeten maken van de eerstelijnszorg. Onderkend dat het nodig is dat daar de specifieke kennis en vaardigheden van AWBZ-behandelaars beschikbaar zijn. Terecht aandacht gevraagd voor uitvoeringsaspecten. Is vervolg.