

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. XXXXX**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld ..... 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de declaratieproblematiek van behandelaars zonder BIG-registratie bij dyslexiebehandelingen en de zogenaamde verlengde armconstructie.

De op 12 december 2008 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van ..... toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**
- II. Reactie van de minister**

**I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties****- Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief “aanwijzing ex Wmg ter introductie dyslexiezorg” d.d. 25 november 2008 (29689, nr. 230) . In de brief geeft de minister aan dat de betrokken beroepsverenigingen met hun implementatierichtlijn positief bijdragen aan de afstemming tussen zorg en onderwijs. Zoals de richtlijn aangeeft, werken diverse disciplines samen. Maar zijn er op dit moment voldoende mogelijkheden om deze rol ook te kunnen uitvoeren? Worden er ook onderwijskundigen meegenomen in de DBC? Zo nee, op welke wijze wordt de inbreng van deze discipline of andere relevante disciplines gedeclareerd?

Het mogelijk maken van declaratie van dyslexiebehandeling op basis van een zogenaamde verlengde armconstructie kan op knelpunten stuiten. Bijvoorbeeld kinder- of jeugdpsychologen of orthopedagoog-generalisten die zelfstandige bevoegdheden hebben, maar geen hoofdbehandelaar kunnen zijn, omdat ze niet rechtstreeks kunnen declareren binnen een DBC. Ook instellingen die aan alle kwaliteitseisen en richtlijnen voldoen, maar geen “gekwalficeerde beroepsbeoefenaren die voldoen aan de bijbehorende DBC spelregels” in dienst hebben kunnen op knelpunten stuiten. Hoe beoordeelt de minister deze knelpunten en heeft hij een oplossing voor ogen? Zijn er vergelijkbare specialismen waar zich eenzelfde problematiek voordoet en waar in dit opzicht van geleerd kan worden? Zijn er wellicht mogelijke oplossingen in de DBC-structuur? De leden van de CDA-fractie zijn geen voorstander om dit probleem praktisch op te lossen door deze groep dyslexieprofessionals dan maar in het BIG-register op te nemen. Een dergelijke ad hoc oplossing doet naar ons idee geen recht aan de oorsprong van de wet BIG. Genoemde leden vragen de minister wel te kijken naar andere mogelijke oplossingen. Graag vernemen zij de visie van de minister op deze punten.

**- Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister d.d. 25 november 2008 waarin hij de aanwijzing, tot het toegankelijk maken van de DBC GGZ productstructuur voor dyslexiezorg, aan de Kamer mededeelt. Deze leden zijn verheugd dat de aanspraak op vergoeding van ernstige dyslexie inmiddels is gepubliceerd in het Staatsblad. Zij hebben nog wel enkele vragen over de zogenaamde “verlengde armconstructie”. De minister heeft in zijn brief “beleidsvoornemens in de GGZ 2009” d.d. 24 juli 2008 (25424, nr. 73) al zijn voornemen uitgesproken om de DBC GGZ systematiek toe te gaan passen voor dyslexiezorg. Door positionering binnen het financiële kader van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt aangesloten bij de eindverantwoordelijkheid voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie, die in het huidige protocol is toebedeeld aan gespecialiseerde psychologen en orthopedagogen. Professionals die niet beschikken over een BIG-registratie zijn volgens de minister aangewezen op de zogenaamde verlengde armconstructie. De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister zich realiseert dat de orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen niet zijn geregistreerd op grond

van de wet BIG. Tevens vragen zij of de minister kan toelichten hoe hij de uitwerking van de verlengde armconstructie voor zich ziet. Denkt de minister daadwerkelijk dat BIG-geregistreerde behandelaren de eindverantwoordelijkheid willen dragen voor een behandeling waar zij niet bij betrokken zijn? Is het mogelijk om de DBC-systematiek zo aan te passen dat de DBC's ook kunnen worden geopend en gesloten door een orthopedagoog generalist en een kinder- of jeugdpsycholoog? Is de minister bereid om dit te onderzoeken? Genoemde leden vragen voorts hoe het op deze wijze voor de patiënt/consument inzichtelijk is of de behandelaar wel aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet? Hoe is dit volgens de minister bij de toepassing van de verlengde armconstructie te controleren? Deelt de minister de mening dat het voorts helder en controleerbaar moet zijn wie de behandelaar is, en of de behandelaar voldoet aan de norm van een goed hulpverlener en aan de in het Zorgprotocol gestelde eisen en richtlijnen? Kan de minister uiteenzetten hoe hij dit denkt te realiseren in het geval van toepassing van de verlengde armconstructie? Welke maatregelen wil de minister treffen als de verlengde armconstructie in de praktijk niet blijkt te werken?

- **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de wijze van financiering van dyslexiezorg in het basispakket via de DBC-GGZ. Is het waar dat de multidisciplinaire zorg niet vergoed kan worden? Om (vergoed) te kunnen declareren in de DBC moet je op een lijst van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) staan. Echter algemene taalwetenschappers, dyslexiespecialisten, leerkrachten basisonderwijs en remedial teachers staan allen niet op zo'n CONO-lijst. Is het waar dat zelfs onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener met BIG-registratie deze dyslexiezorg niet vergoed kan worden? Erkent de minister het belang van deze multidisciplinaire aanpak en is hij voorts bereid de vergoeding daarop aan te passen?

- **Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

Deelt de minister de mening dat de zogenoemde verlengde armconstructie voor niet BIG-geregistreerde behandelaren gezien moet worden als een tijdelijke oplossing? Zo ja, wanneer kunnen we een definitieve oplossing verwachten en zo nee, waarom niet? Deelt de minister voorts de mening dat het feit dat zelfstandige behandelaren in de GGZ zonder BIG-registratie die een erkende therapeut zijn, in de toekomst weer zelf moeten kunnen declareren bij de zorgverzekeraars omdat anders hun onafhankelijkheid ter discussie zou kunnen komen te staan? Aan wat voor duurzame oplossingen zou gedacht kunnen worden volgens de minister?

## **II. Reactie van de minister**

Met de aanpassing van het besluit Zorgverzekering, zoals die per 28 augustus 2008 is gerealiseerd (Stb 2008 370), is formeel de mogelijkheid geschapen voor vergoeding van zorg voor kinderen met ernstige dyslexie. Om ongewenste vertraging van de introductie van dyslexiezorg per 1 januari j.l. te voorkomen heb ik reeds d.d. 18 december 2008 een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geaccordeerd (CZ CGG 2902762). Deze is d.d. 8 januari 2009 gepubliceerd in de Staatscourant. Hiermee is de weg vrij voor implementatie van de DBC GGZ systematiek ter financiering van geleverde dyslexiezorg. Er zijn in de aanwijzing een aantal inhoudelijke aanpassingen ten opzichte van de eerdere voorhangbrief d.d. 25 november 2008 doorgevoerd. (CZ CGG-2895567 en CZ CGG-2895571). Op grond daarvan verwacht ik een succesvolle start van dyslexiezorg in 2009.

Hiermee is de formele overstap van leesbegeleiding in het onderwijs naar leesbehandeling in de zorg voor een specifieke doelgroep van kinderen een feit. Het door het veld ontwikkelde protocol voor diagnose en behandeling van ernstige en enkelvoudige dyslexie is daarbij leidend. De ernstige achterstand die sommige kinderen oplopen in hun leesontwikkeling wordt in een aantal gevallen veroorzaakt door een neurobiologische stoornis als dyslexie. Om recht te doen aan de specialistische diagnose en behandeling die zij nodig hebben, is gekozen voor positionering van dyslexiezorg als tweedelijns curatieve ggz. Volgens het zorgprotocol ligt de eindverantwoordelijkheid namelijk bij in dyslexiezorg gespecialiseerde psychologen en orthopedagogen, die in hun functioneren verwant zijn aan de jeugd ggz. Mijn voornemen om de DBC GGZ systematiek te gaan hanteren als financieringssysteem heb ik om die reden d.d. 24 juli 2008 bekend gemaakt (TK 2007-2008, 25424, nr. 73).

Juist vanwege de gewenste verankering van de dyslexiezorg binnen de tweedelijns curatieve ggz heb ik oorspronkelijk geen aanpassing in de DBC spelregels voorzien. Het is mij bekend dat bijvoorbeeld zorgverzekeraars veel waarde hechten aan de BIG-registratie als voorwaarde voor hoofdbehandelaarschap in dit deel van de curatieve zorg. Na verder overleg met het veld heb ik mij uiteindelijk laten overtuigen dat bij de introductie van dyslexiezorg het geen haalbare kaart is om hieraan vast te houden. Vanwege het belang van een zo soepel mogelijk introductie van dyslexiezorg is daarom per aanwijzing de NZa gevraagd om een tijdelijke oplossing te creëren voor kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagoog generalisten, die geregistreerd zijn bij hun beroepsvereniging en een BIG-registratie missen. Hiermee worden de leden van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) bedoeld, die als zodanig zijn geregistreerd. Zij verkrijgen daarmee tot en met de evaluatiestudie in 2011 een zelfstandige declaratiepositie, die vergelijkbaar is met andere BIG-geregistreerde zorgverleners in de tweedelijns curatieve ggz. De spelregels van de DBC GGZ financieringssysteem blijven verder van kracht; dit betekent dat voor andere beroepsgroepen geldt dat zij in een verlengde armconstructie met een psycholoog of orthopedagoog multidisciplinaire dyslexiezorg kunnen leveren. De belangrijkste reden hiervoor is hun veelal onvoldoende kennis en ervaring in zowel diagnosticeren als behandelen binnen het kader van (tweedelijns) zorg om zelfstandig te kunnen functioneren. Dit is in lijn met het bestaande zorgprotocol en voorkomt een precedentwerking naar de jeugd-ggz in het algemeen binnen het kader van de DBC GGZ financieringssysteem. Over de nadere invulling hiervan dienen bij contractering met een zorgverzekeraar concrete afspraken te worden gemaakt.

De introductie van dyslexiezorg legt een bijzondere verantwoordelijkheid bij alle betrokken professionals om een evenwicht te vinden tussen de onvermijdelijke medicalisering van zorg voor kinderen met ernstige dyslexie in afstemming met het onderwijs aan kinderen met leesproblemen in het algemeen. De poortwachtersfunctie van scholen speelt hierbij een belangrijke rol. Voor zover kwaliteitszorg vraagt om verdere ontwikkeling van het bestaande zorgprotocol zie ik dit als een verantwoordelijkheid van de betrokken dyslexiezorgverleners zelf om hiervoor gezamenlijk draagvlak te verwerven. Ik heb bij aanwijzing de NZa gevraagd mij tot en met de aangekondigde evaluatiestudie jaarlijks per monitor te informeren over de stand van zaken in de dyslexiezorg.

### **Inbreng CDA-fractie**

Met mijn aanwijzing aan de NZa heb ik voor een specifiek omschreven doelgroep van beroepsbeoefenaren, namelijk orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugd psychologen met een registratie bij hun beroepsvereniging, een tijdelijke vrijstelling van DBC spelregels geregeld. Hierdoor kunnen zij in ieder geval tot en met de evaluatiestudie in 2011 als hoofdbehandelaar optreden en daarmee zelfstandig dyslexiezorg declareren.

Deze keuze is gebaseerd op het feit dat psychologen en orthopedagogen met een registratie bij hun beroepsvereniging dezelfde universitaire vooropleiding genieten als hun collega's met een BIG-registratie, die binnen de jeugd ggz functioneren. Daarnaast hebben zij in verenigingsverband specifieke nascholing gevolgd gericht op leer- en gedragsstoornissen in de kinderleeftijd. Er zijn voor zover mij bekend geen andere specialismen waarbij een vergelijkbare combinatie van opleidingsniveau en competenties geldt, die daarmee als voorbeeld kunnen dienen.

Door de inhoudelijk aangepaste aanwijzing aan de NZa ga ik ervan uit dat er bij de introductie van dyslexiezorg voldoende garanties zijn voor kwaliteit van zorg. Het is niet de bedoeling om op termijn alsnog een BIG-registratie te verlenen aan de orthopedagoog generalisten of kinder- en jeugdpsychologen zonder dat zij hiervoor de betreffende postdoctorale opleiding hebben gevolgd.

Het vinden van een structurele oplossing is voor mij een belangrijke punt voor het voortzetten van de aanspraak na 2011. In grote lijnen zijn er verschillende oplossingen mogelijk: aanpassing van de DBC spelregels voor de gehele ggz, handhaving van de uitzondering voor dyslexiezorg, harmonisatie van dyslexiezorg aan bestaande eisen in jeugd-ggz of herziening van de beroepsstructuur zodanig dat binnen de Wet BIG betere garanties zijn voor kwaliteitszorg bij zorgaanbieders in de jeugdsector. De voor- en nadelen van deze oplossingen zullen tegen elkaar afgewogen moeten worden, in overleg met alle (veld)partijen. In mijn langetermijn visie ga ik er verder van uit dat door medicalisering van zorg aan kinderen met ernstige dyslexie bijvoorbeeld psychiaters en klinisch neuropsychologen een groter aandeel zullen krijgen. Met hun specifieke kennis op het gebied van neurobiologische oorzaken voor hersendysfuncties kunnen zij de verdere onderbouwing van diagnose en behandeling bij ernstige dyslexie versterken. Dit komt de verdere wetenschappelijke onderbouwing van het huidige practise based protocol ten goede. De veldpartijen zijn zelf aan zet om hier concrete invulling aan te geven. Daarnaast is het wellicht op termijn mogelijk om evidence based preventieve dyslexiezorg te ontwikkelen, die een plaats kan krijgen binnen de eerstelijns. Voor komend jaar zal alle energie uit gaan naar het inrichten van de keten voor tweedelijns dyslexiezorg. Ik verwacht van alle betrokken professionals dat zij hierbij constructief samenwerken om te komen tot een professionele zorginhoudelijke invulling. Om die reden juich ik multidisciplinaire samenwerking toe. Dit is binnen de gekozen financieringsystematiek wel degelijk mogelijk, met als kanttekening dat de eis van een verlengde armconstructie zal blijven gelden voor alle andere professionals die als medebehandelaar in de dyslexiezorg willen optreden. De belangrijkste reden hiervoor is hun veelal onvoldoende kennis en ervaring in zowel diagnosticeren als behandelen binnen het kader van (tweedelijns) zorg om zelfstandig te kunnen functioneren. Dit is in lijn met het bestaande zorgprotocol en voorkomt een precedentwerking naar de jeugd-ggz in het algemeen binnen het kader van de DBC GGZ financieringsystematiek. Het medebehandelaarschap geldt voor leerkrachten, Remedial Teachers, taalkundigen, onderwijskundigen en zonnodig andere beroepsbeoefenaren die in de aanwijzing niet als hoofdbehandelaar zijn benoemd. Zij kunnen in multidisciplinair verband hun bijdrage aan de geleverde zorg registreren. De betrokken psycholoog of orthopedagoog zal als hoofdbehandelaar de bijbehorende dbc openen en sluiten. Daarbij wordt binnen de DBC GGZ systematiek voorlopig gebruik gemaakt van de bestaande productgroep 'overige stoornissen in de kinderleeftijd'. Het streven is om op termijn een zelfstandige dbc voor dyslexiezorg te ontwikkelen. Mijn intentie is om dit proces voor de evaluatiestudie in 2011 te hebben afgerond.

### **Inbreng PvdA-fractie**

Registratie als orthopedagoog-generalist en kinder- en jeugdpsycholoog bij een van beide beroepsverenigingen is een controleerbare eis. Deze biedt zorgverzekeraars, naast de bekende BIG-registratie, voldoende handvaten om bij hun inkoop te koersen op kwaliteit van zorg binnen het kader van het bestaande protocol voor diagnose en behandeling van ernstige dyslexie. Op grond van de Zorgverzekeringswet kunnen zij desgewenst aanvullende voorwaarden stellen. Daarmee is de verlengde armconstructie alleen nog van toepassing op de medebehandelaren (zoals logopedisten, Remedial Teachers, leerkrachten, taalkundigen en onderwijkskundigen). De taakverdeling tussen medebehandelaren en de hoofdbehandelend psycholoog of orthopedagoog is daarmee vergelijkbaar met bijvoorbeeld de samenwerking tussen de medisch specialist en het ziekenhuismaatschappelijk werk.

Directe betrokkenheid bij de behandeling blijkt uit het feit dat de psycholoog of orthopedagoog de intake en diagnose voor zijn rekening neemt. Op basis van complexiteit van de geconstateerde problematiek kan deze vervolgens besluiten welke behandeling al dan niet aan een medebehandelaar overgelaten wordt. De psycholoog en orthopedagoog monitort als eindverantwoordelijke vervolgens in lijn met het zorgprotocol de voortgang van alle behandelingen. Een BIG-registratie als hoofdbehandelaar is daarbij wenselijk, maar voor deze twee beroepsgroepen tot en met de evaluatiestudie in 2011 niet per se noodzakelijk. Wat betreft het al dan niet adequaat toepassen van het bestaande zorgprotocol door professionals gelden voor dyslexiezorg dezelfde eisen als voor andere vormen van curatieve zorg. Dit betekent dat in noodgevallen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om een onderzoek gevraagd kan worden volgens de daarvoor geldende procedures. De IGZ is verantwoordelijk voor het gelaagd en gefaseerd toezicht in de gehele curatieve ggz. Met de bij u voorgehangen wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wet Toezicht Zorginstellingen (Wtzi) (MC-U-2868207) zullen in dyslexiezorg gespecialiseerde instellingen automatisch toegelaten worden als ggz-instelling. Dit betekent dat zij verplicht zijn om binnen het kader van de jaardocument maatschappelijke verantwoording (JMV) rekenschap te leveren van de effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid van geleverde dyslexiezorg. Een aanvulling op de bestaande prestatie-indicatorenset voor tweedelijns ggz en verslavingszorg, bedoeld voor vrijgevestigde professionals, is in voorbereiding binnen het kader van het programma Zichtbare Zorg. Alle betrokken professionals zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van geleverde zorg; het ligt voor de hand dat psychologen en orthopedagogen op grond van hun eindverantwoordelijkheid volgens het door veldpartijen vastgestelde zorgprotocol hierbij het voortouw nemen. Bijvoorbeeld door psychiaters en klinisch psychologen met hun specifieke kennis actief bij de doorontwikkeling van het protocol te betrekken. Wanneer bij de evaluatiestudie zou blijken dat er sprake is van knelpunten bij de toepassing van een verlengde armconstructie voor het leveren van dyslexiezorg in de praktijk zullen passende maatregelen overwogen worden.

### **Inbreng SP**

Zoals ik hierboven heb geschetst kan multidisciplinaire samenwerking wel degelijk vergoed worden binnen de DBC GGZ systematiek. Registratie van activiteiten door medebehandelaren die niet op de CONO-lijst staan is mogelijk, wanneer hierover bij contractering afspraken zijn gemaakt met de betrokken zorgverzekeraar. Zij hebben binnen de bestaande wettelijke kaders de opdracht om bij hun inkoop van zorg ook op de kwaliteit te letten. Daarvoor kunnen ze te rade gaan bij het bestaande protocol of de door het veld ontwikkelde implementatierichtlijn. Ik ben voorstander van samenwerking tussen professionals, daar waar de kwaliteit van zorg er door vergroot wordt.

Bij ontwikkeling van een eigenstandige dbc voor dyslexiezorg zal DBC Onderhoud nagaan in hoeverre aanpassing van de vergoeding noodzakelijk is.

### **Inbreng VVD-fractie**

Met de inhoudelijke aanpassing van mijn aanwijzing aan de NZa is een verlengde armconstructie voor psychologen en orthopedagogen zonder BIG-registratie tijdelijk van de baan. Binnen het bestaande overlegcircuit rond de DBC GGZ financieringsstructuur zullen de mogelijkheden voor een structurele oplossing verder uitgewerkt worden. Zoals ik al eerder heb gezegd is het wetslagen hiervan een belangrijk onderdeel van de evaluatiestudie, die in 2011 wordt afgerond. Dit is vooral noodzakelijk omdat ik de intentie heb binnen de productstructuur een eigenstandige dbc voor dyslexiezorg te ontwikkelen. Professionals in de dyslexiezorg wil ik aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid wat betreft (on)afhankelijkheid van functioneren; het verankeren van diagnose en behandeling van ernstige dyslexie binnen de jeugd ggz is daarbij een belangrijke leidraad. Voor mijn visie op een structurele oplossing voor zelfstandige declaratie door hoofdbehandelaren verwijs ik naar mijn antwoord op de inbreng van de CDA-fractie.