

| Consultatie-partij | Betrekking op | Samenvatting reactie |
|--------------------|---------------|---|
| Verenso | Algemeen | <p>Inhoudelijk</p> <p>Vanuit inhoudelijk perspectief noemen wij nog eens belangrijke situaties waarin en de kaders waarbinnen eerstelijns (duidelijker is 'kortdurend') verblijf kan voorkomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De Wlz: iemand heeft een Wlz indicatie en krijgt deze zorg middels VPT/MPT of PGB en kent een tijdelijke terugval, inzinking = kortdurende opname Wlz (verplaatste Wlz zorg). 2. De WMO: iemand heeft tijdelijk logeeropvang nodig omdat mantelzorg uitgevallen is, maar niet meer behandeling dan de normale huisartsenzorg en mogelijk enige ADL-zorg vanuit de thuiszorg. 3. De ZVW: iemand heeft tijdelijk behandeling door huisarts en V&V nodig met evt. consultatie door de SO. Hier zou een modulair opgebouwd tarief (afhankelijk van de inzet, licht, middel, zwaar) relevant kunnen zijn. <p>De ZVW: iemand heeft door complexere problematiek tijdelijk behandeling door SO nodig met integraal behandeling/zorg aanbod. Hier zou een dagprijs (licht/middel/zwaar) voor de hand liggen.</p> |
| Verenso | Proces | <p>Procedureel</p> <p>Verenso vindt het logisch en verstandig om eerst de doelgroepen/patiëntgroepen en de benodigde deskundigheid te beschrijven alvorens een betalingssystematiek te bedenken. Dit punt is verschillende malen en door verschillende partijen benadrukt tijdens de bijeenkomst van 7/4. Wat deze constatering betekent voor de gevolgte/te volgen procedure is niet expliciet benoemd. Waardoor nu de situatie ontstaat dat partijen hun commentaar geven en dit commentaar verwerkt wordt. Vervolgens wordt een aangepast – maar voor de deelnemers niet meer te becommentariëren – advies voorgelegd aan de RvB van de NZa.</p> <p>Verenso ervaart dat er sprake is van een niet geheel integraal proces van overleg, afstemming, besluitvorming en ontwikkeling. Aan signalen vanuit het veld – i.c. de aan de overleggen deelnemende, en in de loop van de tijd soms wisselende, partijen - worden met het oog op tijdspaden en deadlines mogelijk onvoldoende consequenties verbonden. Dit heeft het risico in zich dat, ook na besluiten zoals door de RvB van de NZa, op enig moment toch weer discussie kan/zal ontstaan.</p> |
| VvOCM | Terminologie | <p>Punt 1 : Over het algemeen vindt de VvOCM dat de Oefentherapie Cesar & Mensendieck niet duidelijk en specifiek naar voren komt. Wij zouden graag willen zien dat er in het document gesproken wordt over "Oefentherapie Cesar & Mensendieck".</p> <p>Bijvoorbeeld blz. 32 "paramedische zorgverlening". Daar staat "Fysiotherapie en oefentherapie". Nu lijkt het alsof het oefentherapie is wat valt onder de fysiotherapie, namelijk oefentherapie in de vorm van oefenen bij de fysiotherapeut. Oefentherapie Cesar en Mensendieck zijn naast fysiotherapie erkende beroepen binnen de</p> |

| | | |
|-----|-------------------|--|
| | | bekostiging. |
| BTN | Duiding/definitie | BTN geeft aan dat de NZa in het consultatiedocument redeneert vanuit de MSZ kant. Naar BTN's mening zou het eerstelijns verblijf juist gepositioneerd moeten worden vanuit de eerste lijn richting de tweede lijn met als startpunt de thuissituatie. |
| BTN | Algemeen | BTN vindt dat de arts die de behandeling declareert, verantwoordelijk zou moeten zijn. Indien de arts niet verantwoordelijk kan zijn, wordt dit opgelost via onderlinge dienstverlening. |
| BTN | Algemeen | BTN verwacht dat huisartsen en de specialisten oudergeneeskunde een meer ambulante rol binnen het eerstelijns verblijf krijgen. BTN benadrukt de ernst van een nadere uitwerking in de aanspraak en de financiering hiervan. |
| BTN | Bekostiging | BTN is voorstander van een integrale benadering, zodat de zorg allesomvattend is en in samenhang geleverd wordt. Deze integrale benadering moet zich uiten in een integrale bekostiging. BTN heeft de voorkeur voor bekostigingsvariant 2A. |
| BTN | Kostenbeheersing | m.b.t. de kostenbeheersing zou BTN graag een voorziening zien waarbij rekening gehouden is met substitutie vanuit de tweede- naar de eerste lijn. BTN is geen voorstander van omzetplafonds per aanbieder, omdat goed scorende zorgaanbieders dan een patiëntenstop invoeren. BTN vindt een tariefkorting onacceptabel: reductie van zorgkosten is in huidige tijd niet via tariefkorting te realiseren. |
| LHV | Algemeen | De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) vindt het essentieel dat eerst duidelijk wordt wat er precies onder eerstelijnsverblijf wordt verstaan. Pas als er duidelijkheid bestaat over de inhoud van de zorg en de voor het eerstelijnsverblijf in aanmerking komende doelgroepen, kan gesproken worden over de verantwoordelijkheidsverdeling bij en bekostiging voor deze zorg. Nu is dat veel te prematuur. Zorginstituut Nederland heeft in haar tussenrapportage duiding eerstelijnsverblijf d.d. 31 maart 2015 aangegeven dat een (zorg)inhoudelijke beschrijving van de zorg nodig is waarbij ook duidelijk dient te worden hoe de verschillende zorgverleners en hun zorgaanbod zich tot elkaar verhouden. Ook de NZa stelt dat de door VWS beschikbaar gestelde tijd onvoldoende is om een betrouwbaar en representatief kostenonderzoek uit te voeren. Kunt u aangeven hoeveel tijd u hiervoor nodig denkt te hebben? |
| LHV | Algemeen | Huisartsen zijn van mening dat het niet een taak is van huisartsendienstenstructuren dan wel huisartsgeneeskundige zorggroepen om eerstelijnsverblijf te bieden. Deze organisaties zijn niet in staat de zorg in het eerstelijnsverblijf, de verpleging en verzorging te organiseren en coördineren. |
| LHV | Algemeen | Wel kunnen huisartsen onder voorwaarden de medische zorg in een eerstelijnsverblijf leveren. Essentieel hierbij is dat de huisarts bekwaam is om aan de zorgvraag van de daar verblijvende patiënt te voldoen. Wanneer dit niet het geval is en de zorgvraag dusdanig complex is, dient de specialist ouderengeneeskunde het hoofdbehandelaarschap over te kunnen nemen. Om dit mogelijk te maken dient de Specialist Ouderengeneeskunde een zelfstandige betaaltitel te krijgen in de Zorgverzekeringswet. |

| | | |
|-----|----------------------------------|---|
| LHV | H3 vraag 5 | <p>Zoals eerder opgemerkt dient eerst de zorginhoud dient te worden vastgesteld voordat gesproken kan worden over de bekostiging van en verantwoordelijkheid voor deze zorg. Wel kunnen wij aangeven dat variant 1a het dichtst bij de huidige wijze van werken en declareren ligt en onze voorkeur heeft. Wel dient bekeken te worden of de huidige prestaties wel toereikend zijn voor het leveren van, in ons geval huisartsenzorg, in het eerstelijnsverblijf (zie antwoord vraag 2).</p> <p>De LHV vraagt zich wel af waarom niet gekozen is voor een variant waarin de betrokken zorgverleners een eigen prestatie hebben voor zorg die geleverd is in het eerstelijnsverblijf? In de voorstellen zoals ze er nu liggen moeten zorgverzekeraars dit zelf inzichtelijk maken door aparte declaratiecodes aan te maken binnen de bekostigingssystemen van de verschillende zorgverleners. De zorg moet immers ten laste komen van het budgettaire kader eerstelijnsverblijf, niet ten laste van de gewone budgettaire kaders, voor eventuele inzet van het MBI.</p> |
| LHV | H3 vraag 6 | <p>Is de wenselijke variant ook uitvoerbaar per 2016 in verband met de administratieve wijzigingen die moeten plaatsvinden bij organisaties? Zo nee, wanneer wel? Zo nee, geniet de andere variant dan de voorkeur of dient de subsidieregeling ten laste van de Wlz dan nog een jaar voortgezet te worden?</p> <p>Wij zijn van mening dat het niet haalbaar is alles in gereedheid te hebben voor 1 januari 2016 en geven de voorkeur aan het voortzetten van de subsidieregeling.</p> |
| LHV | H3 vraag 7 | <p>Indien variant 2 (a, b of c) wenselijk is, geniet een max-max tarief dan de voorkeur? Graag motiveren. Indien gekozen wordt voor variant 2, wat niet onze voorkeur heeft, is het in ieder geval gewenst dat een tarief kan worden gerekend, zonder dat daar een contract met de zorgverzekeraar aan ten grondslag moet liggen.</p> |
| LHV | Consultatievragen kapitaallasten | <p>Deze vragen zijn niet te beantwoorden door de LHV.</p> |
| LHV | H5 vraag 1 | <p>De stelselherziening langdurige zorg resulteert in een toename van het aantal mensen dat gebruik zal maken van het eerstelijnsverblijf. Het is dan ook onze verwachting dat de kosten gaan stijgen. Daar tegenover staat dat opname in een eerstelijnsverblijf te allen tijde goedkoper is dan een opname in het ziekenhuis.</p> |
| LHV | H5 vraag 2 | <p>Zoals de NZa zelf in het consultatiedocument opmerkt, kan het vooraf stellen van een kader (en daar op handhaven) problemen opleveren voor ontwikkeling van de markt (pagina 47). Dit sluit ook aan op het risico dat het ZIN in haar tussenrapportage noemt, te weten dat deze zorg zich nog moet ontwikkelen om meer zicht te krijgen op de zorginhoud. Bovendien is de uiteindelijke inrichting van de bekostiging voor eerstelijnsverblijf bepalend voor de vraag of een MBI daar wel zo wenselijk voor is. Met andere woorden; aangezien de zorg zich nog moet ontwikkelen en onduidelijk is hoe het bekostigingsmodel er nu of (idealiter) straks uit ziet, lijkt een advies over een model van kostenbeheersing ons daarom voorbarig.</p> |
| LHV | H5 vraag 3 | <p>Wij houden vast aan de keuze voor variant 1a.</p> |

| | | |
|------|--|--|
| V&VN | Pagina 8, Binnen het eerstelijns verblijf gaan verpleging en verblijf samen | Opmerking: hier gaat het dan wel over verpleging |
| V&VN | Pagina 8, hoe de SO zich verhoudt tot de huisarts | Opmerking: en de wijkverpleegkundige? |
| V&VN | Pagina 13, patiënten met palliatief terminale zorg die niet in het ziekenhuis hoefden te worden opgenomen. | maar ook niet thuis willen sterven? Hoe verhoudt dit zich tot PTZ in een hospice? |
| V&VN | Pagina 14 Typen patiënten uit rapport HHM | maar niet helder hoe deze vormen zich nu tot elkaar verhouden. |
| V&VN | Pagina 18 Tabel 1 | maar de huisarts levert geen eerstelijns basiszorg. Dat doen verpleegkundigen en verzorgenden. De afweging die wordt gemaakt snijdt dus geen hout. Huisarts komt pas in beeld bij verblijf intensief. |
| V&VN | Pagina 22 "De bekostiging ... het verblijf kan leveren." | zie eerdere opmerkingen |
| V&VN | Pagina 23 "De verpleging zonder verblijf ... om (verpleging in) een verblijfssetting." | Houdt dit in dat de wijkverpleegkundige volledig uit beeld is? Ook als zorgcoördinator? Hoe wordt zij dan betrokken bij de terugkeer patiënt naar thuissituatie? Is dat de verantwoordelijkheid van de huisarts? |
| V&VN | Pagina 27 "Als de zorg daar niet verantwoord... besluiten dat er reden is voor opname." | Dit is niet hoe het in de praktijk zal gaan, het is veel te medisch ingestoken. De wijkverpleegkundige of transferverpleegkundige of verpleegkundig specialist kunnen ook besluiten dat eerstelijns verblijf noodzakelijk is. En natuurlijk is er sprake van afstemming en samenwerking met de HA en aanbieder van eerstelijns verblijf. |

| | | |
|------|---|---|
| V&VN | Pagina 32 "Dit heeft het voordeel ... of de patiënt verblijft." | Dat is prettig, cliëntvolgend. Lees ik het dan goed dat er hierdoor geen belemmering is om de paramedische zorg door eigen fysiotherapeut (in thuissituatie) gewoon doorgang kan vinden tijdens eerstelijns verblijf? |
| V&VN | Pagina 36 "Bij deze variant ... in rekening gebracht mogen worden (keuze A, voorkeur van de NZa zie paragraaf 3.6.3))." | gevoelsmatig klinkt dit logisch. Maar kan dit niet onderbouwen. Overzie onvoldoende voor- en nadelen van de diverse varianten |
| V&VN | Pagina 36 Basis, intensief en palliatief terminale | deze termen kloppen gevoelsmatig niet en dekken de lading dus niet. |
| NVD | H3 vraag 5 | De voorkeur van de NVD gaat uit naar variant 1. Dit vraagt administratief de minste wijzigingen en geeft transparantie over welke zorg is geleverd. Wel plaatsen we daar een kanttekening bij; extramurale dieetadvisering kent binnen de zorgverzekeringswet een aanspraak van maximaal 3 uur per jaar. Gezien de complexere doelgroepen die gebruik maken van het eerstelijnsverblijf is 3 uur dieetadvisering per jaar vaak niet voldoende. Graag zouden we ook voor dieetadvisering bij het eerstelijnsverblijf, ook een regeling zien zoals in de ketenzorg het geval is waar bij het aantal uren niet gemaximeerd is. |
| NVD | H3 vraag 6 | Administratief zullen er, naar verwachting, weinig veranderingen plaats moeten vinden. De eerstelijns diëtist kan in de huidige situatie declaraties indienen bij zorgverzekeraars en zorggroepen. Indien declaraties in het kader van eerstelijnsverblijf bij een andere organisatie plaats moeten vinden, zal dit wel administratieve wijzigingen inhouden |
| NVD | Algemeen | Ter aanvulling wil de NVD opmerken dat een heldere afbakening van de doelgroepen noodzakelijk is voor het leveren van de zorg in het eerstelijnsverblijf. Het moet helder zijn wanneer men aanspraak kan doen op deze prestatie zodat zorgverzekeraars niet achteraf zorgverleners kunnen aanspreken op dubbelloop van prestaties. |
| NVD | H5 vraag 1 | Met de prestatie Eerstelijnsverblijf zal er een verschuiving plaatsvinden van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Hierdoor zal het totaal aantal kosten in de eerste lijn toenemen. Het is niet wenselijk dat achteraf zorgverleners gekort worden door deze verschuiving. |
| NVD | H5 vraag 2 | Deze vraag is nu niet te beantwoorden omdat het nog geheel onduidelijk is hoe de zorg zich zal vormgeven. |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>bestaande declaratietitels uit de subsidieregeling eerstelijns verblijf binnen de Wlz het beste ingepast kunnen worden in de systematiek van de Zvw, rekening houdend met bestaande prestaties binnen de eerstelijnszorg. Beide voorgestelde bekostigingsvarianten bieden goede mogelijkheden om het eerstelijns verblijf per 2016 in te passen in de Zvw. Na 31 december 2015 vervalt de subsidieregeling van rechtswege en zal conform eerder gemaakte afspraken en de berichtgeving richting de Eerste en Tweede Kamer het eerstelijns verblijf ten laste komen van de Zvw. Bij het uitwerken van de door u vastgestelde variant zou ik extra aandacht willen vragen voor efficiëntie-, doelmatigheid- en kwaliteitsprikkel in de bekostiging voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het eerstelijns verblijf is een mooie voorziening waarmee substitutie vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn kan worden gerealiseerd. Substitutie is een belangrijke manier om zorg dichtbij huis te brengen en om de zorg betaalbaar te houden. Met het eerstelijns verblijf kan ziekenhuisopname worden verkort of zelfs worden voorkomen en er kan minder druk ontstaan op de geriatrische revalidatiezorg. Daarnaast kan de eerstelijns verblijf voorziening mensen in staat stellen langer thuis te blijven wonen. Het is niet makkelijk om op landelijk niveau substitutie in beeld te brengen. Net zoals bij andere zorgvormen waar substitutie voor de hand ligt, is het ook bij het eerstelijns verblijf aan verzekeraars om aan te geven hoeveel zij in de kaders willen verschuiven ten behoeve van substitutie. In het consultatiedocument benoemt u verschillende opties voor het handhaven van het budgettair kader; maatregelen die een overschrijding voorkomen en maatregelen waarmee een overschrijding teruggevorderd kan worden. De beschikbare middelen voor het eerstelijns verblijf worden in eerste instantie in een apart budgettair kader geplaatst waarvoor het macrobeheersinstrument (MBI) kan worden ingezet bij een eventuele overschrijding. Om de mogelijkheid van een eventuele overschrijding te verkleinen, zal VWS met partijen in gesprek treden over de gewenste kostenontwikkeling en manieren om dat te bereiken. Tevens geeft u in het consultatiedocument aan dat een voorwaarde voor kostenbeheersing een risicodragende uitvoering van het eerstelijns verblijf door zorgverzekeraars is. In de ministeriele regeling risicoverevening die jaarlijks op 1 oktober wordt vastgesteld is opgenomen op welke manier de ex ante vereveningsbijdrage bepaald moet worden en op welke manier ex post compensaties worden toegepast voor het volgende jaar. Hierin is dus ook opgenomen waarvoor verzekeraars risicodragend zijn. De voorbereidingen voor vaststelling van de mate van risicodragendheid lopen momenteel en worden in bestuurlijk overleggen met de verzekeraars besproken. In het consultatiedocument wordt indirect een vraag voorgelegd aan de wetgever. Ik maak van deze gelegenheid gebruik om hierop in te gaan. Op pagina 14-15 geeft u aan; Zorginstellingen hebben een toelating nodig wanneer zij zorg willen aanbieden die op grond van de Zvw of Wlz voor vergoeding in aanmerking komt. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) regelt de toelatingen, stelt regels over goed bestuur en bepaalt daarnaast in welke gevallen winst uitgekeerd mag worden. In hoeverre zorginstellingen die eerstelijns verblijf gaan aanbieden een toelating nodig hebben op grond van de WTZ1 is aan de wetgever. Wij zijn voornemens om een WTZi toelating verplicht te stellen voor</p> |
|--|--|---|

| | | |
|------|------------------|---|
| | | <p>Bij slikproblemen, moet snel gehandeld kunnen worden, een dag moeten wachten op een logopedist, kan fataal zijn.</p> <p>Bij acute zorg wordt gedacht aan verslikneiging, maar ook bij communicatie problemen bij de terminale zorg kan logopedische hulp zeer gewenst zijn, denk aan levensbeëindiging.</p> <p>Betrouwbaarheid van het taalbegrip en het kunnen uiten van de patiënt is hierbij essentieel. De arts wil vaak de mening van de logopedist weten over de betrouwbaarheid in de communicatie.</p> |
| NVLF | Bekostiging | <p>Variante 1: Gebaseerd op de prestaties voor vrije beroepsbeoefenaren</p> <p>Voor eerstelijns logopediepraktijken is variant 1 de meest voor de hand liggende optie.</p> <p>Variante 1 vraagt de minste administratieve wijzigingen voor de logopedist. Bij variant 1 is de logopedist voor vergoeding logopedie niet afhankelijk van andere zorgverleners.</p> |
| NVLF | Bekostiging | <p>Variante 2: Gebaseerd op het ZZP-component behandeling</p> <p>De kans is groot dat het eerstelijnsverblijf aangeboden wordt door zorginstellingen zoals verpleeg-en verzorgingshuizen. Veel instellingen beschikken door de substitutie van de tweedelijnsfinanciering en AWBZ-financiering naar de eerstelijns overeenkomst logopedie. Vanuit de verwachting dat de paramedische afdeling binnen de instelling de zorg zal verlenen is variant 2 ook een optie. Bij deze variant wordt het samenwerken vanuit een multidisciplinaire setting vereenvoudigd.</p> |
| NVLF | Kostenbeheersing | <p>Als gevolg van het beleid dat eerstelijnsverblijf onder de zorgverzekeringswet wordt vormgegeven, vindt er substitutie plaats van de tweedelijnszorg en de AWBZ-zorg naar de eerstelijnszorg. Dit heeft gevolgen voor de eerstelijns logopedische zorgverlening.</p> <p>De logopedische zorg verschuift hierdoor namelijk van de tweedelijns naar de eerstelijns. Deze taakherschikking heeft een toename tot gevolg van de financiering van logopedie binnen het eerstelijns-kader in plaats van binnen het tweedelijns-kader of de AWBZ.</p> <p>Het is niet wenselijk dat achteraf zorgverleners gekort worden door deze verschuiving.</p> |
| NCPF | Bekostiging | <p>Patiëntenfederatie NPCF heeft de voorkeur voor variant 1 omdat deze variant gebaseerd is op prestaties die van toepassing zijn op mensen die thuis wonen en zorg nodig hebben. Aan de bestaande prestaties in de Zvw wordt in deze variant alleen een verblijfscomponent toegevoegd. Variante 2 is gebaseerd op de intramurale ZZP systematiek. Naar mening van de NPCF is voor deze variant het risico groot dat eerstelijns verblijf onvoldoende aansluit bij de behoeften van mensen die thuis wonen.</p> |
| NCPF | Bekostiging | <p>Bij een goede huisartsenzorg en verpleging & verzorging thuis zal de behoefte aan eerstelijns verblijf van mensen die thuis wonen kleiner zijn dan wanneer deze zorg niet goed geregeld is. Naast de bekostigingsvariant eerstelijns verblijf is het naar mening van patiëntenfederatie NPCF dan ook van belang om substitutie tussen eerstelijnsverblijf, huisartsenzorg en verpleging en verzorging in kaart te brengen.</p> |

| | | |
|----|----------|---|
| | | een van de randvoorwaarden voor de overheveling naar de Zvw. |
| ZN | Proces | <p>In februari van dit jaar heeft ZINL een eerste conceptduiding ten aanzien van het eerstelijnsverblijf uitgebracht. Deze duiding is door alle betrokken partijen, waaronder verzekeraars, als onjuist en niet aansluitend bij de praktijk bestempeld. Naar aanleiding van deze reactie heeft ZINL aangegeven de duiding terug te trekken. Hierbij heeft ZINL Verenso verzocht om voor 1 juli 2015 de inhoud van het eerstelijnsverblijf nader te beschrijven om daarna de duiding verder op te pakken. Hoewel een dergelijke stap van ZINL te waarderen is maakt dit het vormgeven van prestaties op dit moment onmogelijk. Op dit moment is er niet meer bekend over het eerstelijnsverblijf dan dat het gaat om "verblijf van een maximale duur van 1.095 dagen".</p> <p>Ondanks het besluit ZINL en de bekende reacties van branchepartijen op de conceptduiding blijft de NZa in het consultatiedocument 'prestaties eerstelijnsverblijf' vasthouden aan de eerdere conceptduiding van ZINL. Zo bouwt de NZa bijvoorbeeld verder op het begrip 'zorg zoals huisartsen die plegen die bieden' terwijl de algemene consensus is dat het eerstelijnsverblijf als zodanig niet aangemerkt kan worden. Hiermee lijkt er door de NZa een tweede ronde opgestart te worden over de afbakenen van de inhoud van het eerstelijnsverblijf naast het reeds door ZINL in gang gezette traject. Dit is ongewenst omdat hiermee vooruitgelopen wordt op de uitkomsten van het traject van ZINL en vergroot onnodig de complexiteit van het vormgeven van een bekostiging en prestaties.</p> |
| ZN | Proces | <p>Hierbij legt de NZa ook vragen voor over de opname van bepaalde kostenposten in de tarieven voor het eerstelijnsverblijf en de juistheid van reeds bestaande prestaties en tarieven. De vragen zijn door verzekeraars niet te beantwoorden als niet duidelijk is wat de zorgvraag van de cliënt is en welk zorgaanbod passend is bij deze zorgvraag. Hierbij zou het antwoord op de vragen per zorgvraag (patiëntgroep) kunnen verschillen. Bij de ene patiëntgroep zou volstaan kunnen worden met alleen verpleging en verzorging terwijl een andere patiëntgroepen gebaad zou kunnen zijn bij een intensiever behandeltraject.</p> <p>Als zodanig is nu dan ook geen voorkeur uit te spreken voor de twee neergelegde bekostigingsvarianten. Doelstelling van verzekeraars is dat er op kwaliteit en doelmatigheid gestuurd kan worden op basis van transparante en stabiele producten. Dit betekent dat per patiëntgroep gekeken moet worden en welke wijze en in welke mate er gebruik wordt gemaakt van paramedische zorg en hulp- en geneesmiddelen om te bepalen of er gebruik gemaakt kan worden van integrale producten of dat er beter gekozen kan worden voor losse producten. Bij deze beoordeling is het zeer relevant om te bepalen of het om multidisciplinaire zorg gaat (onder verantwoordelijkheid van ?) of dat het om losstaande behandeltrajecten rondom een cliënt gaat. Kortom ook voor de keuze is de inhoud bepalend.</p> |
| ZN | Algemeen | <p><i>Standpunt overheveling:</i></p> <p>Een goede regeling voor cliënten die kortdurend een verblijfsplek nodig hebben met als doel herstel en terugkeer naar de thuissituatie is onmisbaar. Het belang van deze zorgvorm is groot; op dit moment</p> |