

Beleidsevaluatie dyslexiezorg

Onderzoek naar de uitwerking van de vergoedingsregeling voor ernstige, enkelvoudige dyslexie in de praktijk

Eindrapportage

Inhoudsopgave

INLEIDING	4
HOOFDSTUK 1 ACHTERGROND ONDERZOEK	5
1.1 HISTORIE	5
1.2 DE OPDRACHT EN VRAAGSTELLING	6
1.3 NULMETING	7
1.4 LEESWIJZER	8
HOOFDSTUK 2 AANPAK	9
2.1 OPERATIONALISATIE VAN HET ONDERZOEK	9
2.2 METHODIEK DATAVERZAMELING	9
2.3 PLANNING VAN HET ONDERZOEK	11
HOOFDSTUK 3 DE VERSCHILLENDE ACTOREN	13
3.1 INLEIDING	13
3.2 DE ROL EN POSITIE VAN DE ACTOREN	14
3.3 SAMENVATTING STANDPUNTEN VAN DE VERSCHILLENDE ACTOREN	17
HOOFDSTUK 4 RESULTATEN TEN AANZIEN VAN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE DYSLEXIEZORG	22
4.1 INLEIDING	22
4.2 SOORT EN AANTAL ZORGAANBIEDERS	22
4.3 WACHTTIJDEN EN SPREIDING VAN HET AANBOD	24
4.4 MULTIDISCIPLINARITEIT VAN DE ZORG	28
4.5 TOELEIDERSROL VAN SCHOLEN	31
4.6 DOELGROEP DIE NIET ONDER DE VERGOEDINGSREGELING VALT	32
4.7 DE WEG RICHTING HULP	33
4.8 INVLOED VAN CONTRACTERING OP DE TOEGANKELIJKHEID VAN ZORG	34
HOOFDSTUK 5 RESULTATEN TEN AANZIEN VAN DE KWALITEIT VAN ZORG	36
5.1 INLEIDING	36
5.2 HOE STUREN ZORGVERZEKERAARS OP GOEDE KWALITEIT VAN ZORG	36
5.3 KWALITEITSINDICATOREN ZORGAANBIEDERS	39
5.4 HOE CLIËNTGERICHT IS DE ZORG?	43
5.5 HOE TRANSPARANT IS DE ZORG?	45
5.6 NALEVING VAN HET PROTOCOL BLOMERT	48
5.7 EFFECTMETING VAN KWALITEIT VAN DE ZORG	51
5.8 INZET VAN DE BEROEPSGROEPEN	52
5.9 HOE IS DE KWALITEIT VAN ONDERSTEUNING OP SCHOLEN?	58
5.10 KWALITEIT EN TOEZICHT VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE OVERHEID	58
5.11 DE OVERALL KWALITEIT VAN DE VERGOEDE DYSLEXIEZORG	60

HOOFDSTUK 6	RESULTATEN TEN AANZIEN VAN DE BETAALBAARHEID	62
6.1	INLEIDING	62
6.2	SYSTEMATIEK	62
6.3	GECONTRACTEERDE ZORG	63
6.4	INSTROOM EN DOORLOOPTIJDEN	66
6.5	TARIEVEN EN INKOMENSEFFECTEN	68
6.6	ADMINISTRATIEVE LASTEN VOOR ZORGAANBIEDERS EN ZORGVERZEKERAARS	72
6.7	KOSTEN OP MACRONIVEAU	74
HOOFDSTUK 7	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	76
7.1	DE VERGOEDINGSREGELING IN DE PRAKTIJK	76
7.2	DE ROL EN POSITIE VAN DE ACTOREN	79
7.3	DOELGROEP DIE ZORG ONTVANGT VANUIT VERGOEDINGSREGELING	80
7.4	BORGING VAN DE KWALITEIT	81
BIJLAGE A	– AANNAMES	83
BIJLAGE B	– CONCLUSIES PER DEELVRAAG	87
BIJLAGE C	– OVERZICHT DECLARATIES IN 2009, 2010 EN 2011	96
BIJLAGE D	– OVERZICHT VAN GEÏNTERVIEWDE PERSONEN	97
BIJLAGE E	– VERKLARENDE WOORDENLIJST	99
BIJLAGE F	- BRONNEN	102
COLOFON	104

Inleiding

Dit document betreft de eindrapportage van de beleidsvaluatie dyslexiezorg, die het gevolg is van de opname van de aanspraak op ernstige, enkelvoudige dyslexie in de zorgverzekeringswet (Zvw). Deze beleidsvaluatie is als voorwaarde gesteld bij de introductie van de aanspraak op dyslexiezorg binnen de Zvw. Daarom heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in december 2009 een bestek opgesteld ten behoeve van een aanbestedingsprocedure voor deze beleidsvaluatie en vervolgens Deloitte de opdracht gegund om de evaluatie uit te voeren.

Deze eindrapportage is gebaseerd op de onderzoeksopzet zoals vastgesteld in oktober 2010 en zoals ook beschreven wordt in de hoofdstukken 1, 2 en 3. Om te komen tot deze eindrapportage is de beschikbare literatuur bestudeerd, hebben ongeveer vijftwintig interviews plaatsgevonden met diverse partijen uit het veld, is er een internetvragenlijst afgenomen onder aanbieders en heeft er een studie plaatsgevonden in de databases van het KD, NRD, DIS en Vektis.

Naast deze rapportage zijn diverse meer gedetailleerde documenten opgesteld, welke in deze rapportage zijn samengevat. Deze documenten zijn besproken met de opdrachtgever en zijn tevens de werkdocumenten voor het projectteam. Het betreft de volgende documenten:

- Uitwerking van de aannames bij de introductie van de aanspraak op dyslexiezorg binnen de Zvw.
- Vertaalslag lijst met onderzoeksvragen naar vragenlijsten / gespreksleidraden voor de interviews van de diverse actoren / stakeholders.
- Uitgewerkt overzicht van standpunten van de verschillende actoren / stakeholders ten aanzien van de belangrijkste onderwerpen.
- Overzicht resultaten databaseonderzoek (DIS, NRD, KD, Vektis)

Hoofdstuk 1 Achtergrond onderzoek

1.1 Historie

Per 1 januari 2009 is binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) de aanspraak op dyslexiezorg opgenomen. Deze toevoeging heeft als doel om jonge leerlingen in het basisonderwijs waarbij wordt gesignaleerd dat er mogelijk sprake is van ernstige, enkelvoudige dyslexie snel te kunnen behandelen. De aanspraak binnen de Zvw is onder meer gedaan op basis van het rapport “Dyslexie: van zorg verzekerd?” van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Dit rapport gaat uit van het feit dat ernstige dyslexie een (neurobiologische) aandoening is en dat deze stoornis te behandelen is. Het door het veld ontwikkelde “Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling” gericht op ernstige en enkelvoudige dyslexie is daarbij leidend geweest. Dit protocol zorgt ervoor dat de begeleiding van school en de zorgverlening van elkaar zijn gescheiden. De basisschool vervult de rol van ‘toeleider’ naar de zorg ten aanzien van de dyslexiezorg conform de Zvw (eerder werd dit de poortwachtersrol van de school genoemd). Zij dragen zorg voor een leerlingendossier, dat als onderbouwing dient van het vermoeden dat sprake is van ernstige, enkelvoudige dyslexie. De ouders van een leerling gaan met dit dossier naar een gespecialiseerde zorgaanbieder die het verdere vervolgtraject van diagnose stellen en behandelen verzorgt. Daarnaast hebben scholen een begeleidende rol. De leerling blijft immers voor, tijdens en na de behandeling op school en heeft daar ondersteuning nodig. Multidisciplinair samenwerken in de dyslexiezorg is mogelijk gemaakt binnen de Zvw.

In artikel 2.5a, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering 1 staat de aanspraak met betrekking tot dyslexiezorg omschreven als “dyslexiezorg omvat zorg in verband met ernstige dyslexie, aan kinderen van zeven jaar of ouder die basisonderwijs volgen”. Omdat de behandeling van de stoornis dyslexie in de kinderjaren het meest effectief is, is de keuze gemaakt om de aanspraak te beperken tot die kinderen die zich in de basisschoolleeftijd bevinden. Er is gekozen voor een ingroeimodel om wachtlijsten in de jeugd GGZ te voorkomen en om de zorgverzekeraars niet te laten overstelpen met aanvragen voor deze nieuwe vorm van zorg. Er is gekozen om de aanspraak vanaf 2009 in vijf jaar uit te laten breiden tot kinderen die de dertienjarige leeftijd hebben bereikt.

Voor wat betreft de bekostiging is gekozen voor de tweedelijns GGZ, de DBC-systematiek. De keuze is gemaakt voor de DBC “Overige stoornissen in de kinderleeftijd”. Binnen deze DBC moet het mogelijk zijn om op basis van de diagnose, de diverse stoornissen die hier onder zijn gebracht, uit elkaar te halen. Omdat gebruik wordt gemaakt van de spelregels DBC, is voor de kinder- en jeugdpsycholoog en de orthopedagoog-generalist tot en met de evaluatieperiode (eind 2011) een tijdelijke uitzondering gemaakt op de spelregels DBC GGZ. In deze spelregels wordt als voorwaarde gesteld dat een hoofdbehandelaar een Wet BIG-registratie dient te hebben. Niet alle kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagoog-generalisten hebben een BIG registratie. Voor hen is het tijdelijk mogelijk gemaakt om te kunnen typeren, om de eindverantwoordelijkheid voor de DBC te kunnen dragen en deze te kunnen openen en sluiten. Het vinden van een structurele oplossing is van belang voor de voortzetting van de aanspraak na 2011. Er zijn verschillende oplossingen mogelijk. De voor- en nadelen van deze oplossingen zullen tegen elkaar afgewogen worden, in overleg met alle (veld)partijen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2009 een beleidsregel met bijbehorende

tariefbeschikking afgegeven voor deze vorm van zorg. Voor de dyslexiezorg binnen het budgettair kader zorg is in 2009 € 27,9 miljoen beschikbaar, oplopend conform ingroeimodel naar circa € 33,5 miljoen in 2013.

1.2 De opdracht en vraagstelling

Het ministerie van VWS vraagt om een beleidsvaluatie die uiterlijk medio december 2011 signaleert wat de gevolgen zijn van de introductie van dyslexiezorg in de zorgverzekeringswet. Dit document betreft de eindrapportage van deze evaluatie. De evaluatie behandelt de toetsing van de aannames die gedaan zijn bij de invoering, de praktische invulling van de Zvw aanspraak op dyslexiezorg en de rollen van de verschillende actoren. Daarnaast staat inzicht in de kwaliteit, betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de dyslexiezorg centraal, hierbij zal ook gekeken worden naar de relatie tot het gebruik van de bekostigingssystematiek zoals deze is opgesteld voor de zorgverzekeringswet (DBC's). Het ministerie vraagt om een overzicht van feiten en cijfers en een gedegen inhoudelijke onderbouwing.

Het ministerie van VWS heeft in haar opdracht een viertal overkoepelende vragen geformuleerd:

- Hoe is in de praktijk omgegaan met de Zvw-aanspraak op dyslexiezorg? Waar loopt men in de praktijk tegenaan? Welke rol vervullen de diverse actoren in de dyslexiezorg? Hoe verhoudt deze rol zich tot het protocol?
- Welke groep kinderen maakt van de aanspraak gebruik? Hoe verhoudt deze groep zich tot de beoogde doelgroep?
- Hoe wordt de kwaliteit van dyslexiezorg geborgd?
- Welke knelpunten signaleren de onderzoekers op de bovenstaande onderdelen en zijn hiervoor verbeterpunten te benoemen?

Deze zijn vervolgens toegespitst in onderstaande deelvragen:

Toegankelijkheid

- 1 Hoe multidisciplinair is de zorg die wordt gecontracteerd?
- 2 Welke zorgaanbieders zijn er? (naar type en opleidingsniveau)
- 3 Zijn er voldoende zorgaanbieders?
- 4 Welke wachtlijsten zijn er? (denk hierbij aan zowel vrijgevestigde aanbieders als instellingen)
- 5 Wat zijn de (gemiddelde) wachttijden voor diagnose en behandeling?
- 6 Bij hoeveel kinderen wordt er een diagnose "ernstige, enkelvoudige dyslexie" gesteld zonder dat de behandeling volgt?
- 7 Bij hoeveel kinderen wordt er een diagnose "ernstige, enkelvoudige dyslexie" gesteld met de behandeling tot gevolg?
- 8 Bij hoeveel kinderen wordt de diagnose ADHD of autisme gesteld met leesbegeleiding tot gevolg?
- 9 Welke knelpunten worden er ten aanzien van de aanspraak Zvw gesignaleerd?

Rollen betrokken actoren

- 10 Welke zorgverleners verlenen de behandeling van ernstige dyslexie? Wat is hun achtergrond?
- 11 Hoe wordt toegezien op deze vorm van zorg?
- 12 Hoe pakken scholen hun rol van toeleider op?

- 13 Welke knelpunten worden in de rolverdeling tussen actoren in de dyslexiezorg gesignaleerd?
- 14 Wat is de invloed van contractering op de toegankelijkheid van de zorg?

Kwaliteit

- 15 Hoe cliëntgericht is de zorg?
- 16 Welke kaders zijn er om de kwaliteit te meten?
- 17 Welke normen, richtlijnen e.d. worden gebruikt voor het meten van de kwaliteit van zorg?
Zijn deze voldoende?
- 18 Hoe transparant is de zorg?
- 19 Wat vinden zorgverzekeraars van de kwaliteit van de dienstverlening door aanbieders?
- 20 Welke kwaliteitseisen stellen zorgverzekeraars?
- 21 Welke knelpunten worden in de kwaliteit van zorg gesignaleerd?

Betaalbaarheid

- 22 Wat is de (gemiddelde) doorlooptijd voor behandeling? (verschillen per zorgaanbieder/regio)
- 23 Wat is de instroom van kinderen geweest in de jaren 2009, 2010, 2011?
- 24 Hoeveel kinderen stromen meer dan eenmaal in deze vorm van zorg in?
- 25 Zijn er administratieve lasten bij aanbieders of zorgverzekeraars?
- 26 Zijn er gevolgen in de kosten voor aanbieders?
- 27 Zijn er inkomenseffecten voor aanbieders?
- 28 Welke bevoorschottingsafspraken worden gemaakt?
- 29 Zijn er signalen dat de tarieven niet correct zijn?
- 30 Wat zijn de kosten op macroniveau?
- 31 Wat is de verwachte instroom in 2012 en 2013?
- 32 Zijn aanbieders in staat de DBC systematiek adequaat te hanteren?
- 33 Hoe ontwikkelen de productieafspraken zich in relatie tot het geraamde kader?
- 34 Welke knelpunten worden er in de betaalbaarheid gesignaleerd?

1.3 Nulmeting

Deze beleidsevaluatie bestaat uit drie meetmomenten, bestaande uit een databasemeting en kwalitatief onderzoek. De eerste meting is uitgevoerd door de NZa als onderdeel van de GGZ monitor 2009. Deze meting wordt gezien als nulmeting en dient zodoende ook als uitgangspunt voor de beleidsevaluatie.

Het volledige rapport van de NZa is als apart document beschikbaar. De belangrijkste bevindingen worden hieronder kort samengevat:

- De NZa beschikt nog over te weinig gegevens voor een definitief beeld van de ervaringen met dyslexiezorg in het eerste jaar. Dit is mede veroorzaakt door het feit dat dyslexiezorg wordt betaald op basis van gedeclareerde DBC's. Dyslexiezorg heeft een looptijd van gemiddeld 40 tot 60 weken en de DBC's zijn na één jaar dus minimaal te analyseren.
- De analyse van de NZa is gebaseerd op gegevens van de databanken van het KD en het NRD. Tot oktober 2009 zijn er 2250 dyslexie DBC's geopend waarvan 37% alleen diagnostiek bevat.

- De gemiddelde tijd tussen het moment van aanmelding van een cliënt en de intake bedroeg in de eerste helft van 2009 74 dagen.
- De meerderheid van de zorgverzekeraars beperkt de zorg waar de verzekerde terecht kan tot de zorgverleners die aangesloten zijn bij het KD en/of het NRD. Indien een cliënt kiest voor een niet-gecontracteerde zorgverlener, wordt er 75-80% van het overeengekomen tarief vergoed.

De opdracht zoals deze is geformuleerd voor de beleidsvaluatie dyslexiezorg vergt een uitgebreidere aanpak dan de aanpak die is gehanteerd door de NZa.

Mede door de beperkte beschikbaarheid van informatie in de periode dat de nulmeting werd uitgevoerd, kon er nog geen reëel beeld geschetst worden van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de dyslexiezorg sinds deze is opgenomen in de Zorgverzekeringswet. Daarnaast heeft de NZa enkel gebruik gemaakt van de gegevens in de databases van het KD en het NRD.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is de eindrapportage in het kader van de ‘beleidsvaluatie dyslexiezorg’ die voor het ministerie van VWS wordt uitgevoerd. Het eerste hoofdstuk geeft de achtergrond weer van de beleidsvaluatie en bevat de onderzoeksvragen. Hoofdstuk 2 behandelt de onderzoeks aanpak. Hier komen de operationalisatie van het onderzoek, de methodieken voor de dataverzameling en de planning aan bod.

In hoofdstuk 3 tot en met 6 worden de bevindingen gepresenteerd. In hoofdstuk 3 worden de verschillende actoren en hun standpunten geïntroduceerd waarna in de hoofdstukken erna de belangrijkste onderwerpen tot in detail worden besproken. Hoofdstuk 4 gaat in op de toegankelijkheid van de dyslexiezorg, hoofdstuk 5 behandelt de kwaliteit van de zorg en in hoofdstuk 6 worden de resultaten ten aanzien van de betaalbaarheid van de dyslexiezorg besproken.

Hoofdstuk 7 geeft de conclusies en aanbevelingen weer in lijn met de overkoepelende vragen van het ministerie van VWS. In bijlage B zijn de conclusies per deelvraag weergegeven.

Deze eindrapportage is een vervolg op de tweede tussenrapportage, die april 2010 is verschenen. De hoofdstukken 1 tot en met 3 zijn vrijwel ongewijzigd gebleven ten opzichte van de laatste tussenrapportage. In hoofdstuk 4 en 5 zijn diverse paragrafen aangevuld met de meest recente informatie. Hoofdstuk 6 en hoofdstuk 7 zijn nieuw toegevoegd aan de rapportage.

Hoofdstuk 2 Aanpak

2.1 *Operationalisatie van het onderzoek*

Tijdens de operationalisatie van het onderzoek hebben we de onderzoeksvragen van de opdrachtgever geanalyseerd en uitgewerkt tot een analysekader dat als basis heeft gediend voor de opzet van het onderzoek en met behulp waarvan de methoden voor de dataverzameling tot in detail zijn uitgewerkt.

Allereerst hebben we elke onderzoeksvraag gedefinieerd en geïnterpreteerd en hebben we bepaald welke parameters van belang zijn voor iedere specifieke vraag. Ook is elke onderzoeksvraag toegewezen aan een van de drie hoofdthema's (toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid). Tenslotte hebben we bepaald hoe, dat wil zeggen met behulp van welke methode(n) van dataverzameling, elke onderzoeksvraag beantwoord kan worden.

Vervolgens hebben we de verschillende methoden van dataverzameling (literatuurstudie, interviews, databaseonderzoek) tot in detail uitgewerkt. Zo hebben we voor elke stakeholdergroep een specifieke vragenlijst opgesteld. En voor elke database hebben we, rekening houdend met de beschikbare data, een specifiek dataverzoek opgesteld. Het opstellen van een centraal en samenhangend analysekader als startpunt van de operationalisatie van het onderzoek heeft geleid tot een effectieve en efficiënte onderzoeks aanpak en wijze van dataverzameling.

Tot slot geldt dat de in het vorige hoofdstuk besproken inventarisatie, beschrijving en analyse van de aannames, inclusief de toewijzing aan een van de hoofdthema's van het onderzoek, ook een belangrijk onderdeel van de operationalisatie van het onderzoek is geweest.

2.2 *Methodiek dataverzameling*

De onderzoeks aanpak is erop gericht om zo goed mogelijk antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen zoals die in de onderzoeksopdracht zijn verwoord. Om een antwoord te geven is gebruikt gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens. Op die manier is informatie van verschillende bronnen met elkaar vergeleken en aangevuld. Concreet is er in de beleidsvaluatie gebruikt gemaakt van de volgende methoden: 1) literatuurstudie, 2) databaseonderzoek voor de analyse van kwantitatieve gegevens, 3) interviews met stakeholders, 4) een internetvragenlijst.

Naarmate het onderzoek verder vorderde, is het karakter van het onderzoek geëvolueerd van open naar meer gesloten. In de eerste fasen van het onderzoek is het open bevragen van de verschillende stakeholders noodzakelijk geweest om diepgaande informatie en begrip te verkrijgen over de veelheid aan aspecten gerelateerd aan de dyslexiezorg. In de eindfase van het onderzoek in het najaar 2011 zijn de opgedane inzichten ter toetsing voorgelegd aan het beleidsveld dat betrokken is bij de dyslexiezorg.

2.2.1 *Literatuurstudie*

Er is veel geschreven over de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de dyslexiezorg. Bovendien liggen er diverse documenten ten grondslag aan de introductie van de aanspraak op dyslexiezorg binnen de zorgverzekeringswet. Al deze beschikbare literatuur is bestudeerd en waar

mogelijk zijn onderzoeksvragen (deels) met behulp van de literatuur beantwoord. Documenten die tijdens het onderzoek zijn verschenen, zijn bestudeerd en de bevindingen hiervan zijn in deze rapportage meegenomen.

2.2.2 Kwantitatieve dataverzameling

Er zijn meerdere databases gebruikt om informatie te verzamelen om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Deze databases zijn door verschillende instellingen opgezet en beheerd, ieder met een eigen doel.

DBC Informatie Systeem (DIS) is de meest omvattende database. Deze database wordt beheerd door DBC Onderhoud. Het doel van het DIS is alle geregistreerde DBC's verzamelen ten behoeve van de doorontwikkeling van de DBC systematiek. Dit betekent dat alle organisaties die DBC's declareren, verplicht zijn om gegevens aan te leveren bij het DIS. De informatie die wordt aangeleverd is opgebouwd vanuit de DBC. Het betreft op hoofdlijnen de volgende items: informatie zorginstelling, geanonimiseerde patiëntgegevens, informatie over het zorgtraject en DBC traject als openingsdatum en afsluitdatum, behandelde diagnose en het geleverde zorgprofiel. Aangezien het DIS informatie van alle GGZ DBC's bevat, is een selectie plaatsgevonden op basis van de diagnoses, leeftijd patiënt en openingsdatum, zijnde:

Diagnose: Zorgtraject met als primaire diagnose As 1: leesstoornissen (as1_1.01.01)

Leeftijd: Patiënt met geboortjaar in of na 2000

Openingsdatum: Zorgtraject gestart op of na 1/1/2009

Het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie heeft een database opgericht om de kwaliteit en het zorgaanbod voor de diagnostiek en behandeling van dyslexie te monitoren. Deze database is het NDD (nationale database dyslexie). De informatie in deze database is opgebouwd vanuit de patiënt en bevat zowel informatie over de DBC als kwaliteitsindicatoren. Er leveren meerdere instanties uit het hele land die dyslexiebehandeling verzorgen gegevens aan, in totaal leveren ongeveer 42-45 vestigingen data aan de NDD.

Tevens is informatie gebruikt van het Kennisinstituut Dyslexie (KD). In deze database worden DBC informatie en de resultaten van een enquête naar de ouders ingevoerd. Er zijn diverse organisaties aangesloten bij het KD, in totaal leveren 156 vestigingen van 74 praktijken gegevens aan bij het KD.

Ook is er informatie van Vektis, het informatiecentrum voor de zorg dat gegevens over de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland verzamelt en analyseert, verkregen. Concreet hebben we de GGZ-kosten van alle ambulante DBC's binnen de stoornis "Kindertijd Overig" in 2010, 2009 en de wijzigingen ten opzichte van 2008 ontvangen en geanalyseerd.

Op 2 meetmomenten is informatie uit de databases onttrokken. In totaal zijn de volgende periodes meegenomen:

DIS 01-01-2009 tot 10-10-2011

KD 01-01-2009 tot 20-10-2011

NRD	01-01-2009 tot 29-09-2011
Vektis	2009 en 2010

2.2.3 Interviews

Een groot aantal onderzoeksvragen wordt met behulp van interviews met stakeholders beantwoord. In de interviews zijn ook bevindingen uit het literatuuronderzoek en de bevindingen van de nulmeting gevalideerd. Bovendien hebben de verschillende actoren tijdens de interviews ruimschoots de ruimte gekregen om hun visie en standpunten toe te lichten. Tijdens deze eerste ronde is een grote groep stakeholders benaderd en zijn 17 interview(bijeenkomsten) georganiseerd waarbij in totaal 27 experts en een aantal ouders/ervaringsdeskundigen zijn geïnterviewd. Op basis van deze resultaten is er een schema opgesteld voor de tweede ronde van interviews. De tweede ronde is gericht op het uitdiepen van interviewronde 1 en het monitoren van ontwikkelingen en trends. Tijdens deze tweede ronde zijn 8 interview(bijeenkomsten) georganiseerd waarbij in totaal 16 experts zijn geïnterviewd.

De interviews waren semi-gestructureerd, wat inhield dat per groep van stakeholders ongeveer dezelfde vragen gesteld werden, waarbij wel de vrijheid werd genomen om door te vragen of vragen over te slaan indien niet relevant. De stakeholders die werden betrokken in de interviews zijn zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen, cliënten/ouders, scholen, toezichhouders en brancheorganisaties. In deze rapportage zijn de resultaten van de interviews een belangrijke component.

2.2.4 Internetvragenlijst

In de periode van de tweede meting is tevens een internetvragenlijst uitgezet onder de zorgaanbieders van dyslexiezorg. Deze vragenlijst is via de sneeuwbal methode verspreid onder zorgaanbieders via de beroepsgroepen en de kwaliteitsinstituten. Via deze aselecte steekproef zijn 234 volledige vragenlijsten op internet anoniem ingevuld. Van deze groep geeft 228 respondenten aan dat zij ernstige, enkelvoudige dyslexie behandelen. Deze aselecte steekproef kan niet gezien worden als representatief voor de gehele populatie van aanbieders, maar is wel bruikbaar om eerdere bevindingen uit het onderzoek te toetsen.

2.3 Planning van het onderzoek

Bij deze evaluatie is gekozen voor een gefaseerde aanpak, waarbij per fase een akkoord wordt verkregen van de opdrachtgever alvorens over te gaan naar de volgende fase. Deze eindrapportage is het product van alle fasen waarmee een goed beeld is ontstaan van de stand van zaken ten aanzien van de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de dyslexiezorg en de rol van de verschillende actoren. Op basis hiervan komen we tot conclusies en aanbevelingen gebaseerd op beide meetmomenten. In de volgende figuur (figuur 1) is de planning van het gehele onderzoek uiteengezet.



Figuur 1: Planning beleidsvaluatie

Hoofdstuk 3 De verschillende actoren

3.1 Inleiding

Er zijn veel partijen betrokken bij de vergoedingsregeling dyslexie. Deze actoren / stakeholders hebben uiteenlopende meningen, belangen en invloeden. Het is van belang om inzicht te hebben in de rol, taken en standpunten van de verschillende partijen. Tijdens het onderzoek hebben wij met vertegenwoordigers uit alle stakeholdergroepen gesproken.

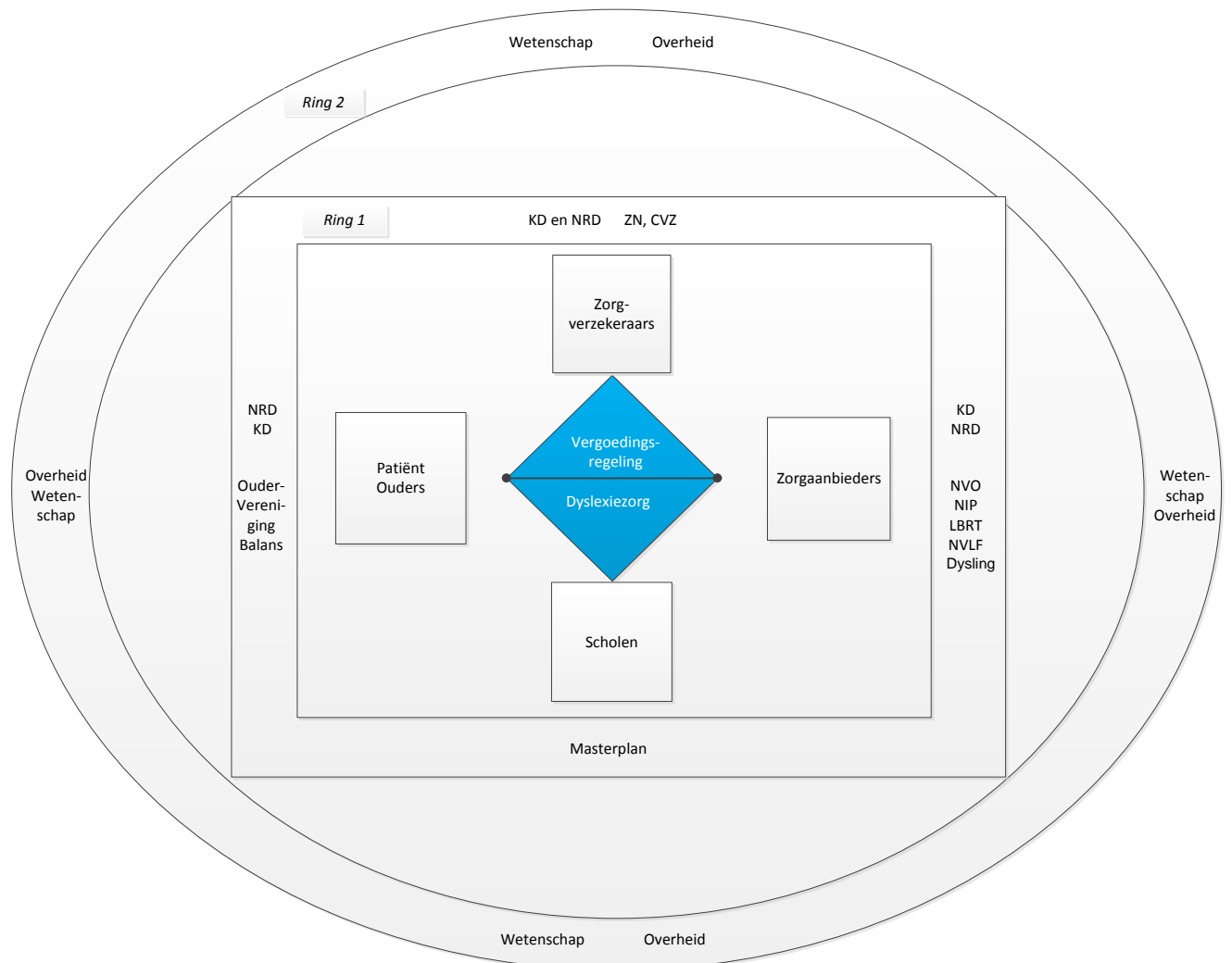
Alle partijen zien de urgentie en noodzaak voor de vergoede dyslexiezorg, over de manier waarop de doelstellingen van de regeling het beste bereikt kunnen worden verschillen de partijen soms van mening. Gebleken is dat er zeven thema's zijn waarover de verschillende actoren kritisch zijn en/of verschillende visies en standpunten hebben:

1. De rol van de school: Het uitvoeren van de toelidersrol van de school en de rol die de school speelt tijdens de behandeling.
2. Het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling: De interpretatie van het protocol en de eventuele doorontwikkeling van het protocol.
3. Multidisciplinaire samenwerking: Het multidisciplinair samenwerken tijdens de dyslexiebehandeling.
4. Type zorgaanbieders: De kwaliteit en geschiktheid van de verschillende typen zorgaanbieders (gespecialiseerde behandelinstututen, (combinaties van) vrijgevestigde aanbieders, schoolbegeleidingsdiensten).
5. Inzet medebehandelaars: De eventuele inzet van medebehandelaars tijdens de behandeling (logopedisten, remedial teachers en psycholinguïsten).
6. Kwaliteitsindicatoren: Het meten van de kwaliteit, de wijze waarop de kwaliteit gemeten wordt en welke indicatoren daarvoor gebruikt worden.
7. DBC GGZ als wijze van financieren: De geschiktheid van de DBC GGZ voor de vergoedingsregeling dyslexie.

In dit hoofdstuk zullen we eerst de verschillende stakeholders en hun positie in het dyslexielandschap presenteren. Vervolgens zullen we een korte samenvatting geven van de belangrijkste kritische geluiden en verschillen van mening van de diverse actoren op de zeven genoemde thema's. In de volgende hoofdstukken zullen deze en andere thema's uitgebreider aan bod komen.

3.2 De rol en positie van de actoren

Bij de vergoede dyslexiezorg zijn veel actoren betrokken. In de figuur hieronder hebben we de verschillende stakeholders plus hun rol en positie grafisch weergegeven. De figuur maakt duidelijk dat er sprake is van een complex veld van stakeholders met diverse belangen, verbanden en rollen.



Figuur 2: Krachtenveldanalyse

Het centrum van de figuur wordt gevormd door twee driehoeken:

1. De vergoedingsregeling voor ernstige, enkelvoudige dyslexie. Directe betrokkenen hierbij zijn de patiënt/ouders, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.
2. De dyslexiezorg. De diagnostiek en behandeling van dyslexie speelt zich immers af binnen de driehoek patiënt/ouders – zorg(aanbieder) – school.

In de eerste ring daaromheen ("Ring 1") treffen we de partijen aan die de direct betrokkenen bij de dyslexiezorg en de vergoedingsregeling vertegenwoordigen en/of ondersteunen en/of beïnvloeden:

- Het Masterplan Dyslexie. Het Masterplan Dyslexie is gericht op de implementatie van de dyslexieprotocollen voor het onderwijs. Via voorlichting, informatievoorziening en professionalisering werkt het Masterplan aan de verbreding en verbetering van draagvlak, kennis en vaardigheden.
- Oudervereniging Balans. De landelijke oudervereniging Balans zet zich in voor een verbetering van het leer- en leefklimaat van kinderen met dyslexie (en andere ontwikkelingsstoornissen). Dit willen zij bereiken door: 1) informatie geven en verspreiden, 2) belangenbehartiging, 3) ondersteunen en bevorderen van onderling contact.
- De beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT, NVLF en Dysling. De belangenbehartigers en vertegenwoordigers van de bij de verschillende typen zorgaanbieders actieve beroepsgroepen (psychologen, orthopedagogen, logopedisten, remedial teachers en psycholinguïsten/taalwetenschappers). Zij vertegenwoordigen alle leden van de beroepsgroep, dus zowel de leden die als vrijgevestigde aanbieder opereren als de leden in (loon)dienst bij de in dyslexie gespecialiseerde behandelinstellingen.
 - Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) is met bijna 13.000 leden de grootste beroepsvereniging van psychologen in Nederland. De vereniging behartigt de belangen van haar leden en biedt hen een platform voor het uitwisselen van kennis. Daarnaast bevordert het NIP de psychologiebeoefening in het algemeen.
 - De NVO is de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen. Doel van de vereniging is om de kwaliteit van de beroepsuitoefening van haar leden – (ortho)pedagogen en onderwijskundigen – te waarborgen en te bevorderen, en de belangen van haar leden op een herkenbare manier te behartigen. Het ledenbestand van de NVO wordt gevormd door zo'n 5500 universitair opgeleide professionals.
 - De NVLF is de beroepsvereniging van en voor logopedisten. De vereniging telt 4000 leden. De vereniging behartigt de collectieve en individuele belangen van de leden werkzaam in loondienst in het onderwijs en de gezondheidszorg en van leden die zich als zelfstandig logopedist hebben gevestigd. De NVLF stelt zich daarnaast ten doel het vakgebied logopedie en de kwaliteit van het logopedisch handelen voortdurend te verbeteren.
 - De LBRT is een vereniging van leerkrachten die zich hebben gespecialiseerd in de hulp aan kinderen en volwassenen met leerproblemen. Remedial teachers helpen leerlingen/cliënten op school of in hun eigen praktijk. De LBRT richt zich, binnen alle vormen van onderwijs, op de kwaliteitsbewaking van remedial teaching en de professionaliteit van de remedial teacher. Daarnaast behartigt zij de belangen van haar 3000 leden.
 - Dysling is de beroepsvereniging voor taalwetenschappers die gespecialiseerd zijn in dyslexie. Dyslexielinguïsten hebben een universitaire opleiding op het gebied van de klinische linguïstiek (Taalwetenschap) voltooid. Dyslexielinguïsten hebben een afstudeerrichting gekozen als spraaktaalpathologie of neurolinguïstiek met drie hoofdgebieden: taalontwikkelingsstoornissen, afasie en dyslexie. Hierbij komen alle

facetten aan bod: theoretische en medische achtergrond, diagnostiek en behandeling.

- Kwaliteitsinstituut Dyslexie (KD) en Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD). De zelf benoemde kwaliteitsinstellingen die de belangen behartigen van de behandelinstellingen die bij hen zijn aangesloten (en die samen een groot deel van de zorgaanbieders vormen). KD en NRD hebben een groter bereik, en daarmee meer invloed, dan de andere actoren in deze ring. De zorgverzekeraars leunen sterk op deze kwaliteitsinstellingen. Bovendien zorgt het kwaliteitskeurmerk en het feit dat zorgverzekeraars vrijwel alleen aanbieders contracteren die een keurmerk van KD of NRD bezitten ervoor dat ook de patiënt en de ouders worden bereikt. Verder geldt dat het initiatief tot de oprichting van één kwaliteitsinstituut (KD) is genomen door de oudervereniging Balans. Wel zijn er als gevolg van uiteenlopende visies met betrekking tot voornamelijk de behandeling van dyslexie twee kwaliteitsinstellingen ontstaan.
 - o “Het Kwaliteitsinstituut Dyslexie is een onafhankelijk instituut dat ernaar streeft dat ieder kind met lees- en spellingsproblemen op een uniforme en kwalitatief goede manier gediagnosticeerd en behandeld wordt door een team van gespecialiseerde behandelaren. Om de kwaliteit van de dyslexiezorg voor ieder kind te waarborgen dienen deze behandelaars gecertificeerd te zijn door het Kwaliteitsinstituut Dyslexie.”
 - o “Het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) is een stichting die zorg draagt voor de borging van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. ... Het NRD implementeert een kwaliteitssysteem en registreert de dyslexie zorgaanbieders. Het NRD is hiermee tevens een platform van deze beroepsgroep. Op deze manier bevordert het NRD het zorgaanbod voor kinderen met dyslexie conform de hoogste kwaliteitseisen die beschikbaar zijn.”
- Zorgverzekeraars Nederland (vertegenwoordiging zorgverzekeraars) en het College voor Zorgverzekeringen (o.a. ondersteuning zorgverzekeraars).
 - o Zorgverzekeraars Nederland (ZN) behartigt de belangen van de ondernemingen die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden. De hoofdactiviteit van ZN is het realiseren van voorwaarden waarbinnen de leden het vak van zorgverzekeraar optimaal kunnen uitoefenen. Denk aan procesondersteuning, informatievoorziening en PR en het vertegenwoordigen van de branche in overleg met de overheid en branche- en beroepsorganisaties in de zorg.
 - o Het College voor zorgverzekeringen is zowel een advies- als uitvoeringsorganisatie voor de wettelijke ziektekostenverzekeringen: de Zvw en de AWBZ. Het CVZ heeft een belangrijk aandeel in het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Dit aandeel levert het CVZ door het uitvoeren van drie kerntaken: 1) Adviseren over inhoud basispakket, 2) Verdelen van premiegeld onder zorgverzekeraars, 3) Uitvoeren van regelingen voor specifieke groepen.

In de buitenste ring tenslotte (“Ring 2”) staan de overheid (in deze vertegenwoordigd door VWS en OCW) en de wetenschap geplaatst. Zij hebben een kaderstellende invloed op het gehele speelveld van de (vergoede) dyslexiezorg en hebben een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van de vergoedingsregeling. Vanaf de buitenste ring spelen zij een rol richting het dyslexieveld, waarbij geldt dat zij voornamelijk direct contact onderhouden met de spelers in “Ring 1” en nauwelijks contact hebben met de direct bij de vergoede dyslexiezorg betrokken partijen. Op hun beurt worden ook zij het meest beïnvloed door de partijen in de middelste ring (de kwaliteitsinstituten, de beroepsverenigingen e.d.). Overigens is er net als bij de kwaliteitsinstituten in de wetenschap ook sprake van een tweetal stromingen, ongeveer overeenkomstig de stromingen bij het KD en NRD. Blomert, de opsteller van het behandelprotocol, is de belangrijkste vertegenwoordiger van de ene stroming (gelieerd aan het NRD). De andere stroming bestaat uit enkele wetenschappers die ook in Stichting Dyslexie Nederland (SDN) verband opereren en meer gelieerd zijn aan het KD.

De vergoede dyslexiezorg betreft een dynamisch speelveld met veel verbanden en wederzijdse afhankelijkheden. Er zijn veel tegenstellingen tussen de verschillende actoren en veel actoren spannen zich in om de eigen belangen en invloeden te waarborgen en/of te vergroten. Kortom, er is nog geen harmonieus en efficiënt functionerend speelveld ontstaan dat zich in gezamenlijkheid richt op de best mogelijke zorg voor kinderen met ernstige, enkelvoudige dyslexie.

3.3 Samenvatting standpunten van de verschillende actoren

Het belangrijkste standpunt dat door alle betrokken actoren wordt onderschreven is dat men het “overall” een goede zaak vindt dat de vergoedingsregeling is geïntroduceerd. De introductie van de aanspraak op ernstige, enkelvoudige dyslexie leidt er immers toe dat er meer kinderen worden behandeld voor ernstige, enkelvoudige dyslexie. Alle geïnterviewden geven dit aan en als onderbouwing worden voornamelijk de volgende twee aspecten aangedragen. Allereerst geven de zorgaanbieders aan dat zij een nieuwe en andere populatie aan kinderen qua achtergrond en opleidingsniveau een beroep zien doen op de zorg (interviews met zorgaanbieders, 2010 en 2011). Bovendien zie je dat de gespecialiseerde behandelinstituten sinds de introductie van de vergoedingsregeling sterk zijn gegroeid qua totaal aantal cliënten (d.w.z. de vergoede plus niet de vergoede zorg), ondanks dat er sprake is van een afname van de niet vergoede dyslexiezorg (interviews met zorgaanbieders, 2010). Dit is een sterke aanwijzing voor een toename van het aantal behandelde kinderen met ernstige, enkelvoudige dyslexie in 2009 en 2010. Er is waarschijnlijk zowel sprake van een verschuiving van de niet vergoede zorg naar de vergoede zorg als van een nieuwe groep kinderen met ernstige, enkelvoudige dyslexie die via de vergoedingsregeling behandeld worden en die voorheen niet behandeld werden.

Over de wijze waarop de vergoedingsregeling is uitgewerkt en uitpakt in de praktijk zijn de actoren vaak wel kritisch en hebben de verschillende actoren uiteenlopende standpunten. Zoals aangegeven zijn er zeven thema’s waarop deze kritische geluiden en meningsverschillen voornamelijk tot uiting komen. In het onderstaande kader worden de belangrijkste standpunten van de actoren op deze thema’s samengevat.

Thema	Samenvatting belangrijkste standpunten van de actoren
Rol van de school	De school heeft twee belangrijke rollen in het kader van de vergoedingsregeling: 1) de toeleidersrol in het voortraject richting de zorg, 2) een ondersteunende rol tijdens de behandeling. De ervaringen met de wijze waarop de school deze rollen invult zijn wisselend, want afhankelijk van de individuele school, leerkracht, begeleider. Sommige actoren spreken hun tevredenheid uit, anderen hun onvrede. De algemene opinie is wel dat de kwaliteit van de scholen over de gehele linie verbetert. Scholen zelf geven aan dat de administratieve last behorend bij de vergoedingsregeling groot is, iets dat niet door alle andere actoren wordt onderschreven.
Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling	Er bestaat verschil van inzicht over de interpretatie van het protocol. Een deel van de actoren is van mening dat het protocol eenduidig is en strikt gevolgd moet worden. Een ander deel is echter van mening dat het protocol ruimte biedt voor een ruimere interpretatie en zorgaanbieders de mogelijkheid geeft om de behandelmethodes enigszins aan te passen. Verder is iedereen ervan overtuigd dat het protocol doorontwikkeld en verder verbeterd moet worden, iets dat ook afgesproken is bij de invoering van de vergoedingsregeling. Probleem is alleen dat er geen overeenstemming is over de wijze waarop het protocol doorontwikkeld dient te worden, wie de regie op zich gaat nemen en in welke vorm er wordt samengewerkt door de verschillende stakeholders.
Multidisciplinaire samenwerking	Er bestaat bij de verschillende actoren geen eenduidig begrip van wat multidisciplinaire samenwerking inhoudt, wanneer er wel/niet sprake is van multidisciplinaire samenwerking en wanneer multidisciplinaire samenwerking wel/niet noodzakelijk is. Bij veel zorgaanbieders worden de dyslexiebehandelingen uitgevoerd door één persoon en vindt er overleg plaats over de behandelingen in een multidisciplinair team. Deze aanbieders geven aan dat er dan sprake is van multidisciplinaire samenwerking en dat multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk is. Een deel van de actoren is echter van mening dat je in dit geval niet kunt spreken van multidisciplinaire samenwerking.
Type zorgaanbieders	Er bestaat verschil van mening over de kwaliteit en de geschiktheid van de verschillende typen zorgaanbieders. Hierbij worden er grofweg drie groepen van aanbieders onderscheiden: 1) gespecialiseerde behandelinstellingen, 2) (combinaties van) vrijgevestigde aanbieders, 3) schoolbegeleidingsdiensten. De gespecialiseerde behandelinstellingen hebben in een aantal gevallen kritiek op de kwaliteit van de instellingen die aangesloten zijn bij het “andere” kwaliteitsinstituut dan degene waarbij ze zelf aangesloten zijn. NRD, KD en veel van de bij hen aangesloten instellingen en de

	<p>zorgverzekeraars zijn van mening dat de meeste (combinaties van) vrijgevestigde aanbieders niet over voldoende kwaliteit beschikken vanwege een gebrek aan mogelijkheden en schaalgrootte om kennis op te bouwen en de kwaliteitscontrole te organiseren. De vrijgevestigde aanbieders en de beroepsverenigingen zijn het hier niet mee eens. Zij zijn van mening dat de vrijgevestigde aanbieders wel kwaliteit kunnen leveren, maar dat het hen bijna onmogelijk wordt gemaakt de kwaliteit van de geleverde zorg aan te tonen als gevolg van de (gezamenlijke) opstelling van de behandelinstututen, KD, NRD en de zorgverzekeraars. Zij vinden dat de kwaliteitsinstututen en zorgverzekeraars hen op verkeerde gronden uitsluiten van de vergoede dyslexiezorg. De beroepsverenigingen NIP en NVO vinden dat de deskundige professionals en de beroepsgroepen zelf verantwoordelijk zijn voor de eigen kwaliteitsbewaking.</p> <p>Over de kwaliteit van de schoolbegeleidingsdiensten, die zich verenigd hebben in ONL en als zorgaanbieder opereren en aangesloten zijn bij KD, zijn de meningen verdeeld. De voorstanders geven aan dat de kwaliteit goed is, dat de ingezette medebehandelaars goed opgeleid zijn en dat het een voordeel is dat de lijnen met de school kort zijn. De scheiding tussen het onderwijs en de zorg wordt expliciet bewaakt. De critici zijn van mening dat de medewerkers en de gestandaardiseerde behandelplannen, weliswaar afgeleid van het protocol, van de schoolbegeleidingsdiensten onvoldoende kwaliteit hebben en onvoldoende cliëntgericht zijn.</p>
<p>Inzet medebehandelaars</p>	<p>Er bestaat een groot verschil van inzicht over de eventuele inzet en de kwaliteit van medebehandelaars tijdens de behandeling. De meningsverschillen doen zich voor met betrekking tot logopedisten en vooral remedial teachers. Een groot aantal actoren is van mening dat remedial teachers niet in staat zijn om de vereiste kwaliteit te leveren om ingezet te kunnen worden tijdens de dyslexiebehandelingen. Daar komt bij dat remedial teachers geen CONO-registratie hebben en geen tijd mogen schrijven op een DBC. Logopedisten daarentegen mogen wel tijd schrijven op een DBC, omdat zij voorkomen op de hiervoor bepalende GGZ-beroepentabel. Toch uit een groep actoren ook zijn twijfels over de kwaliteit en geschiktheid van logopedisten om een rol te kunnen spelen in de behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie. De critici ten aanzien van de inzet van remedial teachers en logopedisten zijn van mening dat zij alleen in staat zijn een rol te spelen bij het begeleiden van kinderen met lichtere vormen van dyslexie en jongere kinderen. De beroepsverenigingen van de logopedisten (NVL) / remedial teachers (LBRT), NIP en NVO en een aantal andere actoren zijn van mening dat de met een dyslexie specialisatie geregistreerde logopedisten / remedial teachers wel in staat zijn de vereiste kwaliteit te leveren en een goede rol kunnen spelen. Ook vinden zij dat de critici onterecht geen onderscheid maken tussen deze specialisten en de niet gespecialiseerde logopedisten / remedial teachers.</p>

Kwaliteitsindicatoren	In feite hebben bijna alle meningsverschillen en discussies met betrekking tot de dyslexiezorg betrekking op het onderwerp kwaliteit. Er is geen algemeen geaccepteerde autoriteit op het gebied van kwaliteit en er zijn geen algemeen geldende kwaliteitsindicatoren. Bovendien wordt er geen (actief) toezicht gehouden op de dyslexiezorg. De kwaliteitscontroles die worden uitgevoerd gebeuren op (eigen) initiatief van de verschillende actoren (behandelinstituten, KD, NRD, beroepsverenigingen) en worden veelal door de andere actoren bekritiseerd of in twijfel getrokken.
DBC GGZ als wijze van financieren	<p>De vergoedingsregeling voor dyslexiezorg en de financiering ervan via de DBC GGZ sluiten niet naadloos op elkaar aan. Dit is het gevolg van het feit dat eerst het besluit is genomen om een vergoedingsregeling voor de dyslexiezorg in te voeren en dat daarna een (bestaande) financieringsvorm erbij is gezocht. Toch is een deel van de actoren van mening dat de DBC GGZ wijze van financieren weliswaar niet ideaal, maar toch de best mogelijke financieringswijze is voor de vergoede dyslexiezorg.</p> <p>Andere actoren zijn kritischer over de DBC GGZ als wijze van financieren voor de vergoede dyslexiezorg. Deze kritiek is van uiteenlopende aard. Zorgaanbieders ervaren de DBC structuur als een zware belasting op de organisatie en de financiële middelen, voor kleinere (vrijgevestigde) aanbieders is dit soms zelfs een onoverkomelijke drempel. Administratieve lasten, problemen met bevoorschotting en problemen bij samenwerking tussen twee entiteiten worden in dit verband genoemd. Verder geven de voorstanders van de inzet van remedial teachers als medebehandelaar aan dat het een probleem is dat deze beroepsgroep geen tijd mag schrijven.</p>

De kritiek en de uiteenlopende standpunten zijn voor een deel begrijpelijk en verklaarbaar. Allereerst geldt dat de vergoedingsregeling voor de dyslexiezorg nog maar kort van kracht is en dus moeten de markt en de spelers / actoren de tijd krijgen om zich tot een volwassen samenspel te organiseren. Bovendien blijkt uit de literatuurstudie dat de verschillende officiële documenten waarop de vergoedingsregeling gebaseerd is bepaalde facetten van de vergoede dyslexiezorg net anders formuleren en/of uitleggen. Dit is een voedingsbodem voor discussie. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat de facetten die net anders geformuleerd en/of uitgelegd worden voor een deel overeenkomen met de hierboven besproken 7 thema's: multidisciplinaire samenwerking, inzet (mede)behandelaars, doorontwikkeling kwaliteit & vergoedingsregeling, comorbiditeit etc. Concreet zie je dat de verschillende actoren de bewoordingen en het document citeren dat hen het beste uitkomt om hun argumenten en positie kracht bij te zetten. Hierbij putten de actoren voornamelijk uit de volgende vijf documenten:

1. Aanwijzing ex Wmg ter introductie dyslexiezorg, brief van de Minister van VWS, 25 november 2008, CZ CGG-2895571 / CZ CGG-2895567.
2. Aanwijzing van de Minister van VWS, 18 december 2008, CZ CGG-2902762 houdende op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake dyslexiezorg. Publicatie in de Staatscourant 8 januari 2009 – nr 4.

3. Verslag van schriftelijk overleg Tweede Kamer der Staten-Generaal op 9 februari 2009.
Beantwoording van de Minister van VWS van de op 12 december 2008 toegezonden vragen naar aanleiding van de brief van 25 november 2008.
4. Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling, Blomert (2006).
5. Dyslexie: van zorg verzekerd?, CVZ (2007).

Kortom, er is (nog) geen sprake van een eenduidige interpretatie van wat er wel en niet mag en/of wat er exact beoogd is met de vergoedingsregeling voor het behandelen van kinderen met ernstige, enkelvoudige dyslexie.

Hoofdstuk 4 Resultaten ten aanzien van de toegankelijkheid van de dyslexiezorg

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de toegankelijkheid van de vergoede dyslexiezorg. Met toegankelijk bedoelen we of de zorg bereikbaar is voor de groep waar deze voor bedoeld is. Daarom zal in eerste instantie worden gekeken welke partijen de zorg aanbieden. Vervolgens wordt nagegaan of er voldoende aanbod is om diagnostiek en behandeling voor iedereen bereikbaar te maken. Bij de aanbod kant is de multidisciplinariteit van het behandelteam een belangrijk item, waar veel over wordt gesproken in het veld. Daarom zal in kaart worden gebracht hoe multidisciplinair het zorgaanbod is. Om toegang te krijgen tot de zorg is de toeleidersrol van scholen cruciaal. In paragraaf 5.5 zal daarom verder worden ingegaan op de wijze waarop scholen deze rol vervullen. Tenslotte wordt uiteengezet welke weg ouders en het kind bewandelen voor ze bij een bepaalde zorgaanbieder uitkomen.

Maar voordat op deze facetten wordt ingegaan moet worden opgemerkt dat met de invoering van de regeling de toegang tot deze zorg aanzienlijk is verbeterd. Kinderen die voorheen geen (vergoede) zorg kregen, krijgen deze nu wel. Dyslexiebehandeling is een duur traject en zwaar voor zowel ouders als kind. Er zijn nog steeds ouders die besluiten dat het kind niet in behandeling gaat vanwege de intensiteit van de behandeling (gedurende anderhalf jaar wekelijks naar de praktijk en zeer veel thuis oefenen). Maar nu de financiële obstakels zijn weggenomen, krijgen meer kinderen de hulp die ze nodig hebben. Dit wordt door alle partijen onderstreept.

4.2 Soort en aantal zorgaanbieders

Dyslexiezorg wordt geboden in verschillende behandelsettings, namelijk:

1. Gespecialiseerde behandelinstellingen, inclusief de (algemene) GGZ instellingen die zich richten op dyslexie.
2. Zelfstandige vrijgevestigde zorgaanbieders en samenwerkingsverbanden of combinaties van vrijgevestigde aanbieders
3. Schoolbegeleidingsdiensten

Verreweg het grootste deel van de dyslexiebehandelingen in het kader van de vergoedingsregeling wordt verzorgd door de gespecialiseerde behandelinstellingen. Enkele van deze instellingen richten zich volledig op dyslexie, anderen richten zich meer op lees- en rekenstoornissen in het algemeen, of nog breder op leer-, gedrag en opvoedingsproblematiek. Bij deze praktijken zijn meerdere soorten professionals werkzaam en kunnen daarmee multidisciplinaire zorg aanbieden. Veel van de praktijken hebben meerdere vestigingen in een regio. Deze praktijken zijn veelal aangesloten bij de kwaliteitsinstellingen het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of het Kwaliteitsinstituut Dyslexie (KD). Bij het NRD zijn momenteel 13 praktijken aangesloten, wat neer komt op ongeveer 42 tot 45 verschillende behandellocaties. Bij het KD zijn in totaal 74 verschillende praktijken aangesloten en in totaal 156 behandellocaties.

Een aparte groep aanbieders zijn de schoolbegeleidingsdiensten. Vanuit EDventure, branchevereniging voor schoolbegeleidingsdiensten, is ten tijde van het bekend worden van de vergoedingsregeling dyslexie Onderwijszorg Nederland (ONL) opgestart. ONL is een coöperatie van 24 onderwijsadviesbureaus van EDventure en biedt gespecialiseerde zorg bij diagnose en behandeling van (ernstige) dyslexie bij kinderen. ONL heeft onder meer gespecialiseerde orthopedagogen en psychologen in dienst. De begeleidingsdiensten aangesloten bij ONL zijn tevens aangesloten bij KD en opgenomen in bovenstaande telling.

Daarnaast wordt dyslexiezorg ook door zelfstandige aanbieders aangeboden. Dit zijn vrijgevestigde GZ psychologen, kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagoog-generalisten die, al dan niet in samenwerking met andere vrijgevestigde behandelaars/praktijken (bijvoorbeeld logopedisten), dyslexiebehandeling aanbieden. NIP en NVO hebben sinds 2005 een deskundigenbestand waarin alle psychologen en orthopedagogen zijn opgenomen die zijn gespecialiseerd op het terrein van dyslexie, lid zijn van NVO en/of NIP en minimaal geregistreerd staan als Orthopedagoog-generalist, Kinder- en Jeugdpsycholoog of GZ-psycholoog. Op deze lijst staan in november 2011, 474 behandelaars. Daarnaast is er een bestand van dyslexiespecialisten uit de eigen beroepsvereniging voor logopedisten, waar ongeveer 300 logopedisten op staan.

Het is voor vrijgevestigde behandelaars echter lastig om via de Zvw vergoede dyslexiezorg aan te bieden. Belangrijk obstakel daarin is de DBC systematiek. De ingewikkelde regelgeving, de aanschaf van de benodigde software en aanvullende registratie zijn daarin belangrijke knelpunten (interviews met NVLF, NIP, NVO, zorgaanbieders, 2010 en 2011). Bovendien sluiten zorgverzekeraars momenteel vrijwel alleen contracten af met organisaties die zijn aangesloten bij het KD of NRD. Op dit moment contracteert alleen Achmea vrijgevestigde praktijken (interviews met ZN, CZ, Achmea e.a., 2010 en 2011). Aansluiting bij de kwaliteitsinstituten vraagt echter behoorlijk wat van een organisatie, wat voor een vrijgevestigde moeilijk is op te brengen. Inmiddels is het KD overigens wel een initiatief gestart voor mede behandelaars om zich bij het KD te registreren. Daarnaast is het wel mogelijk om een gedeelte van de dyslexiebehandeling bij een vrijgevestigde via de vergoedingsregeling te laten lopen, namelijk door middel van het restitutietarief voor niet gecontracteerde zorg. In dit geval wordt ongeveer 75-80% van de zorg vergoed (afhankelijk van de zorgverzekeraar). Over de mate waarin dit gebeurt zijn echter geen getallen beschikbaar, maar in diverse interviews werd duidelijk dat dit niet veel is.

Vrijgevestigde psychologen, orthopedagogen, logopedisten en remedial teachers zoeken de samenwerking met elkaar of met een behandelpraktijk op. Aangezien logopedisten en remedial teachers niet zelfstandig behandelingen kunnen uitvoeren, maar wel een rol kunnen spelen in de behandeling werken ze samen met een GZ psycholoog, orthopedagoog-generalist of kinder- en jeugdpsycholoog. Vanuit de beroepsverenigingen is er een richtlijn opgesteld om het samenwerkingsverband contractueel vast te leggen; "Richtlijn multidisciplinair samenwerken bij diagnostiek en behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie bij kinderen en jeugdigen". In deze samenwerking zou de GZ psycholoog, orthopedagoog-generalist of kinder- en jeugdpsycholoog de diagnostiek uitvoeren en de hoofdbehandelaar zijn. De behandeling wordt dan (deels) uitgevoerd door de logopedist of remedial teacher. Deze samenwerkingsverbanden komen echter moeizaam van de grond vanwege de ingewikkelde DBC systematiek en andere praktische problemen. (interviews NVLF e.a., 2010).

Medebehandelaars die niet op de CONO-beroepenlijst staan mogen geen tijdschrijven, maar kunnen wel in een verlengde armconstructie samenwerken met een hoofdbehandelaar. Ook in andere ggz-sectoren is er sprake van zogenaamde 'ondersteunende beroepen' die niet op de CONO-lijst staan. De kosten van de inzet van niet-tijdschrijvende beroepen, ondersteuners, zijn meegenomen bij de bepaling van de hoogte van de kosten van de hoofdbehandelaar, en daarmee indirect medebepalend voor de kostprijs per DBC. In de praktijk betekent dit dat een hoofdbehandelaar de ondersteuner moet vergoeden uit het DBC-tarief. Het is aan zorgverzekeraars om te bepalen of zij toepassing van een dergelijke verlengde arm-constructie bij contractering willen honoreren. Conform de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen zij ervoor kiezen om dit niet te doen. Het is bekend dat zij, vanuit het oogpunt van scherpere inkoop en kwaliteit van zorg in de hele curatieve ggz terughoudender zijn geworden hierin. ZN heeft een circulaire uitgestuurd waarin de verzekeraars wordt geadviseerd om de verlengde arm-constructie bij dyslexiezorg niet te honoreren.

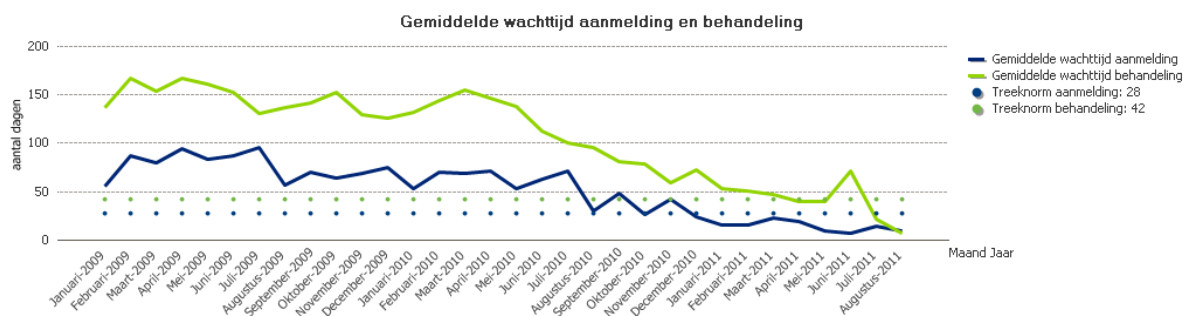
De beroepsgroep taalwetenschappers behandelt sinds de invoering van de vergoedingsregeling niet of nauwelijks meer patiënten met de diagnose ernstige, enkelvoudige dyslexie. Zij hebben geen CONO- of BIG-geregistreerd beroep. Tijdens de invoering van de vergoedingsregeling is de beroepsgroep dyslexielinguïsten niet aangewezen als beroepsgroep die tijd mag schrijven op DBC's. De inzet van dyslexielinguïsten als ondersteuner bij de behandeling gebeurt in de praktijk niet of nauwelijks.

In paragraaf 5.8 wordt verder ingegaan op oorzaken van het beperkte zorgaanbod van vrijgevestigde psychologen, orthopedagogen, logopedisten, remedial teachers en taalwetenschappers.

4.3 Wachttijden en spreiding van het aanbod

Of er voldoende aanbod is van zorg is meetbaar door middel van de wachtlijsten. Lange toegangstijden zijn een signaal voor een te kort aan behandelplekken. In de Treeknormen is gespecificeerd hoe lang de wachttijden maximaal mogen zijn. In dit geval hanteren we de Treeknorm voor de GGZ als referentiekader. Daarnaast is een landelijke spreiding van belang. Aangezien het in dit geval over jonge kinderen gaat, zijn lange reistijden voor specialistische zorg beperkt acceptabel.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen wachttijden voor aanmelding (moment tussen aanmelding en intake / eerste gesprek), beoordeling (eerste contact tot aan diagnose datum of beoordelingsgesprek) en wachttijd tot behandeling (periode tussen stellen van diagnose en start van de behandeling). In de interviews is aangegeven dat de wachttijd voor aanmelding momenteel varieert van een aantal weken tot 6 maanden, afhankelijk van de regio (interviews met zorgaanbieders, 2010 en 2011). Uit de historische gegevens blijkt dat bij invoering van de regeling, de wachttijden behoorlijk lang zijn geweest, maar inmiddels komen de wachttijden meer in de buurt van de Treeknormen (zie figuur 3). KD en NRD geven aan dat de gegevens van 2011 nog niet door alle aanbieders volledig zijn aangeleverd. Hierdoor is de weergave van 2011 niet representatief.



Figuur 3: Wachttijden - gemiddelde van 3105 trajecten (KD en NRD)

De gemiddelde wachttijden voor diagnose vallen eind 2010 onder de treeknormen. De gemiddelde wachttijd is minder dan 4 weken. De wachttijd tussen diagnose en behandeling is gemiddeld gezien langer. Deze mag volgens de Treeknorm maximaal 42 dagen zijn. Deze norm is in april en mei 2011 gehaald. Op dit moment kan nog niet worden vastgesteld of de trend van dalende wachttijden voor behandeling wordt doorgezet.

4.3.1 Spreiding van het aanbod

Of er voldoende aanbod is, hangt tevens af van de vraag of er voldoende spreiding is over het land. Als een kind in Groningen behandeling nodig heeft, heeft hij er weinig aan als er in Amsterdam veel aanbieders zitten die geen wachtlijst hebben. In figuur 4 zijn de bij het KD (blauw) en NRD (rood) aangesloten praktijken weergegeven op de kaart van Nederland. Hieruit is af te leiden dat de spreiding redelijk is, maar dat er nog een aantal witte vlekken zijn. In Friesland, Drenthe, Zeeland en delen van Noord Holland, Utrecht, Gelderland, Noord-Brabant, Groningen en Limburg is de dekking minder. Ouders en kind moeten hier behoorlijke afstanden afleggen om de zorg te krijgen waar ze recht op hebben. Tijdens de interviewronde is door de ouders aangegeven dat ze een reisafstand tot een half uur acceptabel vinden en is door de verzekeraars aangegeven dat ‘enige reistijd’ geen probleem is voor dyslexiezorg.



Figuur 4: Spreiding zorgaanbieders NRD en KD in Nederland (www.nrd.nu en www.kwaliteitsinstituutdyslexie.nl)

Aanbieders die niet aangesloten zijn bij het KD of het NRD zijn in figuur 4 niet meegenomen. Uit de gehouden interviews blijkt dat het aantal praktijken dat binnen de vergoedingsregeling dyslexiezorg levert zonder aansluiting bij KD of NRD niet groot is.

Om na te gaan of cliënten uit het hele land gebruik maken van de vergoedingsregeling, is figuur 5 opgesteld. Figuur 5 laat de kaart van Nederland zien met daarop alle cliënten die in 2009, 2010 en 2011 de behandeling van vergoede dyslexie hebben ontvangen (gebaseerd op postcodegegevens van cliënten in DIS). Hoe groter de stip op de kaart, hoe meer leerlingen uit dat postcodegebied zorg hebben ontvangen. Hieruit blijkt dat er gebieden zijn waar veel gebruik gemaakt is van de vergoedingsregeling voor ernstige, enkelvoudige dyslexie en dat er gebieden zijn waar vrijwel geen gebruik is gemaakt van de vergoedingsregeling. Ondanks dat in figuur 5 geen rekening is gehouden met de spreiding van het totaal aantal kinderen in de schoolgaande leeftijd, wekken deze uitkomsten de indruk dat er in de provincies Friesland, Drenthe, Zeeland en delen van Noord-Holland, Utrecht, Gelderland, Noord-Brabant, Groningen en Limburg beduidend minder cliënten vergoede dyslexiezorg hebben ontvangen dan in andere delen van Nederland.



Figuur 5 Cliënten die zorg hebben ontvangen vanuit de vergoedingsregeling dyslexie (op basis van gegevens uit DIS, gesorteerd op postcode)

De wachttijden in de regio's met minder cliënten zijn niet hoger dan de gemiddelde wachttijden, deze laten dezelfde trendbeweging zien als figuur 3. Het lijkt er dus op dat er in deze regio's minder zorg gevraagd wordt dan in de regio's met veel cliënten.

Het lijkt er op dat de tot nu toe geleverde vergoede dyslexiezorg voornamelijk aan cliënten in de Randstedelijke gebieden, Zuid-Limburg en in delen van Twente en Groningen is geleverd. In de afgelopen twee jaar is er in (delen van) een aantal provincies niet of nauwelijks dyslexiezorg geleverd vanuit de vergoedingsregeling. Voor deze onevenredige verdeling zijn de volgende verklaringen mogelijk:

- a. Het aanbod in de gebieden met minder zwarte stippen is pas later op gang gekomen. Omdat er alleen gekeken is naar afgesloten zorgtrajecten, zijn de lopende behandelingen niet zichtbaar in figuur 5.
- b. Scholen en ouders zoeken naar andere mogelijkheden om dyslexie te behandelen, doordat er weinig zorgaanbod in deze regio's voor handen is.

Masterplan Dyslexie heeft onlangs een onderzoek afgerond naar de invoering van de vergoedingsregeling vanuit het perspectief van het onderwijs. Dit onderzoek toont aan dat er een groep kinderen is met de diagnose ernstige, enkelvoudige dyslexie is geen gebruik maken van de

vergoede zorg ontvangen. In het rapport staat hierover 'Van de leerlingen die wel recht hebben op **vergoede** behandeling, maakt toch een relatief grote groep geen gebruik van dat recht. Het gaat om respectievelijk 38,9; 29,6 en 21,5 procent van de leerlingen in respectievelijk de groepen 3, 4 en 5. Als verklaringen worden onder andere genoemd dat ouders geen behandeling willen (25,3%) of dat de behandeling te ver weg is (15,2%).' Bij de invoering van de vergoede zorg is er rekening mee gehouden dat er altijd een groep zal zijn die geen gebruik zal willen maken van de zorg. Met name de bevinding dat de bereikbaarheid van de zorg soms nog onvoldoende is, komt overeen met het beeld vanuit de gegevens in DIS, weergegeven in figuur 5.

4.4 Multidisciplinariteit van de zorg

Dyslexiezorg kan worden geboden door verschillende soorten professionals, in de zin dat ze een andere beroepsachtergrond hebben. In het protocol van Blomert zijn de volgende beroepsgroepen aangemerkt als mogelijke behandelaars: GZ-psychologen, orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen. Opmerkelijk is dat in het protocol van Blomert niet gesproken wordt over twee veel bediscussieerde onderwerpen: 1) de inzet van medebehandelaars en 2) multidisciplinaire samenwerking. De termen medebehandelaar en multidisciplinair komen zelfs niet in de tekst voor. Deze aspecten zijn in latere documenten met betrekking tot de vergoedingsregeling voor het eerst geïntroduceerd (CVZ rapport Dyslexie van zorg verzekerd?). Vervolgens zijn deze soms zelfs gedefinieerd en beschreven, echter niet altijd op consistente wijze.

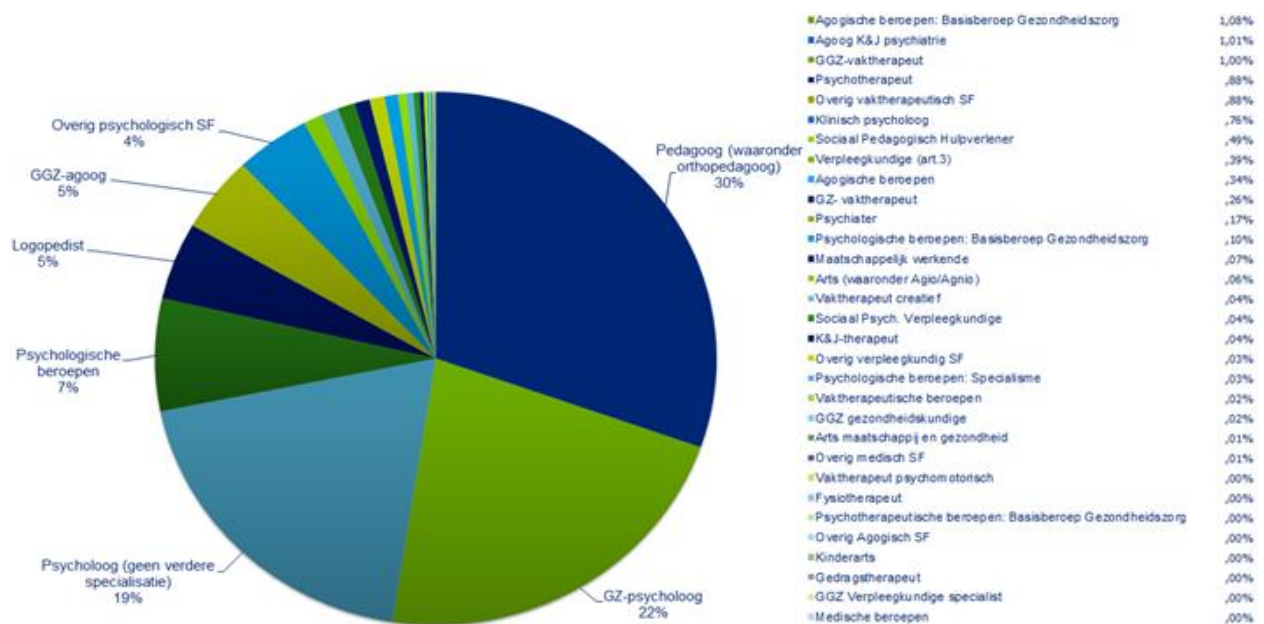
Over de definitie van multidisciplinair zorgaanbod is enige verwarring. Gevonden definities zijn: *“De samenwerking tussen disciplines vanuit de eigen expertise. Door deze samenwerking wordt kennis en zorg rondom een patiënt gebundeld.”* (I. Wijkamp, J. Klaster, P. van Wilgen, 2008). Stichting Dyslexie Nederland onderstreept de mogelijkheden om multidisciplinair samen te werken bij de dyslexiebehandeling en geeft als definitie: *“Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang wordt geleverd en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de cliënt adequaat te kunnen vormgeven.”* Beide definities geven aan het dat er meerdere beroepsgroepen betrokken zijn bij de behandeling van één cliënt.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat er bij de verschillende gespecialiseerde behandelpraktijken vaak meerdere beroepsgroepen werkzaam zijn. Men onderstreept ook het belang van multidisciplinaire behandelteams voor de dyslexiebehandeling, sommigen gaan daar echter verder in dan anderen. *“Bij de dyslexiebehandeling werken we met een multidisciplinair team en het team is niet compleet wanneer je geen mensen vanuit het onderwijs in dit team hebt. In een team moeten linguïsten, leerkrachten, orthopedagogen, logopedisten, psychologen zitten”* (Interview zorgaanbieder, 2010).

In bijna alle gevallen werd echter wel aangegeven dat men het voor de continuïteit van de behandeling belangrijk vindt, dat het kind met slechts één behandelaar te maken heeft. Uit de internetvragenlijst komt naar voren dat een kind gemiddeld 1 à 2 behandelaars ziet. 72% van de respondenten vindt het van belang voor de continuïteit van de behandeling dat een kind slechts met 1 behandelaar te maken heeft. (n=228). De definitie van multidisciplinair samenwerken wordt daarom vaak opgerekt, in de zin dat met een multidisciplinair team overleggen over een kind ook

multidisciplinair samenwerken betekent. Niet iedereen is overtuigd van de noodzaak en het nut van multidisciplinaire samenwerking “bij een enkelvoudig probleem” (interview zorgaanbieder, 2010). Echter geeft in de vragenlijst onder zorgaanbieders slechts 18% van de respondenten aan het eens te zijn met de stelling: ‘Multidisciplinair samenwerken is *niet* noodzakelijk bij de behandeling van enkelvoudige, ernstige dyslexie. 81% van de respondenten is het oneens met de stelling (n=228).

In figuur 6 laten gegevens van het DIS zien welke beroepsgroepen in de praktijk tijd hebben geschreven op DBC's. Bij de beroepen die het meest voorkomen staat het percentage aangegeven bij de cirkeldiagram. De overige beroepen en het percentage staan genoemd aan de rechterkant van de diagram. Bij de introductie van de vergoedingsregeling is er geen specifieke instructie geweest over hoe tijd te schrijven door de orthopedagoog-generalist, de kinder- en jeugdpsycholoog en eventuele medebehandelaars. Aan de DIS gegevens is af te leiden dat er wordt geschreven op diverse beroepsgroepen waarvan afgevraagd kan worden of zij een rol spelen in de dyslexiezorg. Zo blijkt uit figuur 6 dat de GGZ-agoog 4,6% van de dyslexiezorg heeft verleend. In de internetvragenlijst (n=228) geeft geen enkele respondent aan zelf een GGZ-agoog te zijn of met een GGZ-agoog samen te werken. In de lijst komen diverse beroepen voor waarvan vermoed kan worden dat zij geen rol spelen bij de dyslexiezorg.



Figuur 6 Beroepen die tijd schrijven op de DBC's (DIS)

Uit de gegevens van DIS blijkt dat bepaalde beroepsgroepen (zoals de orthopedagoog-generalist met NVO-registratie en de kinder- en jeugdpsycholoog met NIP-registratie) waarvan bekend is dat zij dyslexie behandelen, nu niet zichtbaar zijn in deze wijze van registreren. Tegelijkertijd komen er beroepsgroepen voor in de gegevens waarvan het niet logisch is dat zij dyslexiezorg zouden verlenen (zoals bijvoorbeeld de GGZ-agoog). Op basis hiervan kan de conclusie getrokken worden dat deze gegevens geen goed beeld geven van de betrokken beroepsgroepen bij dyslexie en dat het onduidelijkheid is op welke wijze er geregistreerd dient te worden.

In de vragenlijst onder zorgaanbieders is de vraag gesteld 'In welk verband voert u (of voerde u) de behandeling van enkelvoudige, ernstige dyslexie uit?' 18% van de respondenten antwoordt hierop dat zij de behandeling alleen uitvoeren, als hoofdbehandelaar. 82% van de respondenten geeft aan de behandeling altijd uit te voeren in teamverband (als hoofdbehandelaar of als medebehandelaar).

Vervolgens is de vraag gesteld: 'Wanneer u in teamverband werkt, met welke beroepsgroepen werkt u dan samen? Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk. In tabel 1 wordt weergegeven in percentages met wie de respondenten hebben aangegeven in teamverband samen te werken bij de uitvoering van de dyslexiebehandeling. Aan de linkerkant in de rij staat de beroepsgroep van de respondent. Bovenaan in de kolommen staan de beroepsgroepen met wie zij aangeven samen te werken.

Beroep (registratie)	GZ-psycholoog (BIG)	Orthopedagoog-generalist (NVO)	Kinder- en Jeugdpsycholoog (NIP)	(ortho)pedagoog	Psycholoog	Logopedist	Remedial Teacher	Leerkracht	Onderwijskundige	Taalwetenschapper
GZ-psycholoog (BIG)	72%	47%	46%	77%	61%	59%	59%	22%	11%	16%
Orthopedagoog-generalist (NVO)	64%	64%	42%	82%	45%	61%	58%	27%	6%	3%
Kinder- en Jeugdpsycholoog (NIP)	75%	50%	65%	73%	58%	60%	70%	20%	8%	13%
(ortho)pedagoog	70%	30%	37%	70%	60%	51%	49%	31%	9%	9%
Psycholoog	72%	26%	24%	70%	61%	43%	35%	41%	7%	9%
Logopedist	87%	52%	25%	46%	25%	55%	45%	59%	10%	6%
Remedial Teacher	65%	25%	45%	45%	40%	45%	70%	50%	10%	15%
Leerkracht	56%	13%	25%	50%	50%	44%	44%	44%	13%	13%
Onderwijskundige	71%	14%	29%	14%	14%	43%	57%	57%	0%	14%
Taalwetenschapper	67%	44%	33%	44%	33%	33%	33%	22%	0%	56%

Tabel 1: Antwoord van zorgaanbieders op de vraag 'Wanneer u in teamverband werkt, met welke beroepsgroepen werkt u dan samen?' (n=228)

Uit tabel 1 blijkt dat degene die in teamverband werken met veel verschillende beroepsgroepen samenwerken, waaronder ook veelvuldig met hun eigen beroepsgroep. Met de beroepsgroepen onderwijskundige en taalwetenschapper wordt het minst samengewerkt.

4.5 Toeleidersrol van scholen

Dyslexie is een lees- en/of spellingprobleem dat zich als eerste op school manifesteert. De aanpak van lees- en spellingproblemen is primair de verantwoordelijkheid van scholen. De school zal de kinderen van wie het vermoeden bestaat dat zij (ernstige) dyslexie hebben, moeten signaleren. Via signaleren en intensief begeleiden stelt de school leerachterstand en didactische resistentie vast. Als ouders aanspraak willen maken op vergoeding van diagnostiek en behandeling bij ernstige enkelvoudige dyslexie, moet de school het leerlingendossier leveren waarmee het vermoeden van (ernstige) dyslexie wordt onderbouwd (wegwijzer, Masterplan Dyslexie). Het leerlingdossier is een afgeleide van het leerlingvolgsysteem. Dit is het systeem waarin scholen de gegevens (toetsresultaten, observaties, handelingsplannen etc.) verzamelen die zicht geven op de voortgang van de leerlingen. De school heeft dus een signalerende functie en toeleidende rol naar de zorg.

De beoordeling van het dossier wordt gedaan door de zorgaanbieder. Het dossier wordt gecontroleerd op volledigheid van informatie, maar ook of inhoudelijk de juiste stappen zijn gezet. Het is afhankelijk van dit oordeel of er overgegaan kan worden tot diagnostiek en aanspraak kan worden gemaakt op de vergoedingsregeling voor het behandelen van dyslexie. Daarmee is de zorgaanbieder de poortwachter, maar is het voorbereidende werk van school cruciaal. Masterplan dyslexie heeft uitgebreide protocollen en handleidingen geschreven voor scholen hoe zij invulling kunnen geven aan deze rol.

Vanuit scholen komt het geluid dat het opstellen van het leerlingendossier zodat deze voldoet aan de eisen, de leerkracht te veel werk kost. *“De leraren zouden liever alleen de informatie uit het leerlingvolgsysteem en de handelingsplannen aanleveren en niet alle extra uitleg en documentatie die er nu komt kijken bij het rapport”* (bijeenkomst vergoedingsregeling, 2010). Masterplan Dyslexie e.a. geven echter aan dat als scholen het leerlingvolgsysteem goed op orde hebben, er weinig extra informatie aangeleverd hoeft te worden. *“Als het dossier op orde is, hoeft het niet meer dan een half uur te kosten om het dossier klaar te hebben”*. Ze begrijpen de bezwaren van scholen echter wel. Naast de taken die scholen al hebben, is er een extra taak bijgekomen namelijk het vervullen van de toeleidersrol.

De heer Blomert heeft te kennen gegeven dat de invulling van scholen aan het leerlingendossier en het programma van toetsing uitgebreider is dan hij had bedoeld in zijn protocol. *“Kinderen worden suf getest”*. Hij onderstreept dat de testen in het kader van de diagnostiek niet op school moeten plaatsvinden. Hierbij is door andere partijen wel de kanttekening geplaatst dat verschillende testen andere doelen hebben dan het vermoeden van ernstige dyslexie aantonen. Het Masterplan Dyslexie geeft bijvoorbeeld aan dat scholen leerlingen niet primair testen om ze door te verwijzen, maar om hun eigen handelen te sturen en de leerlingen beter te ondersteunen. En dat OCW en de Onderwijsinspectie dit ook stimuleren in het kader van opbrengstgericht werken van scholen.

Verder geven NIP en NVO in dit verband aan niet voor onnodige diagnostische activiteiten te zijn. Zij vinden het van belang dat de diagnosticus gebruik kan maken van een adequaat gevuld schooldossier en uitsluitend aanvullende diagnostische handelingen verricht in geval van lacunes om tot een integraal diagnostisch beeld te kunnen komen. Een dergelijke inschatting vergt veel vakbekwaamheid van diagnostici.

Uit de interviews en de getallen blijkt dat de dossiers steeds beter op orde zijn. De dossiers zijn completer en het vermoeden dat er mogelijk sprake is van ernstige dyslexie wordt steeds beter onderbouwd. Er heeft veel afstemming plaatsgevonden tussen zorgaanbieders en scholen over wat de inhoud van leerlingendossier moet zijn. Opvallend is dat zorgaanbieders verschillende eisen stellen, wat voor onduidelijkheid en frustratie zorgt bij scholen. De praktijken aangesloten bij het NRD en het KD hebben in hun databases bijgehouden of een dossier ontvankelijk wordt verklaard. Dit houdt in dat een dossier voldoende wordt bevonden om met de diagnostiek te starten. Bij het NRD is 82% van de dossiers (uiteindelijk) goed gekeurd. Bij het KD is dit 90%. Het is niet inzichtelijk of dossiers tussendoor nog gecorrigeerd zijn. Uit deze getallen blijkt dat scholen maar een beperkte groep kinderen onterecht doorstuurt en ze lijken dus niet geneigd onnodig een beroep te doen op de zorg. Scholen zijn steeds beter in staat om de rol van toeleider in te vullen.

In gesprekken met ouders, oudervereniging Balans en het Masterplan Dyslexie wordt de afhankelijkheid van ouders van de inzet van school benadrukt. Masterplan Dyslexie heeft scholen allerlei materiaal gegeven om een goed beleid uit te zetten voor kinderen met dyslexie, maar helaas is dat nog lang niet op alle scholen het geval. Er zijn nog grote verschillen tussen scholen en individuele leerkrachten in de alertheid op mogelijk dyslexie; “De leerkracht heeft nooit iets gedaan met zijn dyslexie en nu heeft onze zoon een achterstand van 2,5 jaar en een deuk in zijn zelfvertrouwen”. Als een dossier niet op orde is, kan toegang tot zorg worden geweigerd en is het kind het slachtoffer. Daarom wordt vanuit Balans de wens geuit dat de Onderwijsinspectie meer aandacht besteed aan het opstellen van de dossiers, het dyslexiebeleid van een school en het volgen van de protocollen zoals deze door Masterplan Dyslexie zijn opgesteld.

Uit figuur 5 in paragraaf 4.3 blijkt dat er regio's zijn waar er geen of slechts enkele kinderen behandeld zijn voor dyslexie. Daarnaast blijkt uit de gegevens van het NRD dat 10% van de scholen 40% van de leerlingen naar zorg toeleidt. Dit lijkt er op te duiden dat er nog grote verschillen zijn tussen scholen in welke mate zij hun rol als toeleider tot zorg oppakken. Masterplan Dyslexie geeft aan dat deze cijfers mogelijk aangeven dat de genoemde 10% van de scholen ouders duidelijker adviseert in welke behandelaar te kiezen dan de overige scholen (Masterplan Dyslexie, 2011).

4.6 Doelgroep die niet onder de vergoedingsregeling valt

4.6.1. Lichte vorm van dyslexie

De vergoedingsregeling is beperkt tot ernstige, enkelvoudige dyslexie, wat inhoudt dat lichte dyslexie niet vergoed wordt via de vergoedingsregeling. Indien er een lichte vorm van dyslexie wordt vastgesteld bij een leerling, dient dit door de school begeleid te worden en ouders kunnen onvergoede zorg inschakelen - net als voor de invoering van de vergoedingsregeling.

Uit interviews met zorgaanbieders (2011) is naar voren gekomen dat ouders vaker afzien van zorg voor kinderen met een lichte vorm van dyslexie dan voordat de vergoedingsregeling er was. Ouders gaan er in die gevallen vanuit dat een lichte vorm van dyslexie niet behandeld hoeft te worden, omdat deze vorm van dyslexie anders wel was opgenomen in de vergoedingsregeling. In de vragenlijst onder zorgaanbieders geeft 93% van de respondenten (n=228) aan het eens te zijn met

de stelling: *Het komt voor dat kinderen na de diagnose van lichte dyslexie zich niet laten behandelen, omdat deze zorg niet onder de vergoeding valt.*

4.6.2. Comorbiditeit

De vergoedingsregeling is beperkt tot ernstige enkelvoudige dyslexie, wat inhoudt dat er geen sprake kan zijn van comorbiditeit om de dyslexiebehandeling via deze weg vergoed te krijgen. Reden hiervoor is dat de behandeling van dyslexie dan via de “andere” aandoening en bijbehorende vergoedingsregeling plaatsvindt. In verschillende interviews is toch de wens geuit om de vergoedingsregeling uit te breiden en vergoede behandeling ook toegankelijk te maken voor kinderen met andere stoornissen of aandoeningen, dit omdat men signalen heeft dat dyslexie in deze gevallen niet of ontoereikend behandeld wordt. Zorgaanbieders geven aan dat zorgaanbod in de AWBZ momenteel onvoldoende is waardoor het kind op een lange wachtlijst komt (interviews, 2011). Masterplan Dyslexie geeft aan dat de behandeling die gegeven wordt vaak gericht is op de andere aandoeningen en dat dyslexie dan onderbelicht blijft. Het KD heeft aangegeven de komende periode te beginnen met het verzamelen van informatie over de behandeling van kinderen waarbij sprake is van comorbiditeit. Opmerkelijk is dat een enkele zorgaanbieder van mening is dat het onder de huidige vergoedingsregeling wel mogelijk is om kinderen waarbij sprake is van comorbiditeit voor dyslexie te behandelen via de vergoedingsregeling. Ook gaf een zorgverzekeraar aan coulant om te gaan met de regeling.

Zorgaanbieders (interviews 2011) geven aan dat het goed zou zijn wanneer de hoofdbehandelaar de bevoegdheid krijgt om in te schatten of de andere aandoening(en) de behandeling negatief beïnvloedt. Indien dit niet het geval is, zou de behandeling alsnog via de vergoedingsregeling voor ernstige enkelvoudige dyslexie moeten kunnen plaatsvinden. Zorgverzekeraars zouden hiervoor als eis kunnen stellen dat er tijdens de tussentijdse evaluatie vooruitgang zichtbaar moeten zijn. Overigens benadrukken de zorgaanbieders het belang van het afbakenden van de vergoedingsregeling, omdat de kosten anders onbeheersbaar zouden zijn.

Tot slot geldt dat uit de literatuurstudie is gebleken dat verschillende officiële documenten andere argumenten gebruiken voor het niet opnemen van de behandeling van dyslectici met comorbiditeit in de vergoedingsregeling. Het lijkt er op dat er geen overeenstemming is over of dyslexie in geval van comorbiditeit wel/niet behandeld kan worden. In het interview gaf de heer Blomert aan dat er inhoudelijk geen redenen zijn om kinderen met een andere aandoening niet volgens het protocol te behandelen. Toch sluit het protocol de behandeling van comorbiditeit in eerste instantie wel uit, bij een multiple stoornis dient er een andere zorgbehandeling via een ander specialisme plaats te vinden. Na een succesvolle behandeling van de “andere” stoornis kan er dan alsnog een dyslexiebehandeling plaatsvinden.

4.7 De weg richting hulp

Een belangrijke doelstelling van de vergoedingsregeling was dat meer kinderen met ernstige enkelvoudige dyslexie toegang krijgen tot de zorg. Belangrijk aspect om na te gaan of de toegankelijkheid is toegenomen is of ouders de weg ook daadwerkelijk weten te vinden.

Uit de interviews blijkt dat er drie wegen zijn hoe ouders bij een behandelpraktijk uitkomen:

- Verwezen door (de helpdesk van) de zorgverzekeraar
- Aangeraden door de school
- Aangeraden door vrienden en familie

Ouders hebben veel vragen over de vergoedingsregeling. Steunpunt Dyslexie van de oudervereniging Balans geeft antwoord op veel van deze vragen. Negen van de tien meest voorkomende vragen hebben betrekking op de toegankelijkheid van de regeling; val ik er nu wel onder of niet?

In de verschillende interviews met ouders en Balans is aangekaart dat de helpdesks van de zorgverzekeraars niet altijd even adequate informatie geven. Zo worden de criteria voor vergoede dyslexiebehandeling niet duidelijk uitgelegd. Sommige ouders zijn bijvoorbeeld in de veronderstelling dat alle dyslexiebehandelingen worden vergoed, waar dit in werkelijkheid alleen geldt voor een bepaalde leeftijdsgroep met ernstige enkelvoudige dyslexie. Ook krijgen ouders niet altijd adequate informatie over de rol van de school of de eisen aan de inhoud van een dossier.

Ook worden ouders niet altijd goed geïnformeerd vanuit de scholen. Door zorgaanbieders en Masterplan Dyslexie wordt er veel aandacht besteed om scholen beter te informeren.

4.8 Invloed van contractering op de toegankelijkheid van zorg

Geconcludeerd kan worden dat de aanbodkant zeer sterk bepaald wordt door de twee kwaliteitsinstituten. Gebaseerd op de verschillende interviews kan worden geconcludeerd dat er momenteel weinig vrijgevestigde psychologen en orthopedagogen zijn die dyslexiezorg vallend onder de vergoedingsregeling aanbieden. Als belangrijkste argumenten worden hier aangevoerd:

- De DBC systematiek is ingewikkeld en complex.
- De DBC systematiek vraagt om vele randvoorwaarden zoals een ICT systeem, verbinding met VECOZO en DIS, aanpassingen in de boekhouding en zo meer.
- Zorgverzekeraars sluiten vrijwel geen contracten met vrijgevestigde zorgaanbieders en daarmee is het lastig om de rekening vergoed te krijgen. Zorgverzekeraars hebben in het verleden aangegeven de voorkeur te hebben voor behandeling van dyslexie bij de grote behandelinstellingen, voornamelijk vanwege de kwaliteit, de transparantie en de scheiding van het onderwijs zo beredeneren zij.
- Zorgverzekeraars sluiten enkel contracten met samenwerkende aanbieders als er een aparte rechtspersoon kan worden gecontracteerd. Een formeel samenwerkingsverband is onvoldoende.
- Zorgverzekeraars sluiten vrijwel alleen contracten met zorgaanbieders die zijn aangesloten bij het KD of NRD. Het is de rol van de zorgverzekeraars om in het kader van de Zvw maatregelen te nemen om ervoor te zorgen dat kwaliteit van zorg ingekocht wordt. Daarbij is het geoorloofd c.q. normaal om in de contractering (aanvullende) eisen te stellen en dus is het legitiem dat aansluiting bij een kwaliteitsinstituut vereist is.

- Aansluiten bij KD en NRD als vrijgevestigde zorgaanbieder is zeer lastig, gezien de voorwaarden die zij stellen. Een combinatie of samenwerkingsverband van vrijgevestigde aanbieders zou hier wellicht beter en makkelijker toe in staat zijn, dit zie je in de praktijk echter (nog) niet voorkomen.

Doordat vrijwel alle zorgverzekeraars eisen dat een zorgaanbieder bij KD of NRD is aangesloten hebben de kwaliteitsinstituten een belangrijke machtspositie gekregen in de markt van dyslexiezorg. Zorgverzekeraar Achmea vormt hierop een uitzondering. Zij contracteren wel vrijgevestigde praktijken mits zij een contract hebben met Stichting Benchmark GGZ (SBG). Desalniettemin beslissen de twee kwaliteitsinstituten voor een groot deel welke partijen toe mogen treden tot de markt. Als één van deze twee instituten na visitatie besluit dat een aanbieder goede kwaliteit van zorg levert en aan de andere voorwaarden voldoet, mag deze toetreden tot de markt. Het is voor een vrijgevestigde psycholoog of orthopedagoog echter lastig om aan de voorwaarden te voldoen.

Kortom, de combinatie van de voorwaarden van zorgverzekeraars en de werkwijze van KD en NRD maakt dat de markt slecht toegankelijk is voor vrijgevestigde zorgaanbieders, al dan niet in een (multidisciplinair) samenwerkingsverband.

Op basis van de bevindingen uit dit hoofdstuk kan geconcludeerd worden dat de invoering van de vergoedingsregeling gevolgen heeft gehad voor de toegankelijkheid van de zorg voor cliënten. Enerzijds is deze toegenomen omdat cliënten nu zorg krijgen die dat voorheen niet kregen (met name kinderen uit achtergestelde milieus). Anderzijds lijkt deze niet toegenomen voor het gehele land. De huidige vraag naar vergoede dyslexiezorg komt met name vanuit de Randstad. In de afgelopen twee jaar is er in een aantal provincies niet of nauwelijks vraag geweest naar dyslexiezorg vanuit de vergoedingsregeling.

Hoofdstuk 5 Resultaten ten aanzien van de kwaliteit van zorg

5.1 Inleiding

De zorgverzekeraars en het samenspel tussen zorgaanbieders en kwaliteitsinstituten hebben in de praktijk de meeste impact op de kwaliteitsborging van de dyslexiezorg. In de eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk zullen we dan ook de zorgverzekeraars (5.2) en de zorgaanbieders en kwaliteitsinstituten (5.3) in relatie tot de kwaliteit van de zorg bespreken. In de volgende paragrafen zullen we twee belangrijke aspecten van de kwaliteit van de dyslexiezorg bespreken, namelijk de cliëntgerichtheid (5.4) en de transparantie van de zorg (5.5). Vervolgens zal er in 5.6 aandacht worden besteed aan het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert, 2006), leidend bij het behandelen van ernstige, enkelvoudige dyslexie onder de vergoedingsregeling en daarmee een belangrijke kwaliteitswaarborging. In paragraaf 5.7 wordt ingegaan op effectmetingen om de kwaliteit van de zorg in kaart te brengen. Hierna zal in 5.8 worden besproken welke beroepsgroepen worden ingezet tijdens dyslexiebehandelingen in relatie tot de kwaliteit van de zorg. De wijze waarop de school haar rol vervult is ook een kwaliteitsaspect, hier zal in 5.9 aandacht aan worden besteed. In paragraaf 5.10 zullen de onderwerpen toezicht en kwaliteit vanuit het gezichtspunt van de overheid worden behandeld. Tot slot zal dit hoofdstuk worden afgesloten met een totaalbeeld van de kwaliteit van de dyslexiezorg en welke invloed de invoering van de vergoedingsregeling dyslexiezorg hierop heeft gehad. (5.11).

5.2 Hoe sturen zorgverzekeraars op goede kwaliteit van zorg

In deze paragraaf wordt besproken welke rol de zorgverzekeraars spelen bij de kwaliteit van de dyslexiezorg, hoe zij toezien op de kwaliteit en welke kwaliteitsmetingen zij uitvoeren. Zorgverzekeraars hebben immers een zorgplicht en willen voor de patiënt kwalitatief goede zorg beschikbaar maken. Om de kwaliteit van de ingekochte dyslexiezorg te waarborgen kunnen ze potentieel een vijftal instrumenten gebruiken;

1. Het contracteren van praktijken aangesloten bij een kwaliteitsinstituut.
2. Gebruik maken van algemene consumententevredenheidsinstrumenten zoals het ROM (Routine Outcome Measurement en CQI (Consumer Quality Index).
3. Het analyseren van de benchmarkgegevens vanuit de database van de zorgverzekeraars of vanuit de gegevens van het onafhankelijke kenniscentrum voor GGZ instellingen en zorgverzekeraars in Nederland.
4. Het verplicht stellen aan de zorgaanbieders van het indienen van een ontvankelijkheidsverklaring om zo zicht te houden op wie er behandeld wordt en door welke praktijken de behandeling wordt uitgevoerd.
5. Het onderzoeken van klachten/signalen die zorgverzekeraars ontvangen van patiënten of van andere praktijken.

In de praktijk passen drie van de vier grootste zorgverzekeraars voornamelijk het eerste instrument toe; het contracteren van praktijken aangesloten bij een kwaliteitsinstituut. Achmea stelt als enige van de grote zorgverzekeraars de eis dat zorgaanbieders een contract hebben met Stichting

Benchmark GGZ (SBG). Zij hoeven niet aangesloten te zijn bij een kwaliteitsinstituut. Dit houdt in dat aansluiting bij Achmea ook voor vrijgevestigde aanbieders die niet zijn aangesloten bij een kwaliteitsinstituut toegankelijk is.

Voor zorgverzekeraars is het momenteel lastig om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit gebrek aan transparantie is een hindernis om zorg van hoge kwaliteit in te kopen. In het dyslexieveld zijn de kwaliteitsinstituten in dit gat gesprongen. Zij beschikken over meer informatie over de organisaties die bij hen zijn aangesloten. De kwaliteitsinstituten informeren de zorgverzekeraars over wat kwaliteit van dyslexiezorg inhoudt, hoe zij de kwaliteit van hun leden volgen en wat zij doen om zo nodig in te grijpen. Via de kwaliteitsinstituten kunnen zorgverzekeraars momenteel de meeste invloed uitoefenen op de kwaliteit van de zorg. De instituten maken bij het monitoren van hun leden gebruik van eigen databases en de gegevens die ze daarin ontvangen van praktijken. Daarnaast vinden er visitaties plaats. Sommige zorgverzekeraars geven aan het lastig te vinden dat ze afhankelijk zijn van de kwaliteitsinstituten en van de wijze waarop deze de kwaliteit monitoren. Daarom voelen zij zich genooddaakt om op hun beurt de kwaliteitsinstituten als het ware te monitoren (interview met zorgverzekeraar, 2010). Voor zorgverzekeraar Achmea geldt dit niet, omdat aansluiting bij een kwaliteitsinstituut geen vereiste is (interview Achmea, 2011).

Bij de invoering van de vergoedingsregeling kozen sommige zorgverzekeraars ervoor om enkel NRD- of KD-praktijken te contracteren. Dit leverde problemen op met de landelijke spreiding van aanbod, omdat de aangesloten praktijken bij één kwaliteitsinstituut niet volstonden voor een landelijke dekking. Inmiddels hebben drie van de vier grootste zorgverzekeraars ervoor gekozen dat zowel KD- als NRD-praktijken contracten af kunnen sluiten met de zorgverzekeraars (interviews zorgaanbieders, 2010).

Bij andere vormen van zorg wordt gebruik gemaakt van Routine Outcome Measurement (ROM) of de Consumer Quality Index (CQI) om de cliënttevredenheid te meten. Deze gestandaardiseerde methodieken meten, analyseren en rapporteren klantervaringen in de zorg door middel van digitale vragenlijsten. Tijdens het interview met ZN bleek dat deze methodes nog niet worden gebruikt binnen de dyslexiezorg. Dit kunnen wel methodes zijn om de kwaliteit van zorg in de toekomst te meten.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars door het vergelijken van benchmarkgegevens uit de eigen database mogelijk de kwaliteit gaan monitoren. Vergelijking van de schadelast per aanbieder levert bijvoorbeeld inzicht in afwijkende declaraties. Wanneer een behandelaar bijvoorbeeld alleen maar diagnostiek declareert, is dit een teken dat de praktijk geen behandelingen uitvoert terwijl volgens de vergoedingsregeling een praktijk zowel diagnostiek als behandeling moet aanbieden. Op dit moment zijn er nog onvoldoende gegevens beschikbaar, in de toekomst zullen deze benchmarkanalyses wellicht gaan plaatsvinden (interview met zorgverzekeraar, 2010). Een andere mogelijkheid tot het monitoren van kwaliteit van individuele aanbieders is door middel van aansluiting bij SBG. Op deze wijze wordt het voor zorgverzekeraars transparanter om op kwaliteit zorg in te kopen (interview met zorgverzekeraar, 2011).

In diverse gesprekken kwam naar voren dat sommige zorgverzekeraars bij de invoering van de regeling aanvankelijk ook het leerlingendossier controleerden (interview met Balans, CZ en zorgaanbieders, 2010 en 2011). Doel hiervan was om te verifiëren of er voldoende aanleiding was

om een kind op dyslexie te laten testen. Inmiddels zijn de verzekeraars vanwege een gebrek aan kennis en een te groot tijdsbeslag afgestapt van deze werkwijze en laten ze de kwaliteitsbeoordeling aan de zorgverlener.

Op dit moment is het noodzakelijk dat een praktijk een ontvankelijkheidsverklaring af geeft. In deze verklaring geeft de hoofdbehandelaar aan dat het schooldossier volledig en conform het protocol is samengesteld. Deze ontvankelijkheidsverklaring is voor zorgverzekeraars naast kwaliteitsborging een middel om inzichtelijk te maken hoeveel declaraties men kan verwachten. Een nadeel van de ontvankelijkheidsverklaring, die per patiënt aangeleverd moet worden, ligt in de bijkomende administratieve handelingen voor zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar.

Naast de ontvankelijkheidsverklaring maken zorgverzekeraars gebruik van hun eigen informatiekanaal, zoals verzekeren die vragen stellen of klachten indienen over een behandelaar. Ook worden signalen opgevangen over twijfels ten aanzien van bepaalde behandelpraktijken. Deze signalen worden door de zorgverzekeraars verzameld. Dit kan vervolgens leiden tot verder onderzoek naar een bepaalde praktijk. Achmea heeft aangegeven tot nu toe slechts enkele klachten te hebben ontvangen over individuele zorgaanbieders. CZ heeft naar aanleiding van binnengekomen klachten aangegeven eventueel te starten met controles bij de aanbieders om klachten te verifiëren. Zorgaanbieders geven aan dat een aantal zorgverzekeraars heeft aangekondigd te starten met controles (interview zorgaanbieders, 2011). Bij deze controles wordt vooral aandacht besteed aan het voldoen aan de criteria zoals opgesteld door de zorgverzekeraar en zoals vermeld in het contract tussen de aanbieder en de zorgverzekeraar. CZ controleert volgens hun website op de volgende criteria:

1. De hoofdbehandelaar is een GZ psycholoog (BIG geregistreerd). Ook klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters (allen BIG registratie), die de afgelopen jaren ook binnen hun behandelaanbod dyslexiebehandeling hadden, kunnen in aanmerking komen voor een contract mits aan alle eisen is voldaan.
2. Het protocol Dyslexie Diagnostiek & Behandeling (CVZ protocol) wordt gevolgd tijdens de gehele diagnose en behandeling.
3. De instelling of vrijgevestigde is aangesloten bij het NRD of een ander kwaliteitskeurmerk voor dyslexiebehandeling, bijvoorbeeld "Keurmerk kwaliteitsinstituut dyslexie".
4. De hoofdbehandelaar werkt multidisciplinair en in samenwerking met het onderwijs.
5. Het gaat om zowel diagnostiek als behandeling.
6. Afrekening vindt plaats in DBC's van de GGZ.
7. Bij elke behandeling is een akkoordverklaring van de zorgverzekeraar vereist.
8. Voorafgaand aan de akkoordverklaring wordt er de ontvankelijkheidsverklaring ingevuld.
9. De leeftijd van het kind.

Bij een eventuele uitvoering van controle door een zorgverzekeraar neemt men bijvoorbeeld geanonimiseerde steekproeven uit de dossiers, kan bekeken kunnen worden welke professionals er in dienst zijn en wie de hoofd- en medebehandelaars zijn. Ook kunnen er materiële controles worden uitgevoerd om vast te stellen of de gedeclareerde prestatie daadwerkelijk en terecht is geleverd en of er sprake is van doelmatige zorgverlening. Bij een eventueel gebruik van de hier beschreven controlemogelijkheden in de toekomst zullen de zorgverzekeraars zorgvuldig en volgens

goedgekeurde protocollen moeten opereren, om binnen de geldende regelgeving op het gebied van privacy te blijven.

Vanwege de criteria die gehanteerd worden door drie van de vier grote zorgverzekeraars is het voor de vrijgevestigde aanbieders lastig om een contract af te sluiten met een zorgverzekeraar. Wel wordt aangegeven dat het aantal vrijgevestigde aanbieders op dit moment laag is (interview met Achmea, 2011). Wanneer er geen contract is met een verzekeraar dan krijgt een behandelaar ongeveer 65% van het geldende DBC-tarief vergoed. Eventuele aanvullende kosten worden door ouders betaald. Wanneer er dus ook gecontracteerde aanbieders in de buurt gevestigd zijn, zal waarschijnlijk minder snel gekozen worden voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Omdat een groot deel van de vrijgevestigden niet in beeld is bij de zorgverzekeraars is er geen zicht op de geleverde kwaliteit van deze doelgroep.

Het is voor zorgverzekeraars over het algemeen een uitdaging om de kwaliteit te meten. De vergoedingsregeling is relatief kortgeleden ingevoerd, wat een zorgverzekeraar tot de volgende uitspraak bracht: *“We kunnen de praktijken nog niet op hun blauwe ogen geloven”* (quote zorgverzekeraar, 2010). De zorgverzekeraars hebben de intentie om meer zicht te krijgen op de kwaliteit van de verschillende behandelinstellingen. Omdat de dyslexiezorg een relatief kleine markt is, heeft dit echter geen grote prioriteit.

5.3 Kwaliteitsindicatoren zorgaanbieders

In deze paragraaf wordt besproken op welke wijze de kwaliteit van de aanbieders geborgd wordt. Het blijkt dat de kwaliteitsinstellingen hierbij een belangrijke rol vervullen, door toe te zien op de kwaliteit van de aanbieders en door kwaliteitsmetingen uit te voeren. Dit doen zij door middel van visitaties en het beheren van databases waarin gegevens over kwaliteitsindicatoren aangeleverd worden. Eerst bespreken we de twee kwaliteitsinstellingen (NRD en KD). Daarna zullen de kwaliteitsindicatoren van de aanbieders die niet aangesloten zijn bij een kwaliteitsinstituut, de vrijgevestigde aanbieders, besproken worden.

5.3.1 NRD en de kwaliteitsindicatoren

Tijdens de aanloop naar het invoeren van de vergoedingsregeling bleek het noodzakelijk om een kwaliteitssysteem in te richten om te verifiëren of behandelaars werken volgens het protocol. Daarom werd in 2006 het NRD opgericht door bestuurders van twee grote dyslexie instituten, zijnde het Regionaal Instituut voor Dyslexie (RID) en het instituut voor dyslexie IWAL. Het doel was om zorg te dragen voor de borging van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling en om een referentiecentrum op te richten die de kwaliteit kan waarborgen (website IWAL). Bij de oprichting waren er een twintigtal praktijken aangesloten, wat nu is uitgegroeid tot ongeveer 45 praktijken in Nederland (cijfers NRD, 2011).

Tegenwoordig is *“het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) een stichting die zorg draagt voor de borging van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling”* (website NRD).

Wanneer een praktijk zich volledig wil aansluiten bij het NRD dan moet de praktijk aan de volgende eisen voldoen:

- De praktijk beschikt minimaal over één GZ-psycholoog of een psycholoog/orthopedagoog met een gelijkwaardige registratie. Grotere praktijken streven ernaar om binnen vijf jaar een redelijk aantal geregistreerde psychologen/orthopedagogen in dienst te hebben.
- De praktijk moet zowel diagnostisch dyslexieonderzoek als dyslexiebehandelingen aanbieden (DBC).
- De praktijk moet kunnen aantonen ervaring te hebben met verklarende diagnostiek van dyslexie, door 30 dossiers te kunnen overleggen die niet ouder zijn dan 1-1-2006.
- De praktijk moet kunnen aantonen ervaring te hebben met een taalgeoriënteerde behandeling van dyslexie, door 30 dossiers te kunnen overleggen waaruit blijkt dat er geregeld behandelresultaten worden geëvalueerd (pre- en posttests op gebied van lezen en spellen) en ontwikkeling van de behandeling wordt bijgehouden. Ook deze dossiers mogen niet meer dan 3 jaar oud zijn.
- Er kan een beschrijving van gestandaardiseerde behandeling worden overlegd dat aansluit bij het protocol zoals beschreven in het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 1-12-2006.
- De praktijk zegt toe alle gewenste data van alle in verband met dyslexie onderzochte cliënten, geboren na 1-1-2000 en schoolgaand op de basisschool te zullen aanleveren aan de database.
- De praktijk zegt toe dat voor de diagnostiek en voor evaluatie van behandeling de door het NRD vastgestelde basisset van tests zullen worden gebruikt, om analyse niet onnodig complex te maken.

Wanneer een praktijk lid wil worden van het NRD vindt er een visitatie plaats. Tijdens de visitatie wordt een praktijk gecontroleerd op bovenstaande criteria. Deze visitatie wordt uitgevoerd door een GZ-psycholoog van een andere NRD-praktijk en een notulist. Zij bezoeken de praktijk en controleren volgens het visitatiewerkdocument. Vervolgens schrijven zij een rapport over de bevindingen en wordt er een advies gegeven aan het bestuur van het NRD over het laten aansluiten van de praktijk. Het bestuur besluit ten slotte of een praktijk zich kan aansluiten of niet. Nadat een praktijk eenmaal is aangesloten bij het NRD vindt er iedere drie jaar een visitatie plaats om vast te stellen of de praktijk nog aan de criteria voldoet.

Wanneer een praktijk is aangesloten bij het NRD dient men informatie aan te leveren aan de Nationale Database Dyslexie (NDD). Deze database wordt gebruikt om de kwaliteit en het zorgaanbod voor de diagnostiek en behandeling van dyslexie te monitoren. De database wordt gebruikt voor een evaluatie van het proces en om inzicht te krijgen in de effectiviteit van de behandeling. In deze database wordt per behandeltraject informatie verzameld over de aanmelding, de wachttijd, de vergoeding en de totale behandeltime. De NDD geeft inzicht in de stand van zaken bij de verschillende praktijken. Door middel van het uitvoeren van (benchmark)analyses met deze data heeft het NRD inzicht in de kwaliteit van de diverse praktijken.

Naast de NDD en de visitaties worden er ook andere methodes gebruikt door het NRD om de kwaliteit te waarborgen. Zo zal er komend jaar een tevredenheidsonderzoek worden uitgevoerd bij

de aangesloten praktijken. Bovendien heeft het NRD aangegeven zich te willen richten op doorontwikkelen van het protocol (interview NRD, 2010).

5.3.2 KD en de kwaliteitsindicatoren

In 2007 bleek dat er wegens de strenge aanmeldingseisen maar een beperkt aantal praktijken zich aan kon sluiten bij het NRD. Dit aantal was niet dekkend voor alle dyslexiebehandelingen in Nederland. Daarom besloten oudervereniging Balans en Stichting Dyslexie Nederland om een tweede kwaliteitsinstituut op te richten (interview met Balans, 2010). Zo werd op 28 november 2008 officieel het Kwaliteitsinstituut Dyslexie opgericht. Het doel van het KD is om een kwaliteitskeurmerk te verschaffen en door middel van het verzamelen van data zorg te dragen voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg en op de beheersbaarheid van de voorziening.

Het KD schrijft het volgende: *“Het Kwaliteitsinstituut Dyslexie is een onafhankelijk instituut dat ernaar streeft dat ieder kind met lees- en spellingsproblemen op een uniforme en kwalitatief goede manier gediagnosticeerd en behandeld wordt door een team van gespecialiseerde behandelaren”* (website KD).

Wanneer een praktijk zich aan wil sluiten bij het KD moet er allereerst een vragenlijst ingevuld worden bestaande uit 122 vragen. Hierin wordt ingegaan op de toeleidersfunctie, anamnese, diagnostiek, behandelingsplan, vorm van de behandeling, meetmomenten, behandelaars, multidisciplinariteit, intern protocol en scholing (visitatieformulier KD, 2010). Vervolgens vindt er een visitatie plaats. De visitatie wordt uitgevoerd door een onafhankelijke partij, het HKZ. Het HKZ is een kwaliteitsinstituut dat normen opstelt voor diverse branches binnen de gezondheidszorg (website HKZ). Tijdens de visitatie vergelijkt de visiteur de situatie met de gestelde normen en bekijkt of er afwijkingen bestaan. Alle resultaten worden vastgelegd in een rapport dat wordt beoordeeld door het KD; zij trekken een conclusie over eventueel lidmaatschap van de praktijk en roepen daarbij eventueel de hulp in van de eigen auditcommissie bestaande uit behandelaars en wetenschappers.

Het KD verzamelt diverse informatie bij de aangesloten praktijken in hun database. Deze database is opgezet in augustus 2009, praktijken worden geacht informatie in te vullen over iedere behandeling. Deze data worden door het KD gebruikt om de kwaliteit van de diverse praktijken te waarborgen. In de database staat informatie over de start en duur van de diagnose/behandeling, de wachttijd en informatie betreffende een cliënttevredenheidsonderzoek die de praktijken behoren uit te voeren na afloop van de behandeling. De database van het KD (evenals de database van het NRD) staat los van de database van het DIS. Dit betekent dat praktijken zowel de data in de database van het KD of NRD als in de database van het DIS in moeten voeren. Het is niet mogelijk om deze data te koppelen, wat veel administratie oplevert voor praktijken.

Naast de visitatie en het beheer van de database houdt het KD zich bezig met het volgen van internationale ontwikkelingen rondom dyslexiebehandeling en het opzetten van wetenschappelijk onderzoek. Ook zij hebben zich tot doel gesteld om het protocol door te ontwikkelen om tot een meer evidence based protocol te komen (interview KD, 2010).

5.3.3 Vrijgevestigde aanbieders en kwaliteitsindicatoren

De vrijgevestigde aanbieders en de beroepsverenigingen NIP en NVO hebben een andere visie op kwaliteit en kwaliteitsborging. Zij zijn van mening dat kwaliteit van de behandeling de verantwoordelijkheid is van de professional in de zorg. Als beroepsvereniging kun je niet voorschrijven hoe een behandeling er uit moet zien; de deskundige professional bepaalt dit zelf op basis van de gestelde diagnose. Daarom houden NIP en NVO geen toezicht op de kwaliteit van de dyslexiebehandelaar via visitaties en controles. NIP en NVO kiezen er voor om de kwaliteit van de bij hen aangesloten leden, zowel van professionals in loondienst als vrijgevestigden, te bewaken en bevorderen door hun vakbekwaamheid te toetsen (registratie, herregistratie) en men te houden aan het werken volgens de beroepscode. Ook benadrukken zij het bevorderen van de vakbekwaamheid en kwaliteit van de beroepsgroep als geheel. De vrijgevestigde aanbieders werken allen volgens het protocol. NIP en NVO houden een bestand van deskundigen bij. In dit bestand zijn psychologen en orthopedagogen opgenomen die lid zijn van NVO en/of NIP, die minimaal geregistreerd zijn als orthopedagoog-generalist, kinder- en jeugdpsycholoog of GZ-psycholoog en de vrijwillige eigen verklaring hebben ondertekend en opgestuurd. De in het bestand opgenomen professionals beoordelen zichzelf op basis van de gestelde kaders als deskundig.

NIP en NVO zijn niet principieel tegen aansluiting bij de kwaliteitsinstituten, wel hebben ze bezwaren tegen de eisen en werkwijze van KD en NRD en op het verschil in visie op kwaliteitsborging. NIP en NVO hebben drie belangrijke bezwaren:

1. De kwaliteitsinstituten richten zich naast de beoordeling/monitoring van de zorg in generieke zin ook op het toetsen van de kwaliteit van de aangesloten professionals, iets dat ook al gedaan wordt door de beroepsverenigingen via de beroepsregistraties. NIP en NVO zijn dan ook van mening dat dit onnodig bureaucratisch is en bovendien geen extra garantie biedt ten aanzien van de vakbekwaamheid van de professionals.
2. NIP en NVO vinden dat de database(eisen) van de kwaliteitsinstituten onevenredig veel bureaucratie met zich mee brengen en onnodig kostenverhogend zijn voor de zorg en de zorgaanbieders. “De vraag is: wat leveren de visitaties en de extra eisen van de kwaliteitsinstituten op voor de kwaliteit van de zorg?”
3. Verder zijn NIP en NVO van mening dat de kwaliteit van de behandeling behoort tot de autonome verantwoordelijkheid van de professional en dat terughoudendheid bij het toezicht houden op de kwaliteit van de behandeling gepast is: “We controleren niet wat er gebeurt in de spreekkamer, dat hoort niet. Onze leden volgen het protocol, maar wel moeten ze de vrijheid hebben om op basis van de eigen deskundige inschatting hiervan af te wijken. De professional zelf is te allen tijde verantwoordelijk om zich over de behandeling te verantwoorden” (interview met NIP/NVO, 2010 en 2011).

Ook geven NIP en NVO aan zich zorgen te maken of de werkwijze van de kwaliteitsinstituten wel genoeg waarborg kan geven dat voldaan wordt aan de geldende regels en normen op terreinen als beroepsethiek en privacy. De kwaliteitsinstituten zijn het hier niet mee eens. Bovendien zijn NRD, KD en veel van de bij hen aangesloten instituten van mening dat de meeste (combinaties van) vrijgevestigde aanbieders niet over voldoende kwaliteit beschikken. De redenen die zij aandragen zijn een gebrek aan mogelijkheden en schaalgrootte om kennis op te bouwen en de

kwaliteitscontrole te organiseren (diverse interviews met de kwaliteitsinstituten en zorgaanbieders, 2010).

Het NVLF, de beroepsvereniging voor logopedisten, stelt eisen aan logopedisten om opgenomen te worden in het dyslexiebestand van de beroepsvereniging. Opname in dit bestand is een voorwaarde om een rol als medebehandelaar te kunnen krijgen. Om opgenomen te worden in dit bestand dient een logopedist volgens de criteria van de NVLF aan minimaal 2 van de volgende drie criteria te voldoen:

- Met goed gevolg afgeronde Post HBO-opleiding dyslexiespecialist OSO-instituut (Windesheim, Fontys Hogeschool, Seminarie voor Orthopedagogiek) of Masteropleiding, uitstroomrichting “dyslexie” bij dezelfde geaccrediteerde instituten
- Aantoonbaar minimaal 10 dagdelen bij- en nascholing hebben gevolgd op het gebied van dyslexie na 1 januari 2005.
- Aantoonbare deskundigheidsbevordering door bijvoorbeeld deelname aan werkgroepen / commissies/ (kwaliteits)kringen op het gebied van dyslexie. Lid zijn van een kwaliteitskring dyslexie zoals bedoeld in het Kwaliteitsbeleid van de NVLF.

Voor de andere beroepsgroepen gelden vergelijkbare kwaliteitseisen om toegelaten te worden tot het bestand van specialisten.

Daarnaast is het afhankelijk van de praktijk of er zicht is op de kwaliteit en of hiervoor methodes zijn ontwikkeld. Zo kan een praktijk intern gebruik maken van bijvoorbeeld effectmetingen of cliënttevredenheidsonderzoek. Vrijgevestigde aanbieders zijn in de meeste gevallen kleine praktijken met maar één behandelaar, waardoor de praktijk zelf weinig aandacht en tijd kan steken in het meten van de kwaliteit. Een mogelijke oplossing is de vorming van samenwerkingsverbanden van vrijgevestigde aanbieders.

5.4 Hoe cliëntgericht is de zorg?

De cliëntgerichtheid van de dyslexiezorg is vooral vanuit het perspectief van de ouders bekeken. Er komt steeds meer aandacht voor cliëntgericht werken in de zorg. Bij cliëntgerichte zorg nemen de behoeften en belevingswereld van de cliënten een centrale(re) plaats in de zorg in en is de zorg zoveel mogelijk toegesneden op de individuele behoeften van de cliënt (definitie Trendrapportage GGZ 2010, Trimbos). Wanneer er cliëntgerichte zorg verleend wordt zijn de volgende twee zaken van belang:

- Aandacht voor psychische en sociale aspecten
- Cliënt is actief en medeverantwoordelijk

Het leveren van cliëntgerichte zorg wordt ook benadrukt in het protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert, 2006). Een van de randvoorwaarden in het protocol Dyslexie Diagnostiek en behandeling is dat er *“voldoende motivatie is bij de cliënt/ouders/verzorgers voor aanvullend oefenen in school- en thuissituaties”* (Blomert, 2006, p.13). Vanwege deze randvoorwaarde wordt er van de praktijken verwacht dat de ouders worden betrokken bij de behandeling. De meeste praktijken geven aan dat voor het behalen van resultaten het noodzakelijk is dat een kind ook thuis

oefent. In de meeste gevallen wordt er verwacht dat een ouder ongeveer vier keer per week oefent met het kind.

De ruimte die het protocol biedt om cliëntgerichte zorg te leveren wordt door zorgaanbieders enigszins uiteenlopend geïnterpreteerd. Zo geven partijen aan dat ONL te veel geprotocolleerde voorgeschreven behandelingen biedt waarin weinig ruimte voor maatwerk wordt gelaten (interviews met zorgaanbieders, 2011). ONL geeft aan dat er een vast omschreven behandelplan is, maar dat er wel degelijk afgeweken kan worden wanneer de situatie van een kind daarom vraagt (interview ONL, 2011). De behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie kan dus ook vanuit het perspectief van de cliënt als cliëntgericht omschreven worden wegens de mogelijkheid tot maatwerk.

Door de zorgaanbieders wordt de rol van de ouders verschillend omschreven, maar in de meeste gevallen worden de ouders als volgt bij de behandeling betrokken. Allereerst wordt het behandelplan afgestemd met de ouders. Daarnaast vindt er regelmatig een evaluatie plaats waarbij de ouders aanwezig zijn. Enkele praktijken geven aan dat de ouders ook aanwezig moeten zijn bij de behandelsessies, zodat de ouders kunnen leren wat hun rol is tijdens de behandeling en hoe ze thuis moeten oefenen. Ze moeten de methodes en technieken begrijpen en deze thuis goed toepassen. Daarvoor is het noodzakelijk dat zij ook de behandeling bijwonen (interviews met zorgaanbieders, 2010 en 2011). Niet alle praktijken kiezen hier echter voor. In het kader van cliëntgerichtheid richt de behandelaar zich uiteraard ook op het gemotiveerd krijgen en houden van het kind, noodzakelijk om thuis en op school te blijven oefenen. Wanneer een kind niet gemotiveerd is, dan kan door de behandelaar worden besloten om te stoppen met de behandeling.

Tijdens de interviews met ouders (2010) blijkt dat zij het erg belangrijk vinden dat er een goede afstemming plaatsvindt. Over het algemeen zijn ze tevreden over de mate waarin zij betrokken worden bij de behandeling en bij het opstellen van het behandelplan. Daarnaast zijn in de database van het KD ook de gegevens van een enquête beschikbaar die wordt uitgestuurd naar de ouders wanneer een behandeling voltooid is. Deze enquête betreft zaken als de kwaliteit van de behandeling, de deskundigheid van de hulpverlener en de verstrekking van informatie. Ook is er een aantal vragen met betrekking tot de cliëntgerichtheid van de zorg: over het feit of de ouders kunnen meebeslissen over de behandeling, of de ouders invloed hebben op het behandelplan en over de interesse van de behandelaar in het kind. 80% van de ouders geeft aan dat ze invloed hebben en kunnen meebeslissen over de behandeling van het kind (database KD, 2010).

Cliëntgerichte zorg is zoveel mogelijk toegesneden op de individuele behoeften van de cliënt. De mogelijkheden om maatwerk te bieden door de zorg af te stemmen op de cliënt en door de ouders te betrekken, vormt een vergroting van cliëntgerichtheid in de zorg en een positieve ontwikkeling met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde zorg.

In hoofdstuk vier is de gerealiseerde zorgvraag in kaart gebracht (figuur 5, paragraaf 3.3.2). Wat opvalt, is dat de gerealiseerde zorgvraag volgens een vergelijkbaar patroon over het land is verdeeld als de vestigingen van de aanbieders. Waar zich weinig tot geen zorgaanbieders bevinden, lijkt ook weinig tot geen zorg gevraagd te worden. Dit doet vermoeden dat de vraag naar zorg het aanbod volgt, wat een teken is van aanbodgerichte zorg in plaats van cliëntgerichte zorg. De zorg die

daadwerkelijk geleverd is, is cliëntgericht. Maar met het oog op de toegankelijkheid lijkt de zorg (in een aantal gebieden) aanbodgericht te zijn.

5.5 Hoe transparant is de zorg?

Transparantie van de zorg is een aspect dat voor meerdere stakeholdergroepen van belang is. Hier wordt transparantie besproken vanuit het oogpunt van de ouders, zorgverzekeraars, behandelaars en scholen. Kwalitatief goede zorg vereist immers dat de zorg voor al deze groepen transparant is. Het gaat er om of de zorg goed te vinden is en of het voor elke partij duidelijk is welke rol en taken zij heeft. Ook kijken we naar de knelpunten waar de verschillende partijen tegenaan lopen bij het uitvoeren van hun taak.

5.5.1 Ouders

Voor de ouders is het lastig om de juiste informatie te krijgen over de vergoedingsregeling, want zowel vanuit de school als vanuit de zorgverzekeraars wordt er onvolledige of in sommige gevallen verkeerde informatie verstrekt. De oudervereniging Balans krijgt bijvoorbeeld regelmatig vragen over de vergoedingsregeling (interview met Balans, 2010).

De communicatie vanuit de zorgverzekeraars is niet altijd eenduidig, bijvoorbeeld wanneer er contact wordt opgenomen met een callcenter van de zorgverzekeraar. Het komt geregeld voor dat niet alle voorwaarden worden genoemd. Zo zijn er voorbeelden waarbij alleen werd bekeken hoe oud het kind is zonder te benadrukken dat het om ernstige, enkelvoudige dyslexie moet gaan. Ook de toeleidersfunctie van de school wordt geregeld niet genoemd. Dit alles kan leiden tot verwarring bij de ouders (interviews met zorgaanbieders en ouders, 2010). Bij de invoering van de regeling bleek ook de informatie op de websites van de zorgverzekeraars onvolledig of onjuist, maar na een analyse van diverse websites blijkt dat inmiddels wel de volledige criteria om in aanmerking te komen voor vergoede dyslexiebehandeling worden vermeld.

Daarnaast zijn de scholen niet altijd op de hoogte van de vergoedingsregeling en de voorwaarden. De communicatie naar de ouders is daardoor niet altijd correct en volledig. Hierdoor ontstaan misverstanden, bijvoorbeeld wanneer een ouder wordt verteld vergoede behandeling te ontvangen terwijl het kind ook ADHD heeft en wegens het voorkomen van comorbiditeit dus buiten de regeling valt (interview met zorgaanbieders, 2010). Zorgaanbieders geven aan dat de scholen steeds beter op de hoogte zijn van de regeling en dat misverstanden daardoor minder vaak voorkomen (interview met zorgaanbieders 2011).

Het vinden van een zorgaanbieder gebeurt in de meeste gevallen via de school. Op basis van ervaringen die de school heeft met de behandelaar geeft de school een advies waar het kind behandeld kan worden. Ook komt het voor dat men via de zorgverzekeraar naar een aanbieder verwezen wordt. Vanuit de zorgverzekeraars worden er eisen gesteld aan de aanbieders, zij vereisen vaak een praktijk die is aangesloten bij het KD of het NRD. Deze praktijken zijn te vinden op de websites van het KD het NRD en soms op die van de zorgverzekeraar. Ouders geven aan geen problemen te ondervinden in het vinden van een zorgaanbieder. Tenslotte komt het voor dat een aanbieder aangeraden wordt door familie of vrienden (bijeenkomst vergoedingsregeling, 2010 en interview met ouders, 2010). Zorgverzekeraars geven aan dat zorgaanbieders niet altijd vermelden

dat zij alleen onvergoede zorg bieden, waardoor ouders de rekening niet volledig kunnen declareren (interview met zorgaanbieder, 2011).

Kortom, het is lastig voor ouders om de juiste informatie te verkrijgen. Zowel de scholen, zorgverzekeraars als zorgaanbieders verstrekken niet altijd volledige en juiste informatie over geldende regels. Deze signalen nemen echter wel af naarmate men meer ervaring heeft met de vergoedingsregeling. Ouders geven aan geen problemen te ondervinden met het vinden van een zorgaanbieder.

5.5.2 Zorgverzekeraars

Bij de invoering van de vergoedingsregeling wisten de zorgverzekeraars niet goed wat men kon verwachten, hoeveel kinderen in aanmerking komen voor de vergoeding en welke aanbieders declareren. Ten behoeve van de transparantie hebben de zorgverzekeraars de eerder besproken ontvankelijkheidsverklaring ingevoerd. De zorgaanbieders moeten voordat ze starten met de diagnostiek een ontvankelijkheidsverklaring indienen om te laten zien dat ze het schooldossier hebben goedgekeurd, dat ze ernstige, enkelvoudige dyslexie vermoeden en dat ze graag een DBC willen openen.

De zorgverzekeraars geven verder aan dat het schrijven van de dyslexiebehandelingen op de DBC “overige stoornissen in de kindertijd” niet leidt tot transparantie, integendeel zelfs. Zij geven aan dat het binnen deze DBC niet duidelijk is welke productcodes behoren bij dyslexie, doordat de DBC wat productgroepen betreft niet specifiek is ingericht voor dyslexie. Dit maakt het lastig om analyses te doen en benchmarks uit te voeren met deze DBC. Voor de informatievoorziening voor zorgverzekeraars is inzage in gegevens makkelijker te realiseren wanneer er een aparte productgroep ingericht wordt (interview met zorgverzekeraars, 2010 en 2011). DBC-Onderhoud geeft aan dat zij in samenwerking met het veld een verkenning naar deze en andere mogelijke oplossingsrichtingen uit wil voeren om de transparantie te verbeteren (DBC-Onderhoud, 2011)

Door het gebrek aan transparantie is het voor de zorgverzekeraars lastig om de kwaliteit van de zorgaanbieders te controleren, zoals eerder besproken in paragraaf 5.2. Bijkomend probleem voor de transparantie voor de zorgverzekeraars is dat er twee verschillende kwaliteitsinstituten zijn. Een reactie van een zorgverzekeraar is dan ook “*Het is toch waanzin, zo’n kleine wereld en dan twee kwaliteitsinstituten?*” (interview met zorgverzekeraar, 2010). De verschillen tussen de beide instituten zijn niet duidelijk voor de zorgverzekeraars, ook is het lastig dat met beide instituten apart contact moet worden gehouden en dat de beide instituten er aparte richtlijnen en databases op nahouden.

5.5.3 Behandelinstituten

De behandelaars sluiten contracten af met verschillende zorgverzekeraars. De praktijken hebben met iedere zorgverzekeraar een ander contract met uiteenlopende criteria, tarieven en eisen. De voornaamste verschillen tussen zorgverzekeraars zitten in de volgende drie zaken; coulance, criteria ten aanzien van medebehandelaars en het werken met bevoorschottingsafspraken (interview met zorgaanbieders, 2010 en 2011). In de andere zorgmarkten van de curatieve GGZ zijn de afspraken met de zorgverzekeraars uniform omdat gewerkt wordt met het representatiemodel. Bij de inkoop van zorg onderhandelt de verzekeraar met het grootste marktaandeel met de GGZ-instellingen over

de kwaliteit en hoeveelheid zorg. Dit zogeheten representatiemodel bespaart tijd en (transactie)kosten maar vermindert de concurrentie. Het model staat haaks op prestatiebekostiging, dat juist de concurrentie wil bevorderen. Omdat dyslexiezorg in een concurrerende markt is geplaatst, is het representatiemodel niet van toepassing en zijn zorgverzekeraars vrij hun eigen inkoopbeleid te voeren. De behandelinstellingen geven aan dat de uiteenlopende criteria, tarieven en eisen die de zorgverzekeraars stellen voor hen niet transparant zijn.

De behandelinstellingen geven aan dat voor hen de eisen van de DBC-structuur niet transparant zijn. Net als de zorgverzekeraars geven de zorgaanbieders aan dat de structuur van de DBC “overige stoornissen in de kindertijd” niet is ingericht op dyslexiezorg, waardoor de productcodes niet als logisch worden ervaren. De zorgaanbieders missen een handleiding waarin beschreven staat op welke wijze bijvoorbeeld indirecte en directe tijd geregistreerd moet worden. Zij zien een aparte productgroep voor dyslexiezorg als oplossing om de DBC-systematiek eenvoudiger te maken (interview met zorgaanbieders, 2011). DBC-Onderhoud geeft aan dat er documentatie beschikbaar is waarin regels omtrent registratie toegelicht worden. DBC-Onderhoud geeft ook aan, wanneer dyslexiezorg binnen de Zvw blijft vallen, de mogelijkheden te willen onderzoeken om informatievoorziening richting zorgaanbieders meer op maat te maken (DBC-Onderhoud, 2011).

Ook de behandelinstellingen geven aan dat zij het vreemd vinden dat er twee verschillende kwaliteitsinstellingen zijn. Het is voor een praktijk haast onmogelijk om zowel bij het KD als het NRD aangesloten te zijn, omdat de eisen waaraan je moet voldoen tussen deze instellingen erg groot zijn. Met name de eisen die de instellingen stellen met betrekking tot het aanleveren van data zijn te hoog om bij beide kwaliteitsinstellingen aan te kunnen sluiten (interview met zorgaanbieders, 2010 en 2011). Vandaar dat behandelpraktijken vaak bij één instituut aangesloten zijn. In diverse interviews kwam naar voren dat het voor de markt beter is slechts één kwaliteitsinstituut te hebben. Vaak wordt opgemerkt dat het “eigen” instituut dan leidend moet zijn bij de totstandkoming van één instituut. In het verleden is meerdere keren geprobeerd om te komen tot één instituut, bijvoorbeeld via een samengaan van KD en NRD, helaas is het dyslexieveld daar (nog) niet in geslaagd.

Kortom, voor behandelpraktijken zijn er diverse zaken die de situatie niet transparant maken. Zo zijn er grote verschillen tussen de zorgverzekeraars en hun regelgeving. Daarnaast is de DBC-structuur voor hen niet transparant en is het onnodig ingewikkeld dat er twee verschillende kwaliteitsinstellingen naast elkaar bestaan.

5.5.4 Scholen

Door Masterplan Dyslexie wordt er regelmatig een bijeenkomst georganiseerd voor samenwerkingsverbanden van scholen. Het doel van deze bijeenkomsten is om meer uitleg te geven over de vergoedingsregeling en over de rol van de school. Deze bijeenkomsten zorgen voor meer transparantie. Tijdens deze bijeenkomsten blijken de volgende zaken vragen op te roepen.

In de praktijk blijken alle behandelinstellingen andere eisen te stellen aan het schooldossier. Vooraf stemmen de scholen af met de praktijken wat de eisen zijn voor wat betreft het schooldossier. De strengheid van deze eisen blijkt van invloed te zijn op het advies dat de scholen geven aan de ouders. Ouders vragen namelijk regelmatig advies aan de school, wanneer ze een keuze moeten

maken voor een behandelinstituut. Het lijkt er op dat bij dit advies de scholen vaak hun eigen tevredenheid over de contacten met en de eisen gesteld door de instituten meenemen.

Voor de scholen is er een apart protocol opgesteld door Masterplan Dyslexie. Hierin staat de rol van de scholen exact en duidelijk beschreven, zodat het als leidraad kan dienen bij het uitvoeren van de taak van de school. Wel bleek uit het interview met Blomert (2010) dat er in het protocol opgesteld door het Masterplan Dyslexie meer eisen worden gesteld aan de scholen dan de intentie was van Blomert. Hij gaf aan dat de school met behulp van niet veel meer dan de gegevens uit het leerlingvolgsysteem in staat moet zijn om dyslexie te vermoeden en een kind door te verwijzen naar een behandelinstituut waar de diagnostiek plaats vindt. Het is volgens hem niet noodzakelijk dat er extra testen worden uitgevoerd op de scholen, want de scholen hebben hier geen tijd en kennis voor. Ook lijkt dit tot het overtesten van kinderen, aldus Blomert (2010). Masterplan Dyslexie geeft aan dat de tests die scholen doen, de reguliere toetsen zijn die afgenomen worden bij alle leerlingen in het kader van hun handelingsgericht werken. Volgens Masterplan Dyslexie wordt er niet aanvullend of afwijkend van het protocol getest door scholen (Masterplan Dyslexie, 2011).

Tijdens de bijeenkomsten bleek dat het Masterplan Dyslexie en de scholen sommige aspecten net wat anders interpreteren dan anderen (dat bedoeld hebben). Twee voorbeelden uit een bezochte bijeenkomst zijn de veronderstelling dat de school onderdeel is van het multidisciplinaire samenwerken en de veronderstelling dat KD en NRD op verzoek van de zorgverzekeraars de behandelinstituten visiteren om de kwaliteit en de dossiers te beoordelen. Ook het bestaan van de twee verschillende kwaliteitsinstituten vinden de scholen verwarrend.

Kortom, voor scholen is ondanks de goede rol van het Masterplan Dyslexie nog niet alles helder met betrekking tot de vergoedingsregeling en de rol van de school daarbij. Meer afstemming tussen het Masterplan en andere actoren is vereist om de transparantie voor de scholen te vergroten en de afstemming tussen het onderwijs en de zorg verder te verbeteren.

5.6 Naleving van het protocol Blomert

Vanwege de belangrijke rol die het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert, 2006) inneemt, besteden wij in dit hoofdstuk aandacht aan de ontstaansgeschiedenis, de implementatie en uitvoerbaarheid in de praktijk, de ruimte voor verschillende behandelmethodes en de verdere ontwikkeling van het protocol.

Het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling behoort gebruikt te worden door alle behandelaren als richtlijn over hoe de diagnostiek en behandeling uitgevoerd dient te worden. Deze voorwaarde is gesteld tijdens het introduceren van de vergoedingsregeling in 2009, geldt nog altijd en wordt door de zorgverzekeraars gehanteerd. Kortom, binnen de dyslexiezorg is het toekennen van vergoedingen strak gekoppeld aan het volgen van het protocol van Blomert (2006), wanneer er niet volgens het protocol gewerkt wordt kan er geen aanspraak worden gemaakt op de vergoeding.

5.6.1 Ontstaansgeschiedenis

Het protocol heeft een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van de vergoedingsregeling voor dyslexiezorg. Dit is geen gangbare rol voor een protocol voor diagnostiek en behandeling van een aandoening c.q. van een protocol gericht op de kwaliteit van de zorg. Toch is Blomert om deze

reden in 2005 in opdracht van het CVZ gestart met de ontwikkeling van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (interview met Blomert, 2010). Het protocol is opgesteld door middel van het bestuderen van internationale literatuur, het evalueren van de situatie in de diverse behandelpraktijken in Nederland en door het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. De basis voor de vergoedingsregeling is dat er met behulp van het protocol betrouwbaar en in overeenstemming met de wetenschappelijke stand van zaken ernstige, enkelvoudige dyslexie kan worden vastgesteld en behandeld (Blomert, 2006). Tijdens de eindfase van het protocol hebben diverse actoren de mogelijkheid gehad om input te leveren met als doel draagvlak voor en kwaliteit van het protocol. Bij de afronding van het protocol in december 2006 stemden de vier betrokken beroepsgroepen (LBRT, NVLF, NIP en NVO) in met het protocol.

Een aantal actoren is niet tevreden met het proces en de wijze waarop het protocol destijds tot stand is gekomen. Mede hierdoor is men niet in staat om tot een gedeelde visie te komen voor wat betreft de doorontwikkeling van het protocol en eventuele afgeleide behandelmethoden. Er lijkt niet veel bereidheid bij de verschillende actoren om constructief in overleg te treden, tot elkaar te komen en, indien nodig, werkbare compromissen te sluiten.

5.6.2 Uitvoerbaarheid

De uitvoerbaarheid van het protocol wordt beoordeeld door te bekijken hoe gemakkelijk is het om het protocol na te leven en uit te voeren. Het protocol behandelt eerst de diagnostiek en geeft daarna richtlijnen met betrekking tot de behandeling. Vandaar dat de diverse meningen en verbeterpunten zijn opgedeeld in diagnostiek en behandeling.

Met betrekking tot de beschrijving van de diagnostiek zijn de meeste partijen positief. De algemene mening is dat de diagnostiek zeer duidelijk is beschreven. Een nadeel dat genoemd wordt is dat er momenteel maar één test beschikbaar is die alle aspecten uit het protocol kan meten, namelijk 3DM. Een aantal behandelaars geeft aan dat de kosten die in rekening worden gebracht voor aanbieders die niet aangesloten zijn bij NRD onevenredig hoog is. Zij zien dit als een oneigenlijk concurrentievoordeel voor aanbieders aangesloten bij NRD. Een ander bezwaar van aanbieders die niet aangesloten zijn bij het NRD, is dat de data die ingevoerd worden bij het afnemen van de test opgenomen worden in de database van het NRD. De aanbieders geven aan dat zij zelf willen bepalen aan wie zij wel of niet hun data beschikbaar stellen. Een gevolg hiervan is dat deze aanbieders kiezen voor een combinatie van andere tests, waarmee ze ook kunnen voldoen aan het protocol. Het nadeel hiervan is dat het afnemen van meerdere tests meer tijd kost en dat dit zowel voor de patiënt als voor de zorgaanbieder niet efficiënt is. Deze aanbieders geven aan dat er behoefte is aan een onafhankelijke COTAN genormeerde tool die alle aspecten uit het protocol kan meten (interview zorgaanbieders, 2011).

Voor wat betreft de beschrijving van de behandeling in het protocol zijn de meningen sterker verdeeld. Een deel van de behandelaars is groot fan van het behandelprotocol en volgt dit strikt. Een ander deel is van mening dat het protocol te specifiek en te gedetailleerd aangeeft hoe de behandeling moet worden uitgevoerd en daarbij te weinig ruimte laat aan de specifieke inschatting van de situatie van de cliënt door de behandelaar. Er wordt immers een precies begin- en eindpunt aangegeven, er wordt verteld hoe vaak de behandeling plaats moet vinden en hoe lang iedere stap moet duren. Een deel van de critici heeft het protocol zo opgevat dat er geen enkele afwijking in de

behandelingsmethode geoorloofd is. Een ander deel van de critici verklaart dat het protocol wel enige ruimte biedt voor een aanpassing van de behandelmethoden en past deze dan ook aan. Ook bij de voorstanders van het protocol zijn de meningen verdeeld over in hoeverre een aanpassing of afwijking van de behandelingsmethode geoorloofd is. Kortom, het protocol wordt voor wat betreft de ruimte tot maatwerk niet eenduidig geïnterpreteerd.

5.6.3 Behandelwijze binnen het protocol

Er zijn dus verschillende interpretaties over hoeveel ruimte het protocol biedt voor aangepaste behandelmethoden. Een aantal behandelaars vindt dat het protocol (te) specifiek voorschrijft wat er exact gedaan moet worden en ziet weinig mogelijkheid tot een eigen interpretatie. Andere behandelaars zien wel ruimte voor een eigen invulling en hebben op basis hiervan hun eigen behandelingsmethode ontwikkeld c.q. afgeleid van het protocol. Deze behandelmethoden zijn ontwikkeld door specifieke behandelaars en instituten. Zij werken met de eigen behandelingsmethode en waarborgen tegelijk dat zij ook voldoen aan het Protocol Dyslexie Diagnostiek & Behandeling. Twee voorbeelden zijn:

1. Een behandelingsmethode opgesteld door Loykens et al. (2009). Deze behandelingsmethode legt iets meer accent dan Blomert op aspecten als compensatie, houding en beleving naast het trainen.
2. Een behandelingsmethode van ONL. ONL heeft het protocol verder gestandaardiseerd tot een draaiboek waarin voor alle sessies exact staat beschreven wat er moet gebeuren. Alle leden van ONL, de schoolbegeleidingsdiensten, krijgen een cursus over hoe dit draaiboek toegepast moet worden.

In feite gebruiken de bovengenoemde behandelaars het protocol van Blomert als de algemeen geldende richtlijn en hebben ze daarbinnen hun eigen behandelingsmethode ontwikkeld, die volgens hen voldoet aan de voorwaarden en eisen van het protocol. Niet iedereen in de dyslexiesector is er echter van overtuigd dat deze interpretatie en aanpak juist is. Is er nu wel of niet sprake van een gedetailleerd behandelingsprotocol dat strikt gevolgd moet worden? Hoeveel eigen interpretatie van de behandelende professional is mogelijk/wenselijk? Kortom, het dyslexieveld zal met elkaar in overleg moeten treden en gezamenlijk tot een visie moeten komen over wat wel/niet de bedoeling is.

5.1.18. Ontwikkeling

In het dyslexieveld is men unaniem van mening dat het protocol verder doorontwikkeld moet worden. Verschillende partijen/stromingen voelen zich individueel verantwoordelijk en vinden zichzelf de beste partij om doorontwikkeling op te pakken, maar er is geen gezamenlijke verantwoordelijkheid en geen geaccepteerde regie.

Bij de doorontwikkeling van het protocol moet onderscheid gemaakt worden tussen verduidelijkingen en aanscherpingen van het huidige protocol enerzijds en een fundamentele en deels op de wetenschap gebaseerde doorontwikkeling van het protocol anderzijds.

Bij het verduidelijken en aanscherpen van het huidige protocol kan gedacht worden aan:

- Het nader specificeren van de ruimte die het protocol biedt aan aanpassingen in de behandelmethoden en op andere terreinen. Dit na een inventarisatie van interpretatieverschillen.
- Een eventuele bijstelling van de richtlijn van 40-60 behandelingen. De geïnterviewden geven veelal aan dat de behandeltime te beperkt is. Tegelijkertijd geven de doorlooptijden van de zorgtrajecten in DIS vooralsnog een ander beeld. Daaruit blijkt (met de huidige gegevens) namelijk dat bijna 80% van alle behandeltrajecten binnen de 60 weken wordt uitgevoerd. In hoofdstuk 6 wordt dit verder toegelicht.
- Het opstellen van exacte criteria en verwachtingen voor de toeleidersrol van de school, bijvoorbeeld door aan te geven welke methodes moeten worden gebruikt tijdens de interventies. Dit zou de rol voor de scholen verduidelijken.

Bij een fundamentele doorontwikkeling van het protocol gaat het onder andere om het op basis van (langjarige) effectmetingen en wetenschappelijk onderzoek doorontwikkelen van het huidige protocol voor diagnostiek en behandeling en eventueel daarbinnen passende andere behandelmethoden. Aspecten als de kwaliteit van de behandeling en de vraag of de kinderen nu eigenlijk de best mogelijke zorg krijgen zouden centraal moeten staan bij deze doorontwikkeling.

Zowel het NRD/Blomert als de Stichting Dyslexie Nederland (SDN) heeft aangegeven de (fundamentele) doorontwikkeling van het protocol op te willen pakken. SDN en NRD werken echter niet samen op het gebied van de doorontwikkeling van het protocol. Ook NIP en NVO zijn bereid om een bijdrage te leveren. Naast de doorontwikkeling van het protocol zal er ook gekeken moeten worden of en in hoeverre (nieuwe) behandelmethoden voldoen aan het protocol, effectief zijn en hoe dat beoordeeld moet worden.

Er kan worden geconstateerd dat er binnen het dyslexieveld geen regie is over wie er verantwoordelijk is voor het doorontwikkelen, verduidelijken en aanscherpen van het protocol. Voor een gedragen protocol lijkt het echter wel verstandig wanneer het veld hierin gezamenlijk gaat optrekken.

5.7 Effectmeting van kwaliteit van de zorg

Met effectmetingen is het mogelijk om de kwaliteit van de zorg meetbaar en inzichtelijk te maken. Verschillende actoren hebben aangegeven behoefte te hebben aan transparante en onafhankelijke informatie over de kwaliteit van de zorg. De zorgaanbieders en zorgprofessionals geven aan behoefte te hebben aan informatie over de effecten van de zorg ten behoeven van sturing en verbetering van het eigen zorgproces. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil dergelijke informatie gebruiken om te identificeren waar het risico op onverantwoorde zorg aanwezig is. Ouders willen deze informatie gebruiken om een keuze te maken voor zorgaanbieder. Zorgverzekeraars geven aan de informatie te gaan gebruiken als leidraad voor het inkopen van kwalitatief goede zorg (Trendrapportage GGZ, 2010; interview met zorgverzekeraar, 2011).

Het protocol 'Dyslexie Diagnostiek en Behandeling' van Blomert gaat in op het belang van de ontwikkeling van "kwaliteitscriteria voor de beoordeling van behandelprogramma's [...] en daarnaast

wetenschappelijk onderzoek [...] voor de omzetting van het dyslexie protocol van ‘practice based’ naar ‘evidence based’”. Partijen in het veld geven aan dat het op basis van het protocol niet mogelijk is om effecten van behandeling te monitoren; het protocol vormt een richtlijn en de methodiek is nog niet voldoende uitgewerkt om tot goede indicatoren te komen. Eerst moeten de criteria omtrent de verschillende behandelmethoden helder worden (interview NIP/NVO, 2011).

Er moet enige tijd verstreken zijn voordat een effectmeting voor de vergoede dyslexiezorg uitgevoerd kan worden, omdat een gemiddeld behandeltraject 40 tot 60 weken duurt (op basis van het protocol) en de vergoedingsregeling recent (2009) is ingevoerd.

Recentelijk heeft het RID (Regionaal Instituut voor Dyslexie) haar eerste effectmeting onder 215 cliënten afgerond. Deze behandelingen zijn allen conform protocol uitgevoerd. Het effect van de behandeling is bij deze meting gerelateerd aan de standaardscores van leeftijdsgenoten. Uit de meting blijkt dat een groot percentage kinderen met de diagnose ernstige, enkelvoudige dyslexie hun achterstand, na geprotocolleerde behandeling (aantal behandelingen gem.= 67, SD=11), inhaalt ten opzichte van leeftijdsgenoten (Gerretsen en Ekkebus, 2011).

Een aantal actoren (interviews, 2011) geeft aan dat de effectmetingen van de vergoede dyslexiezorg het beste uitgevoerd kunnen worden door Stichting Benchmark GGZ (SBG) omdat zij als onafhankelijke partij van alle zorgaanbieders data kunnen verzamelen en analyseren. Deze stichting verzamelt op uniforme wijze alle gegevens binnen de GGZ om tot vergelijkbare effectmetingen te komen. Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars brengt die uniformiteit in de aanlevering van gegevens grotere transparantie met zich mee, omdat deze tussen de instellingen te vergelijken zijn. Voor de vergoede dyslexiezorg is door SBG inmiddels een start gemaakt. Er wordt met de kwaliteitsinstituten gekeken welke gegevens vanuit hun databases gebruikt kunnen worden voor de effectmetingen van het SBG. Ook (samenwerkingsverbanden van) vrijgevestigde aanbieders kunnen een contract sluiten met SGB voor de aanlevering van gegevens voor de effectmeting.

5.8 Inzet van de beroepsgroepen

In deze paragraaf wordt besproken welke beroepsgroepen in de praktijk worden ingezet tijdens de behandeling van dyslexie en wat dit zegt over de kwaliteit van de zorg. In dit verband wordt er ook gekeken naar wat het protocol hierover meldt.

Binnen de dyslexiebehandeling wordt er gesproken over hoofd en medebehandelaars. Een hoofdbehandelaar is een *“professional die (binnen de kaders van de wet BIG) in de instelling of praktijk als bevoegd en bekwaam gezien wordt om een diagnose te stellen conform DSM IV, een behandelplan voor de patiënt uit te zetten en binnen de instelling/praktijk eindverantwoordelijk is voor het geleverde zorgprofiel van een patiënt.”* (verklarende woordenlijst GGZ Nederland). Binnen het GGZ-beleid betreffende het schrijven op DBC's wordt geen definitie gegeven van het medebehandelaarschap. Ook in het protocol wordt de inzet van een medebehandelaar niet genoemd.

In het protocol wordt de volgende omschrijving gegeven over wie er verantwoordelijk is voor de uitvoering van het protocol en hiermee dus gezien wordt als hoofdbehandelaar. *“Psychologen en*

orthopedagogen op het niveau van GZ-psycholoog met (postacademische) specialisatie op het gebied van leren en cognitieve informatieverwerking, leer- en cognitieve functiestoornissen en diagnostiek en behandeling van dyslexie” (Blomert, 2006). In het protocol wordt niet gesproken over een medebehandelaar. Er wordt gesproken over een persoon die de behandeling uitvoert en die verantwoordelijk is. Het protocol geeft daarnaast aan dat wanneer er een verandering plaatsvindt van de dyslexiebehandelaar, dit dan ook verantwoord en schriftelijk moet worden toegelicht in het dossier.

Er bestaat veel discussie en verschil van mening in het dyslexieveld over welke beroepsgroepen ingezet mogen worden als behandelaar en als medebehandelaar. Zelfs binnen de bij NRD aangesloten instituten en/of de bij KD aangesloten instituten bestaat er geen eenduidige mening over het al dan niet inzetten van bepaalde beroepsgroepen als medebehandelaar. Uit interviews met zorgaanbieders (2011) komt naar voren dat een aantal aanbieders het onderscheid in beroepsgroepen geen juiste vinden. ‘Het gaat om de opleiding en de ervaring die iemand heeft. Wanneer iemand gespecialiseerd is in dyslexie en aantoonbare ervaring heeft, dan is de beroepsgroep van ondergeschikt belang. Zowel een remedial teacher, logopedist als taalwetenschapper kan uitstekend fungeren als medebehandelaar, mits hij/zij de juiste specialisatie in dyslexie en ervaring heeft.’

In hoofdstuk 4 is gebleken dat er in de praktijk verschillende beroepsgroepen worden ingezet bij de diagnose en behandeling. De eerste reden hiervoor is dat in de praktijk alle CONO-beroepen tijd kunnen schrijven op de DBC en hierdoor de mogelijkheid hebben om (een gedeelte van) de behandeling uit te voeren. Blomert en meerdere behandelaars hebben tijdens de interviews aangegeven dit een kwalijke zaak te vinden. *“Hoe is het in godsnaam mogelijk dat al die beroepen tijd mogen schrijven op deze DBC. Dan ga je weer terug naar af.”* Daarnaast geven zij aan dat in het protocol precies is aangegeven wie dyslexie mogen en kunnen behandelen en dat het inzetten van al deze beroepsgroepen ten koste gaat van de kwaliteit.

De tweede reden voor de ondoorzichtigheid van de inzet van verschillende beroepsgroepen is de gebruikmaking van de verlengde-armconstructie. Medebehandelaars die niet op de CONO-beroepenlijst staan mogen geen tijdschrijven, maar kunnen wel in een verlengde armconstructie samenwerken met een hoofdbehandelaar. Ook in andere ggz-sectoren is er sprake van zogenaamde ‘ondersteunende beroepen’ die niet op de CONO-lijst staan. De kosten van de inzet van niet-tijdschrijvende beroepen zijn meegenomen bij de bepaling van de hoogte van de kosten van de hoofdbehandelaar, en daarmee indirect medebepalend voor de kostprijs per DBC. Het is aan zorgverzekeraars om te bepalen of zij toepassing van een dergelijke verlengde arm-constructie bij contractering willen honoreren. Conform de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen zij ervoor kiezen om dit niet te doen. Het is bekend dat zij, vanuit het oogpunt van scherpere inkoop en kwaliteit van zorg in de hele curatieve ggz terughoudender zijn geworden hierin. ZN en de zorgverzekeraars hebben aangegeven bezwaar te hebben tegen de verlengde-armconstructie, omdat hierdoor niet inzichtelijk is welke beroepsgroepen betrokken zijn bij de zorgverlening. VWS en de NZa geven aan geen problemen te hebben met de inzet van niet-CONO-beroepen, omdat de hoofdbehandelaar de verantwoordelijkheid heeft voor het inschakelen van adequate zorgverleners. Het gevolg van de verschillende meningen over de verlengde-armconstructie is dat het dyslexieveld verschillende eisen hanteert voor medebehandelaars en dat hierdoor sommige ‘niet-CONO-beroepen’ buiten de vergoedingsregeling vallen en anderen via de verlengde-armconstructie wel vergoede zorg leveren.

Zorgaanbieders zijn verdeeld over wie er als hoofdbehandelaar op zou moeten treden. Op de stelling: “Alleen de beroepsgroepen: GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen hebben de juiste kennis en ervaring om als zorgverlener eindverantwoordelijk te zijn bij de behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie” antwoordt 48% van de respondenten eens, 45% van de respondenten oneens en 7% weet niet. NIP en NVO hebben aangegeven het structureel maken van de tijdelijke regeling / uitzondering voor de orthopedagogen-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog om de eindverantwoordelijkheid voor de DBC te kunnen dragen en deze te kunnen openen en sluiten de beste manier te vinden om de aanspraak na 2011 voort te zetten.

5.8.1 Inzet van logopedisten

Logopedisten mogen, omdat ze in de GGZ-beroepentabel (een samenstelling van CONO-beroepen en somatische beroepen) staan, tijd schrijven op DBC's. Alle beroepen in de GGZ-beroepentabel mogen dit en daarom is het mogelijk voor logopedisten om als medebehandelaar dyslexiezorg te bieden. Het is voor logopedisten niet mogelijk om een DBC te openen of te declareren, dit dient door een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist te worden gedaan. Hierdoor zijn logopedisten in de praktijk werkzaam als medebehandelaar en blijft de GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist hoofdbehandelaar en dus verantwoordelijk. Van oudsher zijn logopedisten betrokken bij de dyslexiezorg, ook daarom zijn zij van mening een goede rol te kunnen spelen bij de behandeling van dyslexie. Dat deden zij vroeger immers ook (interview NVLF, 2010).

Begin mei 2010 heeft de NVLF een vragenlijst verstuurd naar de logopedisten uit het dyslexiebestand (ongeveer 300 leden) om een beeld te krijgen over de rol die logopedisten spelen in de vergoedingsregeling. Hieruit bleek dat slechts 25% van de gespecialiseerde logopedisten kinderen met dyslexie behandelt op basis van de vergoedingsregeling. De vragenlijst uitgezet in het kader van deze beleidsvaluatie (eind oktober 2011) is door 69 logopedisten ingevuld die ernstige, enkelvoudige dyslexie behandelen of behandelden. 55% van hen behandelde dyslexie zowel voor als na de invoering van de vergoedingsregeling, 42% behandelt pas sinds de invoering van de vergoeding en 3% behandelde alleen voorafgaand aan de vergoedingsregeling. 46 van de 69 logopedisten geven aan dat het aantal cliënten dat zij behandelen is toegenomen (met gemiddeld 19 cliënten per jaar) sinds de invoering van de vergoedingsregeling. 8 van de 69 logopedisten geven aan dat het aantal cliënten dat zij behandelen is afgenomen (met gemiddeld 9 cliënten per jaar) sinds de invoering van de vergoedingsregeling. Logischerwijs kan verondersteld worden dat deze vragenlijst via de sneeuwbal methode met name terecht is gekomen bij het deel van de logopedisten die nog wel behandelen. Desalniettemin geven deze cijfers aan dat logopedisten nog een rol spelen in het behandelen van kinderen onder de vergoedingsregeling en dat er na de invoering van de vergoedingsregeling logopedisten als medebehandelaars zijn bijgekomen.

Tegelijkertijd ontvangt de NVLF signalen van hun achterban dat de samenwerkingsverbanden met gedragswetenschappers lastig te vormen zijn en het tijd kunnen schrijven op de DBC in de praktijk niet eenvoudig te realiseren is. Daarnaast kiezen logopedisten er bewust voor om kinderen te behandelen buiten de vergoedingsregeling, omdat ze dan niet aan de behandelwijze van het protocol vast zitten (Boersma, 2010).

Volgens de NVLF is het juist in het belang van het kind om logopedisten in te zetten als medebehandelaar (interview met NVLF, 2010). De redenen die ze hiervoor geven:

- Logopedisten zijn breed inzetbaar, zowel tijdens de diagnostiek als tijdens de behandeling
- Logopedisten werken op natuurlijke wijze samen met verschillende partijen, bijvoorbeeld met de interne begeleiders en leerkrachten op scholen.
- Logopedisten zijn laagdrempelig, goed toegankelijk en geografisch gezien goed bereikbaar

In het protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert, 2006) worden logopedisten niet genoemd. In een interview gaf Blomert aan hen niet geschikt te vinden om ingezet te worden als behandelaar (interview met Blomert, 2010). Volgens hem zijn in het protocol niet voor niets alleen psychologen en orthopedagogen genoemd als behandelaars van ernstige, enkelvoudige dyslexie. Dit sluit volgens hem aan bij het besluit van de gezondheidsraad in 1995, die aangaf dat een gespecialiseerde deskundige noodzakelijk is als behandelaar van dyslexie. NIP en NVO geven daarentegen aan dat het onder de professionele autonomie en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar valt om in te schatten of zij kunnen samenwerken met andere zorgprofessionals bij de behandeling (interview met NIP NVO, 2010 en 2011). ONL (interview 2011) geeft aan dat het wat hen betreft niet zou moeten gaan om de beroepsgroep, maar om de opleiding in combinatie met de ervaring die de logopedist heeft.

5.8.2 Inzet van remedial teachers

De meeste discussie en meningsverschillen doen zich voor over het al dan niet inzetten van remedial teachers, opgenomen in het bestand van dyslexiespecialisten van de LBRT, als medebehandelaar bij de dyslexiebehandeling. Een aantal groepen geeft aan dat deze remedial teachers bekwaam zijn om als medebehandelaar op te treden binnen de dyslexiezorg. De GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist blijft in dit geval hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk, maar de behandeling kan (deels) uitgevoerd worden door remedial teachers. Hier wordt wel altijd aan toegevoegd dat het noodzakelijk is dat de remedial teachers ervaring hebben met dyslexiebehandeling en een extra opleiding hebben gevolgd tot dyslexiespecialist. Dit kan door een instelling zelf worden verzorgd of door het volgen van de post-HBO opleiding tot dyslexiespecialist bij een van de drie hogescholen. De term remedial teacher roept bij sommigen een verkeerd beeld op ("oubollig, een oud-leraar die nog een paar uurtjes in de week aan het werk gaat als remedial teacher"). Daarom werd er tijdens de verschillende interviews de nadruk gelegd op het feit dat extra scholing tot dyslexiespecialist en voldoende ervaring op het gebied noodzakelijk is, voordat een remedial teacher wordt ingezet als medebehandelaar.

De voorstanders van de inzet van remedial teachers als medebehandelaar hebben de volgende argumenten:

- De didactische ervaring. Didactiek is erg belangrijk tijdens de dyslexiebehandeling en hier kan de remedial teacher een belangrijke rol vervullen.
- Goed in staat om onder begeleiding van een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist een deel van de behandeling op zich te nemen.

- Er zijn in dyslexie gespecialiseerde remedial teachers beschikbaar: 1) met relevante en recente behandelervaring, 2) met een gespecialiseerde opleiding, 3) met een focus op dyslexiezorg via deelname aan intervisiegroepen e.d.

De tegenstanders van de inzet van remedial teachers als medebehandelaar hebben de volgende argumenten:

- Remedial teachers missen de juiste achtergrond en opleiding.
- Remedial teachers worden niet erkend door het protocol en zijn geen CONO-beroep waardoor ze geen tijd kunnen schrijven op de DBC's.
- Ernstige, enkelvoudige dyslexie is een stoornis waarvoor zorg nodig is en waarvoor begeleiding of remediëring van een remedial teacher niet voldoende is.
- Bij de inzet van remedial teachers vervaagt de grens tussen de zorg en het onderwijs.

Uit de internetvragenlijst, ingevuld door 20 remedial teachers, blijkt dat 85% van hen dyslexie zowel voor als na de invoering van de vergoedingsregeling behandelt, 18% behandelde alleen voorafgaand aan de vergoedingsregeling. 9 van de 20 remedial teachers geven aan dat het aantal cliënten dat zij behandelen is toegenomen (met gemiddeld 100 cliënten per jaar) sinds de invoering van de vergoedingsregeling. 5 van 20 remedial teachers geven aan dat het aantal cliënten dat zij behandelen is afgenomen (met gemiddeld 16 cliënten per jaar) sinds de invoering van de vergoedingsregeling. Vanwege het relatief klein aantal remedial teachers dat de vragenlijst heeft ingevuld zijn deze gegevens niet representatief voor de gehele groep. Desalniettemin geven deze cijfers aan dat sommige remedial teachers een rol spelen in het behandelen van kinderen onder de vergoedingsregeling en dat een deel van hen een flink aantal meer leerlingen behandelt dan voor de vergoedingsregeling.

Een oplossing voor de omstrede inzet van remedial teachers, die door meerdere voorstanders is aangedragen, is het inzetten van een remedial teacher onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, bijvoorbeeld een GZ-psycholoog. In dit geval blijft de GZ-psycholoog persoonlijk verantwoordelijk, moet hij toezicht houden op de kwaliteit van de behandeling, maar kan de behandeling (deels) uitgevoerd worden door een remedial teacher (interviews met beroepsverenigingen en zorgaanbieders, 2010 en 2011).

Zorgverzekeraars willen niet dat een remedial teacher wordt ingezet tijdens de behandeling, wegens verschillende oorzaken. Zo geeft een zorgverzekeraar aan tegen de inzet van een remedial teacher te zijn omdat dit niet volgens protocol is en zij niet-CONO-geregistreerd zijn (interview met zorgaanbieder, 2011). Anderzijds geven zorgverzekeraars aan dit de inzet van een remedial teacher negatief is voor de kwaliteit van de behandeling, zoals aangegeven door kwaliteitsinstituten. Sommige zorgverzekeraars hebben dit expliciet in de contracten opgenomen (interview met zorgaanbieders, 2010). Dit is een opmerkelijke opstelling. Bij geen enkele andere beroepsgroep of eventuele medebehandelaar nemen zij een dergelijk standpunt in. Bovendien is het niet gebruikelijk dat zorgverzekeraars een standpunt innemen dat zo dicht raakt aan de inhoud van de zorg.

5.8.3 Inzet van taalwetenschappers

Taalwetenschappers zijn op universitair niveau opgeleid op het gebied van de klinische linguïstiek. Tijdens deze opleiding komen theoretische en medische achtergrond, diagnostiek en behandeling aan bod. Voor de invoering van de vergoedingsregeling voor ernstige, enkelvoudige dyslexie behandelden dyslexielinguïsten patiënten met deze diagnose veelvuldig. Klinisch linguïst is echter geen CONO-geregistreerd beroep, waardoor na de invoering van de vergoedingsregeling deze groep zorgaanbieders geen tijd kan schrijven op een DBC. In het protocol van Blomert wordt de inzet van taalwetenschappers bij de behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie niet genoemd. In de praktijk komt het bijna niet tot nooit voor dat een hoofdbehandelaar de inzet van een klinisch linguïst als medebehandelaar bekostigt uit de opslag op de DBC. DysLing, de beroepsvereniging voor dyslexielinguïsten, vindt dit een kwalijke ontwikkeling. Zij geven aan dat als universitair opgeleide en ervaren taalwetenschappers, met een specialisatie in de behandeling van ernstige dyslexie (afstudeerrichting als spraaktaalpathologie of neurolinguïstiek), zij heel geschikt zijn om te behandelen. De behandelwijze van de linguïsten is, zo geven ze aan, geheel volgens het protocol van Blomert. *“Het is zonde dat deze capaciteit op dit moment niet meer benut wordt.”* DysLing vindt dat het inschakelen van meer en meer logopedisten of remedial teachers de kwaliteit van de behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie niet ten goede komt (interview met DysLing, 2011). Uit de internetvragenlijst, ingevuld door 9 taalwetenschappers, blijkt dat 44% van hen dyslexie zowel voor als na de invoering van de vergoedingsregeling behandelt, 56% behandelde alleen voorafgaand aan de vergoedingsregeling. 2 van de 9 taalwetenschappers geven aan dat het aantal cliënten dat zij behandelen is toegenomen sinds de invoering van de vergoedingsregeling. 4 van 9 taalwetenschappers geven aan dat het aantal cliënten dat zij behandelen is afgenomen (met gemiddeld 21 cliënten per jaar) sinds de invoering van de vergoedingsregeling. Deze cijfers sluiten aan bij het beeld dat door de beroepsvereniging Dysling is geschetst.

5.8.4 Opleiding tot dyslexiespecialist

Op meerdere hogescholen in Nederland is het mogelijk om een opleiding te volgen tot dyslexiespecialist door de Master SEN (Special Educational Needs) te volgen. Tijdens deze post-HBO opleiding kunnen bijvoorbeeld remedial teachers en logopedisten zich verdiepen op het gebied van handelingsgerichte diagnostiek en behandeling van dyslectische leerlingen. Na contact met een van de opleidingsinstituten, namelijk Fontys/OSO, blijkt dat deze opleiding sinds 1999 bestaat en dat er per jaar ongeveer 40 studenten afstuderen bij deze opleiding.

Het afronden van deze opleiding is bij zowel de LBRT als NVLF een vereiste om geregistreerd te kunnen worden in het dyslexiebestand. Daarnaast eisen zij praktijkervaring en het up to date houden van kennis en ervaring door middel van scholing en deelname aan intervisiegroepen. Alleen onder die voorwaarden zien zowel het LBRT als de NVLF een logopedist of remedial teacher geschikt als medebehandelaar.

Volgens Blomert mogen deze dyslexiespecialisten niet worden ingezet binnen de vergoedingsregeling. De rol voor deze dyslexiespecialisten kan bestaan uit het behandelen en ondersteunen van zwakke leerlingen. Dit zijn kinderen die moeite hebben met lezen en spellen, maar die geen diagnose ernstige, enkelvoudige dyslexie hebben.

Vanuit de behandelpraktijken wordt er verschillend gedacht over deze opleiding tot dyslexiespecialist. Sommige behandelinstellingen geven aan dat de eigen interne opleiding beter is dan de opleiding tot dyslexiespecialist en alleen vertrouwen hebben in de kwaliteit van de remedial teachers en logopedisten die zij zelf hebben opgeleid.

Ook is het mogelijk om op universitair niveau tot dyslexiespecialist te worden opgeleid. Zo biedt de Rijksuniversiteit Groningen de Master Algemene Taalwetenschap, waarin binnen de afstudeerrichting neurolinguïstiek men zich kan specialiseren in taalontwikkelingsstoornissen, waaronder dyslexie.

5.9 Hoe is de kwaliteit van ondersteuning op scholen?

Hier wordt de kwaliteit van de ondersteuning van de scholen op het gebied van de dyslexiezorg in de praktijk besproken. Voor de voortgang van de behandeling zijn drie partijen belangrijk. Allereerst het behandelinstituut, hier vindt wekelijks de behandeling plaats. Daarnaast de cliënt en de ouders, van hen wordt verwacht dat er minimaal vier keer per week met het kind geoefend wordt. En als laatste de school, van hen wordt ondersteuning verwacht bij de dyslexiebehandeling.

In het protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert, 2006) staat dat de school dient te worden geïnformeerd over de aard en duur van de behandeling en eventueel over de resultaten. Daarnaast geldt dat de dyslexiebehandelingen en de begeleiding van de leerling op het gebied van dyslexie op school op elkaar afgestemd moet worden. Het verschilt per school hoeveel interesse er voor deze betrokkenheid en afstemming is. In de meeste gevallen neemt de behandelpraktijk contact op met de school bij de start van de behandeling om af te stemmen. Tevens wordt er dan afgesproken met welke regelmaat er contact zal zijn. Dit is afhankelijk van de wensen van de docent, soms vindt dit contact wekelijks plaats, maar meestal vindt het contact elke 3 maanden plaats, omdat er dan ook een evaluatie heeft plaatsgevonden. In sommige gevallen is er weinig interesse vanuit de school en is er tijdens het verloop van de behandeling nauwelijks contact met de school. De ervaringen van de behandelinstellingen met de rol van de school tijdens de behandeling zijn wisselend en vaak afhankelijk van de individuele school en/of het individu binnen de school. De ene school, de ene intern begeleider en/of leraar vult deze rol beter in dan de andere. Overigens zijn er ook gevallen waarin het juist de behandelaar is die weinig tot geen afstemming zoekt, terwijl de school daar wel om vraagt.

5.10 Kwaliteit en toezicht vanuit het perspectief van de overheid

In deze paragraaf zal de kwaliteit en het toezicht vanuit het perspectief van de overheid worden behandeld. Welke partijen houden zich namens de overheid bezig met kwaliteit van en toezicht op de vergoede dyslexiemarkt en op welke manier gebeurt dit. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg kan immers niet alleen door de kwaliteitsinstellingen, de aanbieders en de zorgverzekeraars gedragen worden. Enige mate van toezicht op de kwaliteit van de zorg door de overheid is gewenst. De overheid heeft de verantwoordelijkheid om te waarborgen dat de zorg voor iedereen toegankelijk is, dat de kwaliteit van de aangeboden zorg voldoende is en dat de belangen van de patiënt niet in het geding komen. Een samenspel van de inspectie van de gezondheidszorg

(IGZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het ministerie van VWS moet deze waarborg realiseren.

Het blijkt dat er op dit moment nauwelijks actief toezicht wordt gehouden op de dyslexiezorg. De inspectie van de gezondheidszorg is verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg en kijkt hierbij vooral naar risicoprofielen van organisaties. Eerst brengt de inspectie in kaart waar de risico's voor de kwaliteit van de zorg groot zijn. Vervolgens spoort zij via inspectiebezoeken of handhavingsmaatregelen zorgaanbieders aan tot kwaliteitsverbetering. Tot nog toe zijn geen signalen bij de IGZ binnengekomen waaruit blijkt dat er risico's zijn met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. Inspectiebezoeken of andere handhavingsmaatregelen zijn dan ook niet aan de orde.

De NZa heeft als taak een goed werkende zorgmarkt te maken en te bewaken. Dit doet zij samen met de sector en daarbij staan de belangen van de patiënt centraal. De NZa houdt toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de zorgmarkt en kijkt of zij de wet en de condities voor marktwerking naleven. De NZa kan ingrijpen op het moment dat de belangen van de patiënt in het geding komen door een verstoorde marktwerking. De NZa kan onderzoek doen naar de werking van de zorgmarkt, de wijze van contractering door zorgverzekeraars en de posities van de verschillende zorgaanbieders en overige betrokkenen. De NZa neemt altijd de belangen van de patiënt als uitgangspunt om een onderzoek te starten. Tot nog toe zijn er geen signalen bij de NZa binnengekomen die aanleiding tot een onderzoek vormden (interview met NZa, 2011). NIP en NVO hebben aangegeven dat zij van mening zijn dat de NZa haar rol als marktmeester niet adequaat vervult (interview NIP/NVO, 2010 en 2011). De NZa is door NIP en NVO gewezen op knelpunten op de volgende terreinen: toetredingsbarrières voor zorgaanbieders, overtreden van privacyregels en druk op de kwaliteit van de zorg (door het niet autonoom kunnen inrichten van behandeltrajecten en de inzet onderwijsprofessionals in de zorg). De NZa heeft aangegeven niet tot onderzoek over te gaan omdat de kwaliteit niet in het geding is zolang volgens protocol gehandeld wordt en het belang van de patiënt de primaire focus is. Toetredingsbarrières voor zorgaanbieders worden onderzocht wanneer het bestaan van barrières leidt tot verminderde toegankelijkheid van zorg en/of verminderde kwaliteit van zorg. De NZa is van mening dat dit nu niet het geval is en gaat dan ook niet over tot nader onderzoek (interview NZa, 2011).

Het ministerie van VWS heeft gewoonlijk geen rol op het gebied van toezicht. VWS kan binnen het werkplan van de IGZ vragen om thematisch onderzoek of aandacht voor een bepaald zorgonderdeel. Tot op heden is dit niet gedaan. Ook kan de NZa gevraagd worden een onderzoek uit te voeren wanneer er signalen zijn van een verstoorde marktwerking. De toezichthoudende partijen zien onvoldoende aanleiding een onderzoek te starten. Kortom, het verdient aanbeveling dat de dyslexiesector er zelf in gezamenlijkheid voor zorgt dat er overeenstemming bestaat over de geldende kwaliteitsindicatoren en kwaliteitscontroles.

De onderwijsinspectie kijkt bij het toezicht op scholen naar leesonderwijs en de begeleiding van leerproblemen door middel van thematisch onderzoek. Hierbij komt regelmatig ook dyslexiebehandeling aan de orde. Er wordt bekeken wanneer wordt gewerkt met behandelingsplannen en extra begeleiding van leerlingen. In sommige gevallen wordt zelfs specifiek het gebruik van het dyslexieprotocol genoemd en wordt bekeken of er voldoende signaleringsinstrumenten worden gebruikt om dyslexie aan te tonen. Uit deze inspecties blijkt dat er

grote verschillen bestaan tussen scholen en dat niet alle scholen voldoende bezig zijn met het signaleren van dyslexie en het begeleiden van leerlingen met leesproblemen (gesprek met ministeries van VWS en OCW, 2010).

5.11 De overall kwaliteit van de vergoede dyslexiezorg

Tot slot wordt hier ingegaan op de totale kwaliteit van de dyslexiezorg en het effect van de invoering van de vergoedingsregeling op deze kwaliteit. In de vorige paragrafen zijn deelaspecten besproken en is aangegeven wat de actoren doen om de kwaliteit te verhogen en waarborgen. Hier wordt de kwaliteit van de dyslexiezorg als geheel besproken en wordt het totaalbeeld geschetst. Vooral zullen we proberen aan te geven of de kwaliteit is toegenomen na de invoering van de vergoedingsregeling.

Het lijkt er op dat de invoering van de vergoedingsregeling en de invoering van het protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling (Blomert, 2006) hebben geleid tot een verbetering in de kwaliteit in de dyslexiezorg. Uit de internetvragenlijst blijkt dat 64% van de respondenten (n=243) vindt dat de kwaliteit duidelijk of enigszins verbeterd is sinds de invoering van de vergoedingsregeling. Slechts 7% van de respondenten vindt dat er sprake is van een duidelijke of enige verslechtering van de kwaliteit. De overige respondenten, 29%, geeft aan dat er geen sprake is van een verbetering of verslechtering van de kwaliteit. In de interviews (2010 en 2011) zijn de volgende punten genoemd ten aanzien van de toename van de kwaliteit na de invoering van de vergoedingsregeling:

- Ondanks de verschillende standpunten van KD en NRD heeft de oprichting van deze twee kwaliteitsinstituten ervoor gezorgd dat er meer aandacht is voor kwaliteit bij de zorgaanbieders en dat er meer kwaliteitscontroles worden uitgevoerd. De oprichting van KD en NRD is dan ook een kwaliteitsimpuls voor de dyslexiesector. Wel geldt dat de meningsverschillen en het gebrek aan afstemming van de instituten er toe leidt dat het volledige potentieel van een instantie als een kwaliteitsinstituut nog niet wordt benut. NIP en NVO geven aan dat zij de eisen van de kwaliteitsinstituten niet als toegevoegde waarde zien voor de kwaliteit van de dyslexiezorg.
- De kwaliteit van de scholen op het gebied van het signaleren en begeleiden van kinderen met dyslexie is toegenomen. Scholen die ervaring hierin hebben opgedaan, hebben meer kennis van dyslexie en vullen de toeleidersrol steeds beter in.
- De invoering van het protocol heeft ervoor gezorgd dat de gebruikte behandelmethoden en de kwaliteit van de behandelaars over de gehele linie verbeterd zijn. Er worden alleen nog maar behandelmethoden gebruikt die passen binnen het protocol en er is bijvoorbeeld geen plek meer voor de zogenaamde “dyslexietherapieën” (incl. speciale brillen, diëten, muziekmethodes enz.). Wel is een doorontwikkeling van het protocol mogelijk en gewenst. Ook kan nader gespecificeerd worden welke beroepsgroepen wel/niet en onder welke voorwaarden als medebehandelaar kunnen functioneren en wat de geldende definitie en het nut van multidisciplinair samenwerken is. Ook dit zal leiden tot een verdere kwaliteitstoename.
- De zorgverzekeraars varen op de twee kwaliteitsinstituten om zicht te houden op de kwaliteit van de dyslexiezorg en hebben het gevoel op hun beurt de kwaliteit van de instituten te moeten monitoren. Voor hen is het dan ook lastig om de kwaliteit te

beoordelen, een duidelijke en algemeen geaccepteerde lijst met kwaliteitseisen en – indicatoren kan de overall kwaliteit en het gevoel van zekerheid van de verzekeraars wellicht verder verbeteren en de administratieve lasten van alle partijen terugbrengen.

- Uiteindelijk zal het dyslexieveld moeten aantonen dat de kinderen de juiste zorg krijgen en baat hebben bij de zorg en een betere plek krijgen in de samenleving als gevolg van onder meer blijvende positieve effecten voor wat betreft lezen en spellen. Langjarige effectmetingen van een selectie van door het veld geaccepteerde en gebruikte behandelmethoden zal dit moeten aantonen. Gezamenlijk optrekken van het veld op dit terrein kan ervoor zorgen dat de kwaliteit van de dyslexiezorg ook op de korte termijn verder toeneemt.

Hoofdstuk 6 Resultaten ten aanzien van de betaalbaarheid

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de betaalbaarheid van de dyslexiezorg na de invoering van de vergoedingsregeling. Sinds de invoering van de vergoedingsregeling in 2009 is onvoldoende tijd verstreken om een volledig beeld te geven over meerdere jaren. Daar is een duidelijke verklaring voor. Een gemiddelde dyslexiebehandeling duurt 40 tot 60 weken, zoals vastgesteld tijdens de nulmeting van de NZa. Daarbij kan het aanleveren van DBC-gegevens na afronding van de behandeling nog een jaar duren. Het is mogelijk om over het jaar 2009 een nagenoeg volledig beeld te geven. Bij de jaren 2010 en 2011 plaatsen wij de kanttekening dat de totale omvang van de zorg nog niet zeker is. Dit hoofdstuk presenteert de op dit moment beschikbare informatie met betrekking tot de betaalbaarheid van de dyslexiezorg na de invoering van de vergoedingsregeling. Hiertoe wordt kwantitatieve informatie gebruikt, afkomstig van het DBC Informatie Systeem (DIS), het KD en het NRD. Ter aanvulling op deze kwantitatieve bronnen zijn kwalitatieve middelen ingezet die ingaan op onderwerpen met betrekking tot de betaalbaarheid van de dyslexiezorg. In dit hoofdstuk gaan we, in lijn met de onderzoeksvragen, achtereenvolgens in op de wijze waarop de DBC-systematiek gehanteerd wordt (6.1); de wijze waarop de dyslexiezorg gecontracteerd wordt (6.2), de instroom en doorlooptijden (6.3), de tarieven en inkomenseffecten (6.4) de administratieve lasten voor de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars (6.5) en de kosten op macroniveau (6.6). In de conclusie (6.7) gaan we in op de beantwoording van de onderzoeksvragen.

6.2 Systematiek

Zorgaanbieders geven aan dat voor een groot deel van hen het werken volgens de DBC-systematiek volledig nieuw was bij de invoering van de vergoedingsregeling. Deze paragraaf gaat in op de mate waarin zorgaanbieders de DBC-systematiek adequaat hanteren.

Omdat zorgtrajecten een gemiddelde doorlooptijd hebben van 40 tot 60 weken en aanlevering van gegevens bij het DIS met name kort na de invoering van de vergoedingsregeling een lange aanleverperiode hadden, is er vanuit de kwantitatieve data nog weinig bekend over het adequaat hanteren van de DBC-systematiek. Wel zijn er tijdens de eerste en de tweede meting signalen ontvangen waaruit blijkt dat het hanteren van de DBC-systematiek niet bij alle zorgaanbieders uniform en volgens de regels verloopt.

Zoals vastgesteld in de beleidsmaatregel van de NZa kan dyslexiezorg geregistreerd worden op de productcodes 'overige kindertijd' en 'diagnostiek'. De gegevens van het DIS laten zien dat de regels zoals vastgesteld bij de implementatie van de vergoedingsregeling niet strikt gehanteerd worden. Gegevens van het DIS zijn inconsistent met de regels wat betreft de registratie van de diagnose, het schrijven van directe en indirecte uren en het registreren op volgens de beleidsmaatregel uitgesloten productcodes. DBC-Onderhoud geeft aan dat de uitsluitingen die in de beleidsmaatregel zijn aangegeven, niet conform DBC-systematiek zijn opgebouwd en onlogisch zijn. DBC-Onderhoud heeft mogelijkheden tot verruiming van de beleidsmaatregel bij VWS aangekaart (DBC-Onderhoud, 2011). Een kenmerk van ernstige, enkelvoudige dyslexie is dat het niet voor mag komen in combinatie met andere stoornissen. Toch komt het in de gegevens van het DIS voor dat een

diagnose is gesteld op meerdere assen. Dit is een indicatie van comorbiditeit, wat betekent dat het desbetreffende kind geen *enkelvoudige* dyslexie heeft en dus niet in aanmerking hoort te komen voor de vergoedingsregeling. Dit komt echter vrij weinig voor. Daarnaast blijkt uit de gegevens van het DIS dat er tijd op de productcodes 'behandeling kort' en 'indirect' wordt geregistreerd, terwijl dyslexiezorg volgens de beleidsmaatregel geregistreerd hoort te worden onder de productcodes 'diagnostiek' en 'overige kindertijd'. De mate waarin registratie op 'verkeerde' productcodes voorkomt neemt over de jaren snel af naar zo'n 1,5 % in 2010. In verdere hoofdstukken behandelen we een aantal aannemelijke verklaringen voor het afwijken van de regels omtrent het schrijven op DBC's. Bij het interpreteren van resultaten in dit hoofdstuk moet rekening gehouden worden met de problemen die zorgaanbieders ervaren bij het registreren van DBC-gegevens.

Uit de interviews met zorgaanbieders blijkt dat het hanteren van de DBC-systematiek moeizaam verloopt. Het invoeren van de gegevens kost veel extra tijd. Het DBC-systeem sluit niet goed aan op systemen die door kwaliteitsinstituten of in de eigen praktijk gebruikt worden. Ook is er onduidelijkheid over de regelgeving behorende bij de DBC-systematiek. Zo geven zorgaanbieders aan dat sommige praktijken niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid indirecte tijd te schrijven. Een zorgaanbieder omschrijft de situatie door aan te geven dat de DBC-systematiek niet adequaat is voor de dyslexiezorg.

Ook zorgverzekeraars geven aan niet gelukkig te zijn met de keuze voor het toevoegen van dyslexiezorg aan een bestaande DBC. Zo is het voor de zorgverzekeraar niet inzichtelijk om welk type stoornis en daaropvolgend de geleverde zorg het gaat wanneer er onder 'kindertijd overige' geschreven wordt. DBC-Onderhoud geeft aan in samenwerking met het veld mogelijkheden tot verbetering van de registratie te willen verkennen.

Deze signalen geven aan dat er problemen zijn met het hanteren van de DBC-systematiek door zorgaanbieders vanwege ingewikkelde regelgeving en een veelvoud aan registratie. Zorgverzekeraars geven aan onvoldoende informatie te verkrijgen uit de huidige wijze van registreren.

6.3 Gecontracteerde zorg

Bij de invoering van de vergoedingsregeling dyslexiezorg is gekozen om dyslexie in een concurrerende markt te zetten. Dit houdt in dat zorgverzekeraars vrij zijn hun eigen inkoopbeleid te voeren. Dit leidt tot verschillen in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

Om een globaal overzicht van de gecontracteerde zorg te krijgen, kijken we naar de vier grootste zorgverzekeraars in Nederland, op basis van het aantal verzekerden. De voorwaarden zijn weergegeven zoals deze worden gecommuniceerd aan cliënten en zoals aangeboden aan zorgaanbieders. Dit geeft op hoofdlijnen een overzicht van de polissen zoals gehanteerd door deze zorgverzekeraars.

Zorgverze- raar	Diagnostiek	Aantal behandeling- en	Aansluiting bij kwaliteitsinstituut als voorwaarde voor contract?	Maximum- tarief*	Restitutiepercen- tage** (niet gecontracteerde aanbieders)
Achmea	Ja	Max 6000 minuten of 60 behandeling- en	Nee; Contract met SBG (KZN)	85%	80%
UVIT	Ja		Ja; KD of NRD	75%	78%
CZ	Ja	70 zittingen (60 minuten)	Ja; KD of NRD	80%	75%
Menzis	Ja 15 uur	Max 60 uur behandeling	Ja; KD of NRD	85%, 3000- 5999 min. 72%	80%

Tabel 2: Overzicht met contractvoorwaarden 2011

**Maximumtarief= Het maximumpercentage van de DBC-tarieven dat wordt uitgekeerd aan de zorgaanbieders door de zorgverzekeraars.*

***Restitutiepercentage= Wanneer de verzekerde de behandeling laat uitvoeren door een niet-gecontracteerde aanbieder, dan krijgt de verzekerde dit percentage vergoed van het gemiddelde overeengekomen tarief met gecontracteerde zorgverleners. In de praktijk komt dit neer op ongeveer 65% van het maximum DBC-tarief.*

De grote zorgverzekeraars hanteren verschillende maximumtarieven. Uit de gegevens van het DIS blijkt dat in de praktijk de gemiddelde verkoopprijs 83% van het DBC-tarief bedraagt. Dit sluit aan bij het beeld dat de maximumtarieven geven op basis van de door de vier grootste zorgverzekeraars gehanteerde contractvoorwaarden.

Het aantal gestelde diagnoses ernstige, enkelvoudige dyslexie zonder behandeling bij dezelfde zorgaanbieder tot gevolg is als volgt (uit de DIS gegevens):

2009 251 (totaal 513 DBC's; 48,9%)

2010 612 (totaal 3650 DBC's; 16,8%)

2011 321 (totaal 3803 DBC's; 8,4%)

Mogelijkerwijs worden deze aantallen (enigszins) vertekend door:

- Mogelijk foutieve registratie van zorgaanbieders: zij openen een nieuwe DBC nadat het diagnostische traject afgerond is, terwijl er onder dezelfde DBC geschreven hoort te worden. Dit is echter niet verder onderzocht. De sterke dalende trend kan erop wijzen dat zorgaanbieders inmiddels de regels beter kennen.

- De cliënt volgt de behandeling bij een andere zorgaanbieder dan waar de diagnostiek plaatvond: in het DIS krijgt een kind dan een nieuw zorgtraject ID. Uit interviews (2011) met zorgaanbieders is naar voren gekomen dat het hen opvalt dat het vaker gebeurt dat cliënten naar hen toekomen voor behandeling, terwijl de diagnose al bij een andere aanbieder is uitgevoerd.

Het aantal gestelde diagnoses ernstige, enkelvoudige dyslexie met behandeling bij dezelfde zorgaanbieder tot gevolg is als volgt (uit de DIS gegevens):

2009 262 (totaal 513 DBC's; 51,1%)

2010 3038 (totaal 3650 DBC's; 83,2%)

2011 3482 (totaal 3803 DBC's; 91,6%)

Mogelijkerwijs worden deze aantallen (enigszins) vertekend doordat DIS alleen DBC's weergeeft. Wanneer een DBC langer duurt dan 365 dagen dan wordt deze administratief afgesloten en volgt een vervolg-DBC voor dezelfde cliënt. Het aantal zorgtrajecten kan dus (iets) lager liggen.

6.3.1 Bevoorschottingsafspraken

Sommige zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid tot bevoorschottingsafspraken met gecontracteerde zorgaanbieders. Zorgaanbieders sluiten bij zorgverzekeraars een betaalovereenkomst of contract af. Op basis van het onderhanden zijnde werk wordt door sommige zorgverzekeraars voorgefinancierd. Achmea hanteert bijvoorbeeld een inkoopbeleid waarbij de helft van de door de zorgaanbieder verwachte declaraties op jaarbasis als grondslag genomen wordt voor de bevoorschotting. Voor vrijgevestigde aanbieders blijkt het in de praktijk soms lastig om een bevoorschottingsafpraak te maken, omdat het regelen van de bevoorschotting een grote administratieve drempel vormt. Het is voor vrijgevestigden soms aantrekkelijker om een lening bij een bank af te sluiten.

Er zijn ook zorgverzekeraars die geen bevoorschottingsafspraken maken (interview met zorgaanbieders, 2010). In dat geval kan de zorgaanbieder met eigen middelen of via een bank voorfinancieren. Zorgverzekeraars willen na verloop van tijd kritischer naar de bevoorschottingsafspraken kijken. Zij zijn dan ook steeds beter in staat om een inschatting te maken van een reële bevoorschotting op basis van hun ervaring met de vergoeding van dyslexiezorg.

6.3.2 Productieafspraken

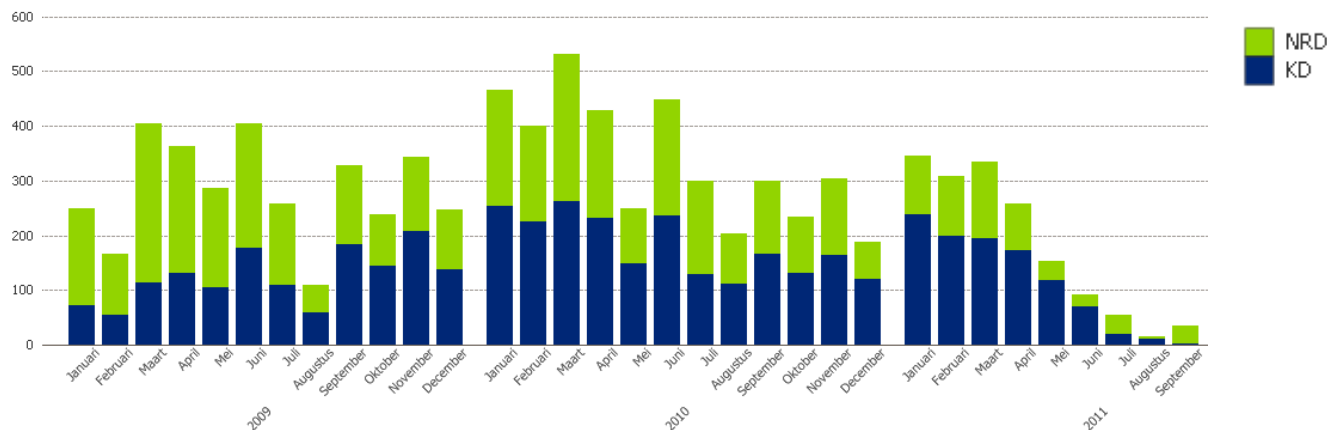
Zorgverzekeraars geven aan momenteel geen aanleiding te zien om productieafspraken aan te gaan met zorgaanbieders. Het plafond van het budget wordt niet bereikt (zoals in komende hoofdstukken toegelicht wordt). Bovendien zijn er momenteel wachtlijsten en is de verwachting dat, na uitbreiding van de dyslexieregeling met de 11- 12- en 13-jarigen, de vraag naar dyslexiezorg zal stijgen. Daarbij zijn zorgverzekeraars van mening dat er onvoldoende inzicht is in de volumeontwikkelingen binnen de dyslexiezorg om over te gaan tot weloverwogen productieafspraken.

6.4 Instroom en doorlooptijden

6.4.1 Instroom

Om inzicht te krijgen in de instroom van kinderen in de dyslexiediagnostiek en -behandeling is er een overzicht gemaakt van het aantal zorgtrajecten dat is aangemeld bij het KD en bij het NRD. Omdat de dataset van het DIS alleen gesloten DBC's laat zien en niet zeker is of het zorgtraject is beëindigd, geeft dit geen volledig beeld over de reeds gestarte trajecten. De resultaten laten alleen gegevens zien van de instellingen die aangesloten zijn bij het KD en bij het NRD, vrijgevestigde aanbieders worden hierbij buiten beschouwing gelaten. Het aantal aanmeldingen bij het KD en NRD geeft wel een vrij volledig beeld. Drie van de vier grote zorgverzekeraars geven in hun inkoopvoorwaarden aan alleen contracten te sluiten met aanbieders aangesloten bij het KD dan wel NRD. Daarnaast schatten diverse experts dat ongeveer 90% van de behandelingen momenteel verlopen via instituten die zijn aangesloten bij KD of NRD.

Bij het interpreteren van de resultaten moet rekening gehouden worden met achterstand in de aanlevering van de gegevens. De gegevens van 2011 zijn nog niet door alle aanbieders aangeleverd.



Figuur 7: Aanmeldingen KD en NRD opgeteld

Over het algemeen is een trendbeweging te zien in de loop van de jaren. Zowel in 2009, 2010 als in 2011 ligt het aantal aanmeldingen in de eerste paar maanden van het jaar het hoogst. Het is aannemelijk dat het opstellen van het leerlingendossier hier een rol speelt. Over een periode van minimaal 6 maanden moet de school testresultaten bijhouden en opnemen in dit dossier. Wanneer aan het begin van het schooljaar gestart wordt met de opbouw van het leerlingendossier is na een periode van 6 maanden voldoende informatie beschikbaar om een kind door te verwijzen naar de dyslexiezorg.

In de zomermaanden neemt het aantal aanmeldingen af. Scholen hebben zomervakantie in de maanden juli en augustus. Logischerwijze is de school dan niet in staat om hun toeleidersrol uit te oefenen, waarmee zij de eerste schakel in de gang naar dyslexiezorg zijn. De aanmeldingen die wel plaatsvinden in de zomer zijn waarschijnlijk verlate aanmeldingen van de maanden ervoor.

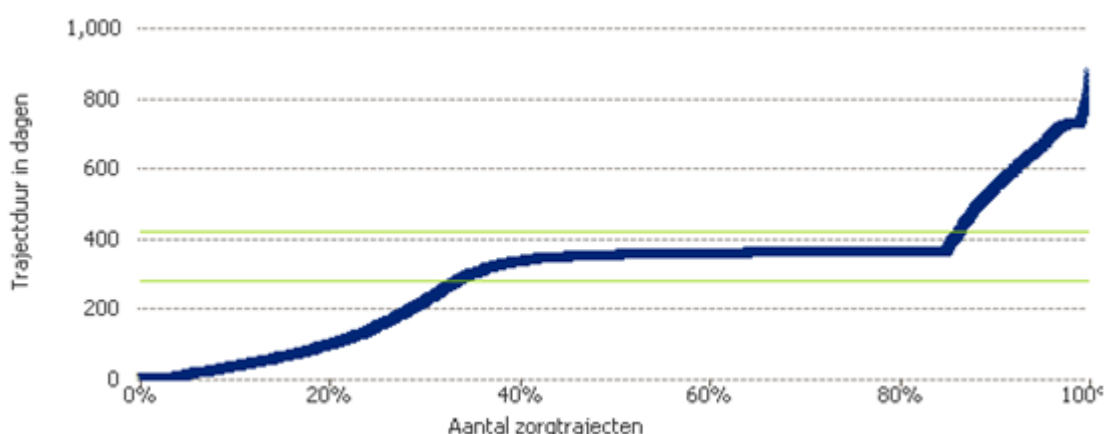
De voorlopige conclusie lijkt dat het aantal aanmeldingen in de eerste helft van 2010 hoger lag dan in de eerste helft van 2011, waarmee het aantal aanmeldingen lijkt af te nemen. Omdat het jaar

2011 nog niet compleet is, kunnen wij niet met zekerheid spreken van een toename of afname in het aantal aanmeldingen. De enige solide uitspraak over verwachte groei van het aantal aanmeldingen komt voort uit de uitbreiding van de vergoedingsregeling. In de jaren 2012 en 2013 wordt de vergoedingsregeling dyslexiezorg op basis van het ingroeimodel uitgebreid, zodanig dat per 2013 kinderen vanaf 7 jaar of ouder in het primaire onderwijs gebruik van deze vergoedingsregeling kunnen maken. Daarnaast is het bestaan van wachtlijsten een teken dat het aantal aanmeldingen in ieder geval niet afneemt.

Op basis van de beschikbare data is het niet mogelijk om iets te zeggen over het opnieuw instromen van kinderen. Een zorgtraject kan uit meerdere DBC's bestaan. Het is mogelijk dat de volledige behandeling boven de 52 weken uitkomt en dus niet in één DBC geregistreerd wordt. In dat geval wordt er een vervolg-DBC aangemaakt. Omdat pas sinds 2009 volgens de DBC-systematiek wordt gewerkt en de aanlevering bij het DIS in het uiterste geval een jaar achter kan lopen, is nog onvoldoende tijd verstreken om degene die opnieuw instromen te onderscheiden. Dit wordt bovendien bemoeilijkt door de wijze van registreren van zorgtrajecten. Wanneer een patiënt bij een andere zorgaanbieder opnieuw instroomt, wordt er een nieuw zorgtraject aangemaakt en is dus niet te herleiden of er eerder een dyslexiebehandeling heeft plaatsgevonden. DBC-Onderhoud geeft aan dat dit in de toekomst wel mogelijk wordt. Door DBC's te pseudonimiseren kunnen cliënten in de toekomst ook tussen zorginstellingen gevolgd worden.

6.4.2 Doorlooptijden

Er kan op twee manieren gekeken worden naar de doorlooptijden: per DBC en per zorgtraject. Wij kiezen er voor om de doorlooptijd per zorgtraject in kaart te brengen, omdat op deze manier inzichtelijk wordt gemaakt wat de doorlooptijd per patiënt is. In de dyslexiezorg komt het voor dat een zorgtraject uit meerdere DBC's bestaat wegens de vrij lange doorlooptijd van de behandeling. Die vormen samen het zorgtraject. Figuur 8 laat alle zorgtrajecten zien, waarbij de doorlooptijd is berekend op basis van het verschil tussen de datum van de eerste behandelactiviteit en de datum van de laatste behandelactiviteit.



Figuur 8. Doorlooptijd per zorgtraject in aantal dagen, met bandbreedte aantal behandeldagen volgens protocol (280 dagen/40 weken tot 420 dagen/60 weken)

Gemiddeld duurt een dyslexiebehandeling tussen de 40 en 60 weken; dus tussen de 280 en 420 dagen. In bovenstaande figuur wordt door middel van een curve aangegeven hoe de doorlooptijden van zorgtrajecten eruit ziet, geselecteerd op de datum van de eerste, en de laatste behandelactiviteit. Uit de grafiek blijkt dat ongeveer 85% van de zorgtrajecten 365 dagen of korter duurt. Het valt op dat een groot deel van de zorgtrajecten (van ongeveer 50% tot en met ongeveer 85%) 365 dagen duren. Dit omvat dus een kalenderjaar. Aannemelijke reden voor dit verschijnsel is administratief: men kan wachten met het officieel afsluiten van de DBC tot het wegens het verstrijken van het volledige jaar verplicht is de DBC te sluiten. Ongeveer 85% van de zorgtrajecten heeft een doorlooptijd die korter dan de norm van 60 weken is. Dat betekent dat 15% van de zorgtrajecten langer dan de volgens het protocol aangegeven normen duurt. Het gros van de zorgtrajecten (volledige behandelingen) vindt dus ruim binnen de 60 weken plaats.

6.5 Tarieven en inkomenseffecten

De tarieven voor de DBC 'overige stoornissen in de kindertijd' zijn opgesteld door DBC Onderhoud en vastgesteld door de NZa. Deze tarieven zijn tot stand gekomen voordat dyslexiezorg is toegevoegd aan de DBC. De tarieven zijn dus niet afgestemd op de specifieke kosten voor diagnostiek en behandeling van het bieden van dyslexiezorg. In tabel 2 zijn de vastgestelde tarieven per productgroep weergegeven in de jaren 2009, 2010 en 2011. Zorgverzekeraars hebben in het contract met de zorgaanbieder opgenomen welk percentage van het maximumtarief zij uitkeren. Volgens de data uit het DIS komt de gemiddelde verkoopprijs gehanteerd door zorgverzekeraars neer op 83% van het DBC-tarief. In de nulmeting van de NZa was dit nog 95%.

6.5.1 Declaraties van DBC's

Om aanvullend inzicht te krijgen in de declaraties van DBC's en de daaraan verbonden kosten (declaratiegedrag), hebben wij over de jaren 2009, 2010 en 2011 inzichtelijk gemaakt wat het volume per productgroep is, gekoppeld aan de gemiddelde verkoopprijs zoals gehanteerd door zorgaanbieders. Zoals bij alle gerapporteerde data moet rekening gehouden worden met het ontbreken van nog openstaande DBC's over de jaren 2010 en 2011.

Dyslexie vallend onder de vergoedingsregeling hoort geregistreerd te worden onder de diagnosecode as1_1.01.01. Op as 3 wordt vastgelegd dat het om een enkelvoudige stoornis gaat. Uit de resultaten van het DIS komt naar voren dat gedeclareerd wordt onder de niet-toegestane productcodes 'behandeling kort' en 'indirect'. De registratie op de productcode 'behandeling kort' is goed te verklaren. De productcode 'overige stoornissen kindertijd' wordt namelijk middels DBC-systematiek aangesproken wanneer er minimaal 250 minuten directe tijd (met de patiënt) heeft plaatsgevonden, zoals ook te zien is in tabel 2. In de GGZ worden behandelingen korter dan 250 minuten directe tijd onder de productcode 'behandeling kort' geregistreerd. Er is echter tijdens de invoering van de vergoedingsregeling en de aanvullende beleidsmaatregel geen rekening gehouden met het voorkomen van bijvoorbeeld een verhuizing van een patiënt, met als gevolg het overstappen naar een andere zorgaanbieder. Het is dan mogelijk dat de eerste behandelaar minder dan 250 minuten directe behandeltijd heeft geboden en de gemaakte tijd daarom volgens het systeem niet geregistreerd kan worden onder 'overige stoornissen kindertijd'. In dat geval wordt middels DBC-systematiek de productcode 'behandeling kort' aangesproken. In 2009 zijn 15 DBC's geregistreerd onder 'behandeling kort', dit is 2.9% van het totaal aantal DBC's. In 2010 bedroeg dit

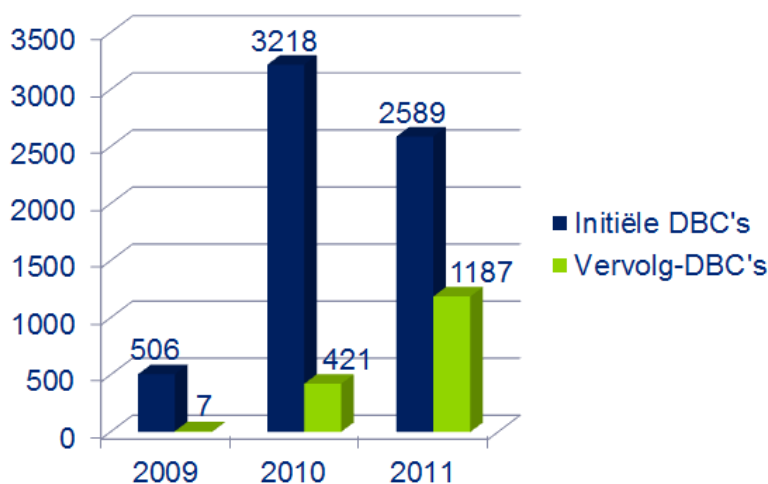
getal 110, ofwel 3,0%. In 2011 zijn 94 DBC's gedeclareerd onder 'behandeling kort', wat 2,5% van het totaal aantal gedeclareerde DBC's tot nu toe bedraagt. Sinds de invoering van de vergoedingsregeling lijkt de aanspraak op de productcode 'behandeling kort' vrij stabiel tussen de 2,5% en 3,0% van het totaal aantal gedeclareerde DBC's te liggen. Hieruit blijkt dat de beleidsmaatregel niet aansluit op de werking van de DBC-systematiek. Om dit punt wat betreft registratie te verhelpen, lijkt het logisch de beleidsmaatregel te verruimen zodat de registratie volgens DBC-systematiek gevolgd wordt.

Bijlage C geeft een overzicht van de voorkomende productgroepen, hoe vaak onder de productgroepen geregistreerd wordt en de totale kosten op basis van de gemiddelde verkoopprijs. Deze prijs laat de totale kosten van de afgeronde DBC's per kalenderjaar zien.

In het jaar 2009 is het laagste aantal DBC's gedeclareerd, in het jaar 2010 ligt dit aantal vele malen hoger. In 2011 valt op dat het aantal gedeclareerde DBC's al hoger ligt dan voorgaande jaren, ondanks dat het jaar nog niet is afgerond. Dat is te verklaren omdat deze dataset alleen afgeronde DBC's laat zien. Daarbij kan er in het uiterste geval een jaar liggen tussen het afronden van een DBC en het verwerken van de gegevens in de data van het DIS. Dit houdt in dat een DBC die in 2010 is afgerond, in 2011 gesloten kan worden. Omdat de vergoedingsregeling in 2009 is ingevoerd, is het vanzelfsprekend dat er in 2009 weinig DBC's afgerond zijn, gelet op de gemiddelde behandelingstijd van 40 tot 60 weken.

Wat opvalt, is dat productcode 042 - overige kindertijd van 1800 tot en met 2999 minuten – in zowel 2010 als 2011 de meest voorkomende productcode is en daarbij ook het hoogste gedeclareerde bedrag geeft. In 2010 is bijna 46% onder deze productcode geregistreerd, in 2011 is dat ruim 51%. Omgerekend biedt deze productcode ruimte voor maximaal 50 uur aan geschreven tijd.

De tweede meest voorkomende productcode binnen de DBC 'overige kindertijd' is van 800 tot en met 1799 minuten (productcode 041), daarna de productcode 135. Dit geeft aan dat in het algemeen de meeste DBC's minder dan 2999 minuten bevatten: in 2010 besloeg dit 75% van de behandelingen, in 2011 ruim 76%. Gelet op het gemiddelde aantal behandelingen van 40 tot 60 betekent dit dat er relatief veel vervolg-DBC's geopend worden. Dit is weergegeven in figuur 2. De figuur laat zien dat in 2011 bijna de helft van de DBC's een vervolg-DBC betreft.



Figuur 9: Verhouding initiële en vervolg-DBC's (DIS)

Uit figuur 9 blijkt dat het aantal aanmeldingen ruim onder de aanname ligt, zoals deze gedaan is voorafgaand aan de invoering van de vergoedingsregeling. In de raming wordt op jaarbasis uitgegaan van 12.000 kinderen die in aanmerking komen voor diagnostiek en 5040 kinderen die in aanmerking komen voor behandeling. Uit figuur 9 blijkt echter dat voor diagnostiek en behandeling samen (zoals de DBC geregistreerd wordt) in 2010 bijvoorbeeld, slechts 3639 kinderen gediagnosticeerd en/of behandeld zijn. In 2011 bedraagt dit (tot nu toe) 3776 kinderen.

In zowel 2009, 2010 als 2011 wordt er op de productcode 'behandeling kort' geregistreerd. Zoals eerder genoemd is dit verklaarbaar door rekening te houden met voortijdig afgebroken behandelingen die korter dan 250 minuten directe tijd hebben omvat, of omdat de behandeling niet volledig in de voorgaande DBC geschreven kan worden wegens de 365-dagen termijn.

Ook is te zien in bijlage C dat het in alle jaren voorkomt dat er alleen indirecte tijd wordt geschreven, terwijl dit volgens de vergoedingsregeling niet toegestaan is. Een mogelijke verklaring voor het registreren van alleen indirecte tijd is het voorkomen van administratieve handelingen aan het einde van een zorgtraject. Wanneer een DBC wegens administratieve redenen gesloten moet worden maar het traject nog niet volledig is afgerond, kan het voorkomen dat men alleen nog indirecte tijd biedt. Denk hierbij aan overleg met scholen, ouders of andere betrokkenen. Deze tijd wordt dan in een vervolg-DBC geregistreerd onder de productcode 'indirect'. Uit de data is op te maken dat dit een heel klein percentage van de totale DBC's omvat: in 2009 nog 11,5%, in 2010 1,5% en in 2011 0,5%. Dit is een indicatie dat behandelaren in de loop der jaren beter om weten te gaan met de DBC-systematiek behorende bij dyslexiezorg.

Ook laat de tabel in bijlage C zien dat er geregistreerd wordt op de productcode 'diagnostiek'. Omdat ten behoeve van de analyse alleen data uit het DIS is opgevraagd waarbij de diagnose ernstige, enkelvoudige dyslexie is gesteld kan eigenlijk niet alleen geregistreerd worden op de productgroep diagnostiek. Dit omdat na het stellen van de diagnose, in principe behandeling volgt en de DBC vervolgens valt onder de productgroep 'kindertijd overig'. De DBC's die geregistreerd worden onder diagnostiek zijn dus trajecten waar wel de diagnose is gesteld, maar waar geen behandeling is gestart. Dit kan verschillende redenen hebben. De eerste reden lijkt van administratieve aard; het is goed mogelijk dat zorgaanbieders niet helemaal juist registreerden vlak na de invoering van de vergoedingsregeling. In 2009 zijn 513 DBC's onder 'diagnostiek' gedeclareerd, wat 48,9% van het totaal aantal DBC's bedraagt. Het is niet aannemelijk dat bijna de helft van de kinderen die de diagnose ernstige, enkelvoudige dyslexie hebben gekregen uiteindelijk geen behandeling hebben gevolgd. Aannemelijker is dan zorgaanbieders na het diagnostisch traject een nieuwe DBC openen voor de behandeling. Deze redenering wordt ondersteund door een afname van het percentage DBC's onder 'diagnostiek' naarmate de vergoedingsregeling langer van kracht is: in 2010 bedroeg het 612 DBC's (16,8% van de het totaal aan gedeclareerde DBC's in 2010) en in 2011 zijn dit er tot nu toe 321: 8,4% van het totaal aantal gedeclareerde DBC's tot nu toe. Hieruit blijkt dat zorgaanbieders inmiddels beter om weten te gaan met registratie volgens de DBC-systematiek. Een andere verklaring voor het registreren op de productgroep 'diagnostiek' is het uitblijven van de behandeling na de diagnosestelling of het volgen van de behandeling bij een andere zorgaanbieder.

Mogelijke reden voor het volgen van een behandeling bij een andere zorgaanbieder is een verhuizing van de cliënt of het aansluiten bij een zorgaanbieder met een minder lange wachttijd dan de praktijk die het diagnostisch traject uitvoerde. In dit onderzoek is dit niet nader onderzocht.

De kosten op macroniveau liggen opvallend lager dan het geraamde budget op basis van het ingroeimodel. Volgens het ingroeimodel, waarmee rekening is gehouden met de verwachte instroom in de dyslexiezorg, de gemiddelde behandelingsduur en het verwachte tarief per uur is geschat dat in 2009 de jaarlijkse kosten van de dyslexiezorg 27,9 miljoen euro bedragen. Omdat tot en met 2013 jaarlijks de doelgroep uitgebreid wordt met een leeftijdscategorie is geschat dat de kosten op jaarbasis met 1,4 miljoen zullen stijgen, met in 2013 dus een budget van 33,5 miljoen. In 2009 zijn de werkelijke kosten op basis van gedeclareerde DBC's en de door zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelde verkoopprijs bijna 678.000 euro. Dit ligt zeer ruim onder de gebudgetteerde 27,9 miljoen euro. In 2010 werd voor bijna 9,6 miljoen euro gedeclareerd, in 2011 – tot nu toe – 10,8 miljoen euro. Een mogelijke oorzaak voor de lage kosten kan liggen in de instroom van kinderen. Volgens de schattingen voor de invoering van de vergoedingsregeling stromen in 2009 al 5040 kinderen in in de vergoede behandeling van dyslexie (dus exclusief diagnostiek). Het totaal aantal aanmeldingen (diagnostiek en behandeling) in 2009 op basis van data van het KD en NRD opgeteld komt op ruim 3300 (zie hoofdstuk instroom). Hoewel het aantal aanmeldingen groeit in 2010 en 2011, is het aantal aanmeldingen lager dan verwacht.

In een volgende sectie behandelen we de kosten op macroniveau en wordt een vergelijking gemaakt met de door Vektis aangeleverde kosten op macroniveau. Daar gaan we dieper in op gemaakte kosten.

6.5.2 Inkomenseffecten

Op de inkomenseffecten van de vergoedingsregeling krijgen zorgverzekeraars inmiddels meer zicht. Zij geven aan dat de tarieven in principe toereikend zijn, maar dat de productgroep waarin een behandeling eindigt daarin een rol speelt. Zo geeft een behandelaar aan dat het gemiddelde uurtarief van een DBC onder de 60 euro duikt wanneer een behandeling bovenin het aantal minuten van de productgroep eindigt. Dit uurtarief is volgens de zorgaanbieder niet voldoende om de praktijk te kunnen draaien. Daar staat echter tegenover dat behandelingen soms ook in de onderkant van een productgroep eindigen, met als gevolg een (grote) stijging van het uurtarief. De effecten van productgroep en gemiddeld tarief middelen elkaar uit; mits de zorgaanbieder een goede registratie voert. Deze kanttekening wordt geplaatst omdat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders de zorg hebben geuit dat behandelaars soms aanvullende behandelingen schrijven om in een hogere productgroep terecht te komen en zo op een hoger uurtarief te komen. Dit is in dit onderzoek niet verder onderzocht.

Zorgverzekeraars geven aan dat de tarieven zoals vastgesteld in de DBC-productstructuur slecht passen voor de vergoede dyslexiezorg. Uit de DIS-dataset blijkt dat zorgverzekeraars gemiddeld 83% van het DBC-tarief uitkeren aan zorgaanbieders. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de tarieven zoals vastgesteld binnen de DBC ruim toereikend zijn. Omdat zorgaanbieders zelf aangeven dat de onderhandelde tarieven met zorgverzekeraars toereikend zijn, concluderen wij dat de inkomenseffecten voor gecontracteerde aanbieders van vergoede dyslexiezorg niet leiden tot onvrede over de inkomenseffecten.

Voor beroepsgroepen die nu geen ernstig, enkelvoudige dyslexiezorg meer leveren en dat voorheen wel deden, ligt de situatie anders. Taalwetenschappers geven bijvoorbeeld aan dat het hen veelal niet lukt om gecontracteerd te worden door zorgverzekeraars (i.c.m. een hoofdbehandelaar). Zorgaanbieders die niet gecontracteerd zijn, krijgen een lager percentage vergoed van de verzekeraar. Ouders moeten in dat geval een gedeelte van de behandeling zelf betalen, waardoor minder ouders kiezen voor behandeling bij zorgaanbieders die niet gecontracteerd zijn. Voor de beroepsgroepen die dit betreft zijn de inkomenseffecten van de invoering van de vergoedingsregeling dan ook negatief.

6.6 Administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Zowel voor de zorgaanbieders als voor de verzekeraars heeft de invoering van de vergoedingsregeling dyslexiezorg effect gehad op de manier van werken. In onderstaande hoofdstukken lichten wij de effecten op de administratieve lasten toe.

6.6.1 Administratieve lasten voor zorgaanbieders

Zorgaanbieders geven aan dat de administratieve lasten sterk zijn toegenomen sinds de introductie van de vergoedingsregeling. Voor de invoering van de vergoedingsregeling werd een factuur direct naar de patiënt verstuurd. Om volgens het huidige systeem declaraties in te voeren is het noodzakelijk om een apart softwarepakket aan te schaffen. Dit leverde voor veel zorgaanbieders een hoge kostenpost op, vooral voor kleinere praktijken. Naast de aanschaf dienen de zorgpraktijken bekend te worden met de software en de DBC-procedure. Voor zorgaanbieders is het – in mindere of meerdere mate – ingewikkeld gebleken om te leren gaan met de DBC-structuur en de nieuwe bijbehorende software.

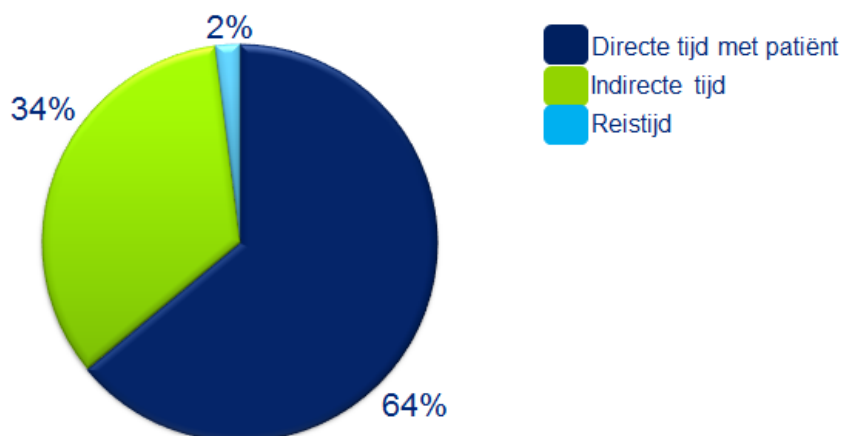
Inmiddels geven zorgaanbieders aan dat ze redelijk bekend zijn met de software en de werking van de DBC-structuur. Desondanks ervaren zij extra administratieve lasten. De reden hiervoor is de hoeveelheid informatie die verschaft moet worden aan het DIS en aan het kwaliteitsinstituut. Dit zijn aparte databases, ook de informatie die moet worden ingevoerd is verschillend. De databases van de kwaliteitsinstituten zijn meer gericht op de inhoud, het DIS is gericht op de DBC-registratie.

Het KD werkt bijvoorbeeld met een database via het internet. Dit betekent dat de aangesloten zorgaanbieders via het internet gegevens in moeten voeren voor het KD. Daarnaast voeren zij de DBC-gegevens in via de software behorende bij het DIS. Dit is een dubbele handeling die vanzelfsprekend extra tijd kost. De meeste behandelpraktijken hebben hiervoor een administratief medewerker ingehuurd, die de gegevens in de systemen verwerkt. Een zorgaanbieder heeft tijdens een interview aangegeven op een praktijk van 8 medewerkers een medewerker fulltime in dienst te hebben om te voldoen aan alle registratieplichten.

Een van de zorgaanbieders geeft de volgende indicatie over hoeveel tijd men gemiddeld kwijt is met de administratie per patiënt, alleen voor het kwaliteitsinstituut:

- Nieuwe patiënt invoeren x 40 minuten
- 50 behandelingen x 5 minuten
- Per evaluatie x 20 minuten

Daarbij geven zorgaanbieders aan per patiënt gemiddeld een kwartier nodig te hebben ter voorbereiding op de behandeling. Ook de overlegtijd met ouders, scholen en multidisciplinaire teams vergt extra tijd. Om de administratieve lasten op te vangen schrijven zorgaanbieders indirecte tijd op een DBC. Dit kan onder 'algemene registratie'. In onderstaande figuur is te zien hoe de verhouding tussen patiëntgebonden tijd en indirecte tijd per gemiddelde DBC liggen.



Figuur 10. Administratieve lasten voor zorgaanbieders

Op basis van bovenstaande figuur is inzichtelijk gemaakt welke percentage van de tijd gemiddeld geschreven op een DBC, besteed is aan indirecte tijd: 34%. Dit betekent dat ruim een derde van de tijd van behandelaars opgaat aan registratie. Dat sluit redelijk aan bij het beeld dat zorgaanbieders geven over de administratieve lasten. Dat het aansluit, neemt echter niet weg dat het een hoog percentage is. Het terugbrengen van administratieve lasten is gewenst door zorgaanbieders en heeft naar verwachting ook een kostenverlagend effect op de gehele DBC.

Naast de extra administratieve lasten veroorzaakt door het meervoudig aanleveren van gegevens brengt voorfinanciering aanvullende lasten en kosten met zich mee. Zorgaanbieders ontvangen de volledige vergoeding van een DBC wanneer die afgesloten is. DBC's kunnen pas afgesloten worden wanneer de behandeling is beëindigd, of na een volledig jaar (wanneer de behandeling langer dan een jaar loopt). Gevolg van deze constructie is dat de behandeling voorgefinancierd moet worden; praktijken moeten immers maandelijks behandelaars uitbetalen. De voorfinanciering vindt plaats door middel van bevoorschottingsafspraken met zorgverzekeraars (afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraar). De extra administratieve lasten worden veroorzaakt door het schatten van het op handen zijnde werk en de daarop volgende procedure. Zorgaanbieders geven aan wegens de administratieve lasten soms te kiezen voor alternatieve methoden van financiering. In een dergelijk geval kan voorfinanciering plaatsvinden via eigen middelen of via een bank.

6.6.2 Administratieve lasten voor zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars schetsen een uiteenlopend beeld van de administratieve lasten. Dit lijkt voort te vloeien uit het gehanteerde inkoopbeleid, dat verschilt per zorgverzekeraar. We noemen een aantal voorbeelden, ter illustratie van de administratieve lasten die zorgverzekeraars zichzelf en zorgaanbieders opleggen.

Bij een aantal zorgverzekeraars is het noodzakelijk dat de zorgaanbieders een ontvankelijkheidsverklaring indienen op het moment dat ze starten met de diagnostiek of behandeling. Op deze manier krijgt de zorgverzekeraar inzicht in het aantal behandelingen dat loopt, en kan er een inschatting gemaakt worden van de kosten op basis van gedeclareerde DBC's. Al deze ontvankelijkheidsverklaringen worden handmatig beoordeeld en ondertekend (interview CZ, 2010). Zowel de zorgaanbieder als de verzekeraar heeft extra administratieve lasten ten gevolge van het indienen van een ontvankelijkheidsverklaring.

Bij de invoering van de vergoedingsregeling waren er zorgverzekeraars die zelf leerlingendossiers controleerden. Hiermee legden de zorgverzekeraars zichzelf een grote aanvullende administratieve last op. Bovendien is uiteindelijk gebleken dat zij niet voldoende kennis bezaten om de leerlingendossiers op kwaliteit en noodzaak tot doorverwijzen in te schatten; deze controle is inmiddels bij zorgaanbieders belegd.

Ook het beoordelen van de kwaliteit van de zorgaanbieders levert extra administratieve werkzaamheden voor een aantal zorgverzekeraars op. Zo controleert CZ bijvoorbeeld de databases van het KD en NRD (interview CZ, 2010). Bovendien geeft CZ aan controles uit te voeren bij verschillende aanbieders door steekproeven te nemen onder behandelaars en medebehandelaars. Achmea bijvoorbeeld hanteert een ander inkoopbeleid, waarbij aansluiting bij een kwaliteitsinstituut niet nodig is om in aanmerking te komen voor gecontracteerde zorg. In plaats daarvan hanteert Achmea aansluiting bij SBG als criterium. Vooropgesteld dat data herleidbaar is naar een individuele aanbieder, hanteert Achmea geen criteria over de eventuele aanlevering van data bij een kwaliteitsinstituut. Hieruit blijkt dat Achmea zichzelf en de zorgaanbieder minder administratieve lasten oplegt dan blijkt uit interviews met andere zorgverzekeraars.

6.7 Kosten op macroniveau

Gegevens over de kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland worden bijgehouden en geanalyseerd door Vektis. In hun data is ongeveer 90% van de Nederlandse zorgverzekeraars opgenomen. Op basis van de data van Vektis kan dus een betrouwbare inschatting gedaan worden over de ontwikkelingen in de kosten op macroniveau voor de DBC 'overige stoornissen in de kindertijd'. Het is op basis van deze dataset niet mogelijk om de kosten van voor, en van na de invoering van de vergoedingsregeling te vergelijken omdat dit de kosten van de gehele productcode 'overige stoornissen in de kindertijd' bedraagt. Hier valt dus ook andere zorg dan dyslexiezorg onder.

Zoals eerder aangegeven heeft VWS op basis van verwachte instroom en te hanteren uurtarief berekend dat in 2009 de kosten van de vergoedingsregeling dyslexiezorg 27,9 miljoen euro bedragen. Deze kostenstijging is niet terug te vinden in de door zorgverzekeraars uitgekeerde bedragen op basis van de DBC waar dyslexiezorg onder valt. Vektis geeft de kosten op macroniveau neer gebaseerd op het kalenderjaar waarin de DBC geopend is. De conclusie over het jaar 2009 is

dan ook dat de van tevoren door het ministerie van VWS geraamde kosten voor het jaar 2009 hoger liggen dan de daadwerkelijke kosten. In het jaar 2010 bedragen de kosten volgens gegevens van het DIS tot nu toe 9,6 miljoen euro. Op basis van de kostenraming in het ingroeimodel van VWS is voor het jaar 2010 geschat dat de kosten van dyslexiezorg 29,3 miljoen euro bedragen. Op basis van de beschikbare gegevens tot nu toe, lijkt ook dit bedrag ruimschoots hoger te liggen dan de daadwerkelijke kosten. De data van Vektis onderschrijven dat de DBC 'overige stoornissen in de kindertijd' niet met de ingeschatte bedragen is toegenomen.

Tijdens de invoering van de vergoedingsregeling is de aanname gedaan dat de totale kosten van een zorgtraject gemiddeld tussen de 4.500 euro en de 5.000 euro uitkomen. Uit de data van het DIS blijkt dat een zorgtraject over 2009, 2010 en 2011 tot nu toe gemiddeld 3.104 euro bedragen over alle zorgtrajecten. Wanneer we alleen naar gesloten zorgtrajecten kijken, bedraagt de gemiddelde verkoopprijs 3.315 euro. Hier moet wel rekening gehouden worden met afwijkende registratie, waardoor zorgtrajecten in verschillende delen zijn opgeknipt door apart op diagnostiek en behandeling te schrijven of wanneer de behandeling bij een andere zorgaanbieder vervolgd wordt. Dit komt echter in 2010 en 2011 steeds minder voor, waardoor de data betrouwbaarder worden. De gemiddelde prijs van een zorgtraject ligt ruim lager dan de beoogde kosten. Omdat dyslexiezorg in een concurrerende markt is gezet, kunnen de verzekeraars individueel van elkaar onderhandelen over de tarieven die zij hanteren. Dit kan (deels) een verklaring zijn voor het lager uitvallen van de kosten voor een zorgtraject. Gemiddeld hanteren de zorgverzekeraars een tarief van 83% van het vastgestelde DBC-tarief.

Kortom, de cijfers op macroniveau tonen aan dat de daadwerkelijke kosten ruim lager liggen dan de bij de invoering van de vergoedingsregeling geraamde kosten. Hiervoor zijn twee verklaringen: (1) de gemiddelde kosten voor een zorgtraject liggen lager dan van tevoren geschat, zoals hierboven toegelicht en (2) het aantal aanmeldingen blijft ruim onder de verwachtingen, zoals besproken in paragraaf 6.3.1.

Daarnaast kan het ook nog zo zijn dat de aannames die vooraf gedaan zijn ten aanzien van de zorgvraag wel juist zijn, maar dat er een langere periode nodig is om deze aantallen te bereiken. Bij het interpreteren van de gegevens moet rekening worden gehouden met het feit dat de database van het DIS alleen de afgesloten DBC's laat zien. De huidige behandeltrajecten (met een duur van een jaar tot anderhalf jaar) zijn hierin nog niet zichtbaar. Het KD en NRD geven aan momenteel gezamenlijk ongeveer 7600 kinderen in behandeling te hebben (interview KD en NRD, 2011). KD en NRD samen hebben ongeveer 90% van de dyslexiepatiënten in behandeling. Dit laat zien dat de aantallen cliënten die vergoede dyslexiezorg ontvangen nog steeds toeneemt.

Hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen

Het ministerie van VWS heeft gevraagd om een beleidsvaluatie die signaleert wat de gevolgen zijn van de introductie van dyslexiezorg in de zorgverzekeringswet. Dit document betreft de eindrapportage van deze evaluatie. De evaluatie behandelt de toetsing van de aannames die gedaan zijn bij de invoering, de praktische invulling van de Zvw-aanspraak op dyslexiezorg en de rollen van de verschillende actoren. Daarnaast staat inzicht in de kwaliteit, betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de dyslexiezorg centraal, hierbij is ook gekeken naar de relatie tot het gebruik van de bekostigingssystematiek zoals deze is opgesteld voor de zorgverzekeringswet (DBC's).

De onderzoeksopzet is erop gericht om zo goed mogelijk antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen zoals die in de onderzoeksopdracht zijn verwoord. Om een antwoord te geven is gebruikt gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens. Op die manier is informatie van verschillende bronnen met elkaar vergeleken en aangevuld. Concreet is er in deze beleidsvaluatie gebruikt gemaakt van de volgende methoden: 1) literatuurstudie, 2) databaseonderzoek voor de analyse van kwantitatieve gegevens, 3) interviews met stakeholders, 4) een internetvragenlijst.

In dit hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen op basis van de bevindingen in de voorgaande hoofdstukken weergegeven langs de lijn van de overkoepelende vragen van het ministerie van VWS:

- Hoe is in de praktijk omgegaan met de Zvw-aanspraak op dyslexiezorg? Waar loopt men in de praktijk tegenaan? Welke rol vervullen de diverse actoren in de dyslexiezorg? Hoe verhoudt deze rol zich tot het protocol?
- Welke groep kinderen maakt van de aanspraak gebruik? Hoe verhoudt deze groep zich tot de beoogde doelgroep?
- Hoe wordt de kwaliteit van dyslexiezorg geborgd?
- Welke knelpunten signaleren de onderzoekers op de bovenstaande onderdelen en zijn hiervoor verbeterpunten te benoemen?

De conclusies uitgesplitst naar de deelvragen, zoals weergegeven in paragraaf 1.2, zijn opgenomen in bijlage B.

7.1 De vergoedingsregeling in de praktijk

Met de introductie van de vergoedingsregeling in 2009 is de dyslexiezorg voor leerlingen met enkelvoudige, ernstige dyslexie in een gereguleerde concurrerende markt geplaatst. Dit heeft er voor gezorgd dat bestaande actoren zich moesten aanpassen aan de nieuwe situatie en dat nieuwe actoren binnen de gestelde regels konden toetreden tot deze markt. We zien momenteel een dynamisch speelveld waarin de actoren zich inspinnen om de eigen belangen en invloeden te waarborgen en waar mogelijk te vergroten. Veel van de actoren moeten nog wennen aan hun rol als marktpartij en zijn niet gewend aan het marktgedrag van de andere partijen. Dit leidt er toe dat de actoren veelal kritisch zijn over elkaars gedrag en functioneren. Dit past bij een speelveld dat zich nog niet zo lang in een concurrerende markt begeeft. De verwachting is dat de dynamiek in het

dyslexievelld zal afnemen, wanneer alle partijen bewuster worden van de consequenties van een concurrerende markt.

NIP en NVO geven specifiek aan dat in hun ogen de gereguleerde markt niet goed werkt. Zij hebben de NZa geïnformeerd over knelpunten op de volgende terreinen: toetredingsbarrières voor zorgaanbieders, overtreden van privacyregels en druk op de kwaliteit van de zorg (door het niet autonoom kunnen inrichten van behandeltrajecten en de inzet onderwijsprofessionals in de zorg). De NZa heeft aangegeven niet tot onderzoek over te gaan omdat de kwaliteit niet in het geding is zolang volgens protocol gehandeld wordt en het belang van de patiënt de primaire focus is.

Over één gevolg van de vergoedingsregeling zijn alle actoren het eens: meer kinderen hebben toegang gekregen tot zorg voor ernstige, enkelvoudige dyslexie. We gaan hier verder op in onder 7.3 'doelgroep die zorg ontvangt vanuit de vergoedingsregeling'.

Naast de effecten die de actoren ondervinden van de concurrerende markt, lopen zij in de praktijk ook tegen een aantal andere knelpunten van de vergoedingsregeling op:

- De regels van de vergoedingsregeling zijn onduidelijk en worden door verschillende partijen anders weergegeven. Uit de literatuurstudie is gebleken dat de verschillende officiële documenten waarop de vergoedingsregeling gebaseerd is bepaalde facetten van de vergoede dyslexiezorg net anders formuleren en/of uitleggen. Dit is een voedingsbodem voor discussie. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat de facetten die net anders geformuleerd en/of uitgelegd worden voor een deel overeenkomen met de in paragraaf 3.3. besproken punten waarover meningsverschillen zijn: multidisciplinaire samenwerking, inzet (mede)behandelaars, doorontwikkeling kwaliteit & vergoedingsregeling, comorbiditeit etc. Concreet zie je dat de verschillende actoren alleen de bewoordingen en het document citeren dat past bij hun argument en positie.
- De vergoedingsregeling voor dyslexiezorg en de financiering ervan via de DBC GGZ sluiten niet naadloos op elkaar aan. Dit is het gevolg van het feit dat eerst het besluit is genomen om een vergoedingsregeling voor de dyslexiezorg in te voeren en dat daarna een (bestaande) financieringsvorm erbij is gezocht. Dit leidt concreet tot de volgende knelpunten:
 - Zorgaanbieders ervaren de DBC structuur als een zware belasting op de organisatie en de financiële middelen. Voor kleinere (vrijgevestigde) aanbieders is dit soms zelfs een onoverkomelijke drempel.
 - Niet alle beroepsgroepen die ernstige, enkelvoudige dyslexiezorg bieden, kunnen tijd schrijven op een DBC. Of de verlengde-armconstructie gebruikt mag worden, wat voor het tijdschrijven van medebehandelaars die niet-CONO-geregistreerd zijn een oplossing biedt, is voor veel aanbieders onduidelijk. Het ministerie van VWS geeft aan dat de kosten van de inzet van niet-tijdschrijvende beroepen zijn meegenomen bij de bepaling van de hoogte van de kosten van de hoofdbehandelaar, en daarmee indirect medebepalend voor de kostprijs per DBC. Het is aan zorgverzekeraars om te bepalen of zij toepassing van een dergelijke verlengde arm-constructie bij contractering willen honoreren. Conform de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen zij ervoor kiezen om dit niet te doen. Het is bekend dat zij, vanuit het oogpunt van scherpere inkoop en kwaliteit van zorg in de hele curatieve ggz terughoudender zijn geworden hierin.

- Het gebruik van een al bestaande DBC heeft tot gevolg dat zorgverzekeraars naar eigen zeggen onvoldoende inzicht hebben in de zorg die geleverd wordt, omdat het onderscheid van andere stoornissen in de kinderleeftijd niet te maken is op basis van de geregistreerde gegevens.
- Het gebruik van de DBC-systematiek wordt door zorgaanbieders als lastig ervaren. Uit de analyse van de DBC gegevens blijkt dat er op verkeerde productgroepen wordt geregistreerd.
- Voor (vrijgevestigde) aanbieders die relatief weinig behandelingen geven is de dyslexiezorg binnen de vergoedingsregeling niet rendabel.
 - De kwaliteitsinstituten spelen een grote rol in het bepalen van de toegang tot de vergoedingsregeling omdat vrijwel alleen aanbieders aangesloten bij de kwaliteitsinstituten worden gecontracteerd door zorgaanbieders. De kwaliteitsinstituten stellen strenge eisen aan de verantwoording over de kwaliteit van de zorg aan de aanbieders. Kleine (vrijgevestigde) aanbieders kunnen hier veelal niet aan voldoen. Voor hen is het daarom lastig om van de vergoedingsregeling gebruik te maken.
 - De administratieve lasten zijn vanwege de eisen van de kwaliteitsinstituten en vanwege de financieringsystematiek hoog. Voor (vrijgevestigde) aanbieders zijn de kosten van de administratieve lasten veelal uit verhouding met de vergoeding uit de Zvw.

7.1.1 Aanbevelingen ten aanzien van de vergoedingsregeling

In onze gesprekken met de stakeholders hebben we ervaren dat de discussies voornamelijk worden gevoerd onder de vlag van kwaliteit. Wij adviseren alle stakeholders om voor zichzelf en met elkaar na te gaan welke van hun kritieken worden veroorzaakt door marktgedrag van de ander. Wanneer men het eens is en/of zich neerlegt bij de consequenties die een concurrerende markt met zich meebrengt, zal samenwerking en afstemming tussen de actoren - ook al zijn zij concurrenten - makkelijker worden.

Eenduidige toepassing van de bestaande vergoedingsregeling is van belang voor het dyslexieveld. Daarom adviseren wij het ministerie van VWS om een handreiking op te (laten) stellen, waarin een toelichting wordt gegeven op alle op dit moment onduidelijke facetten van de vergoedingsregeling. Van de veldpartijen mag verwacht worden dat zij daarmee in staat zijn om hun marktpositie te vervullen, zoals dat ook geldt voor andere zorgaanbieders.

Op dit moment is de dyslexiezorg vanuit de vergoedingsregeling alleen rendabel wanneer aanbieders een behoorlijk volume aan dyslexiezorg verlenen. In de zorg is er de trend naar specialisatie. Een arts moet nu al in bepaalde gevallen voldoen aan een zogeheten volumecriterium. Dat betekent dat een arts een minimum aantal operaties moet verrichten om aan de norm te voldoen. De gedachte hierachter is dat dit de kwaliteit van zijn operaties doet toenemen. Indien het ministerie van VWS specialisatie ook wenselijk vindt binnen de dyslexiezorg dan is aanpassing van de financieringsystematiek niet noodzakelijk voor het verlagen van de drempels voor kleine aanbieders.

DBC-Onderhoud heeft aangegeven met het veld in overleg te willen treden om na te gaan welke knelpunten ten aanzien van de DBC-systematiek verbeterd kunnen worden. Indien de bestaande knelpunten niet weggenomen kunnen worden en er efficiency winst valt te verwachten door

aanpassingen door te voeren, adviseren wij het ministerie van VWS om te overwegen of er een meer passende financieringssysteem mogelijk is.

7.2 De rol en positie van de actoren

In het protocol (Blomert, 2006) wordt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het protocol met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van dyslexie bij psychologen en orthopedagogen gelegd op het niveau van GZ-psycholoog met (postacademische) specialisatie:

- leren en cognitieve informatieverwerking
- leer- en cognitieve functiestoornissen
- diagnostiek en behandeling van dyslexie

In het protocol wordt naast het benoemen van deze hoofdbehandelaars niet gesproken over medebehandelaars. Andere beroepsgroepen dan de psychologen en orthopedagogen worden niet genoemd in het protocol.

In de praktijk is bij de vergoede dyslexiezorg altijd een hoofdbehandelaar - een GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist of kinder- en jeugdpsycholoog - betrokken. Zij zijn de enige die momenteel DBC's kunnen openen. Voor de orthopedagoog generalist en kinder- en jeugdpsycholoog die niet BIG geregistreerd zijn, is het tijdelijk mogelijk gemaakt om DBC's te openen door middel van een beleidsregel uitgegeven door de NZa. Voor deze tijdelijke situatie zal een structurele oplossing gevonden moeten worden.

Ten aanzien van de inzet van medebehandelaars is het lastiger te benoemen welke beroepsgroepen betrokken zijn bij de dyslexiezorg. Op basis van interviews en de vragenlijst onder zorgaanbieders komen wij in ieder geval tot de volgende beroepen: logopedisten, remedial teachers, onderwijskundigen en taalwetenschappers.

In hoofdstuk 3 wordt de rol en de positie van alle actoren uitgebreid besproken. In paragraaf 5.8 wordt nader ingegaan op de inzet van medebehandelaars.

7.2.1 Aanbevelingen ten aanzien van de rol en de positie van de actoren

Omdat gebruik wordt gemaakt van de spelregels behorende bij de DBC-systematiek, is voor de kinder- en jeugdpsycholoog en de orthopedagoog-generalist tot en met de evaluatieperiode (eind 2011) een tijdelijke uitzondering gemaakt op de spelregels DBC GGZ. Het vinden van een structurele oplossing is van belang voor de voortzetting van de aanspraak na 2011. Er zijn verschillende oplossingen mogelijk. Wij adviseren het ministerie van VWS om de voor- en nadelen van de verschillende oplossingen tegen elkaar af te wegen, in overleg met alle (veld)partijen. Op korte termijn adviseren wij om de tijdelijke uitzondering via de beleidsmaatregel te continueren. Op de langere termijn is het van belang om de keuze voor de financieringssysteem mee te nemen in de overweging.

Wij doen de aanbeveling dat het ministerie van VWS in de eerder genoemde handreiking - met eenduidige afspraken ten aanzien van de vergoedingsregeling – op te nemen op welke wijze medebehandelaars geselecteerd mogen worden. Er is behoefte aan een eenduidige toelichting op

welke beroepen op een DBC mogen schrijven omdat zij BIG- of CONO-geregistreerd zijn, en hoe de verdiscontering via het kostprijsmodel werkt voor beroepsgroepen die niet BIG- of CONO-geregistreerd zijn.

7.3 Doelgroep die zorg ontvangt vanuit vergoedingsregeling

Alle actoren binnen de dyslexiezorg geven aan dat de toegankelijkheid van de zorg is toegenomen omdat meer cliënten nu zorg krijgen die dat voorheen niet kregen (met name kinderen uit achtergestelde milieus). Hierover zijn alle partijen zeer positief. Tegelijkertijd lijkt het er op dat de tot nu toe geleverde vergoede dyslexiezorg voornamelijk aan cliënten in de Randstedelijke gebieden, Zuid-Limburg en in delen van Twente en Groningen is geleverd (zie figuur 5 op pagina 27). In de afgelopen periode is er in (delen van) een aantal provincies niet of nauwelijks dyslexiezorg geleverd vanuit de vergoedingsregeling. Voor deze onevenredige verdeling zijn de volgende verklaringen mogelijk:

- a. Het aanbod in de gebieden met minder zwarte stippen is pas later op gang gekomen. Omdat er alleen gekeken is naar afgesloten DBC's, zijn de lopende behandelingen niet zichtbaar in figuur 5.
- b. Scholen en ouders zoeken naar andere mogelijkheden om dyslexie te behandelen, doordat er weinig zorgaanbod in deze regio's voor handen is.

Het onderzoek van Masterplan Dyslexie toont aan dat een relatief grote groep kinderen die wel recht heeft op vergoede dyslexiezorg, deze zorg niet ontvangt. In 15,2% van deze gevallen geven de ouders als reden op dat de behandeling te ver weg is.

Uit de kwantitatieve analyse – welke slechts een beeld geeft van de eerste drie jaar dat de vergoedingsregeling is ingesteld – is gebleken dat het besteedde budget op macroniveau ruim lager ligt dan de bij de invoering van de vergoedingsregeling geraamde kosten. Uit de analyse blijken hiervoor twee verklaringen: (1) de gemiddelde kosten voor een zorgtraject liggen lager dan van tevoren geschat, zoals toegelicht in paragraaf 6.7 en (2) het aantal aanmeldingen blijft ruim onder de verwachtingen, zoals besproken in paragraaf 6.4.1.

Het kan zijn dat de aannames die vooraf gedaan zijn ten aanzien van de zorgvraag wel juist zijn, maar dat er een langere periode nodig is om deze aantallen te bereiken. Bij het interpreteren van de gegevens moet rekening worden gehouden met het feit dat in deze analyse alleen de afgesloten DBC's zijn opgenomen. De huidige behandeltrajecten (met een duur van een jaar tot anderhalf jaar) zijn hierin niet zichtbaar. Het KD en NRD geven aan momenteel gezamenlijk ongeveer 7600 kinderen in behandeling te hebben (interview KD en NRD, 2011). KD en NRD samen hebben ongeveer 90% van de dyslexiepatiënten in behandeling. Dit laat zien dat de aantallen cliënten die vergoede dyslexiezorg ontvangen nog steeds toeneemt.

Cliënten met lichte dyslexie of met een andere stoornis naast dyslexie (comorbiditeit) kunnen geen aanspraak maken op de vergoedingsregeling. De strikte afbakening van de diagnose ernstige, enkelvoudige dyslexie wordt door zorgaanbieders als een knelpunt ervaren. Zij geven aan dat op deze manier kinderen met ADHD en autisme niet of onvoldoende worden behandeld. Hun suggestie

is om de hoofdbehandelaar de bevoegdheid te geven om in te schatten of de andere aandoening(en) de behandeling negatief beïnvloedt. Indien dit niet het geval is, zou de behandeling alsnog via de vergoedingsregeling voor ernstige enkelvoudige dyslexie moeten kunnen plaatsvinden. Tegelijkertijd geven de zorgaanbieders aan dat heldere criteria van belang voor een heldere afbakening van de vergoedingsregeling.

7.3.1 Aanbevelingen ten aanzien van de doelgroep die zorg ontvangt vanuit de vergoedingsregeling

Wij doen de aanbeveling aan het ministerie van OCW om na te gaan in hoeverre de toeleidersrol van de scholen er toe leidt dat de zorgvraag in verschillende (delen van) provincies lager is dan in de Randstedelijke gebieden. Indien blijkt dat er scholen zijn die nog niet actief hun rol van toeleider vervullen adviseren wij het ministerie van OCW om na te gaan wat hiervan de reden is en de knelpunten bij deze scholen weg te nemen. Het onderzoek van Masterplan Dyslexie naar de werkwijze van scholen met het leerlingendossier en het vervullen van de toeleidersrol kan een startpunt vormen voor verder onderzoek.

Wij doen de aanbeveling aan de huidige aanbieders van dyslexiezorg en aan mogelijke nieuwe aanbieders om na te gaan of zij (ook) zorg kunnen gaan bieden op plaatsen in Nederland waar momenteel nog weinig tot geen zorgaanbod is. De aanbieders zouden in gesprek kunnen gaan met lokale scholen om samenwerking te initiëren.

Wij doen de aanbeveling aan de Nederlandse Zorgautoriteit om een specifiek beeld te vormen van de spreiding van zorgaanbieders en de gevolgen hiervan voor de toegang tot zorg. Indien in bepaalde gebieden van Nederland de toegang tot zorg onvoldoende geregeld is, kan dat voor de NZa een reden zijn om te kijken naar de toegankelijkheid van de markt voor aanbieders.

Wij adviseren het ministerie van VWS om de suggestie van de zorgaanbieders ten aanzien van de behandeling van dyslexie bij comorbiditeit te onderzoeken. Zij stellen voor om de hoofdbehandelaar de bevoegdheid te geven om in te schatten of de andere aandoening(en) de behandeling negatief zal beïnvloeden. Indien zij inschatten dat dit niet het geval is, zou de behandeling alsnog via de vergoedingsregeling voor ernstige enkelvoudige dyslexie kunnen plaatsvinden. Er zal bekeken moeten worden of deze mogelijkheid betaalbaar is vanuit het huidige budget.

7.4 Borging van de kwaliteit

De invoering van het protocol heeft ervoor gezorgd dat de gebruikte behandelmethoden en de kwaliteit van de behandelaars over de gehele linie verbeterd zijn. Er worden alleen nog maar behandelmethoden gebruikt die passen binnen het protocol en er is bijvoorbeeld geen plek meer voor de zogenaamde “dyslexietherapieën” (incl. speciale brillen, diëten, muziekmethodes enz.). Wel is een doorontwikkeling van het protocol mogelijk en gewenst. Ook kan nader gespecificeerd worden welke beroepsgroepen wel/niet en onder welke voorwaarden als medebehandelaar kunnen functioneren en wat de geldende definitie en het nut van multidisciplinair samenwerken is. Ook dit zal leiden tot een verdere kwaliteitstoename.

De zorgverzekeraars varen voornamelijk op de twee kwaliteitsinstituten om zicht te houden op de kwaliteit van de dyslexiezorg en hebben het gevoel op hun beurt de kwaliteit van de instituten te moeten monitoren. Doordat een duidelijke en algemeen geaccepteerde lijst met kwaliteitseisen en – indicatoren ontbreekt, kunnen de verzekeraars geen goed beeld krijgen van de kwaliteit van de zorg. De kwaliteitsinstituten hanteren ieder eigen normen voor de kwaliteit en controleren zorgaanbieders hierop. Zorgaanbieders geven aan dat het vastleggen van alle gevraagde gegevens, zorgt voor hoge administratieve lasten.

Uiteindelijk zal het dyslexieveld moeten aantonen dat de kinderen de juiste zorg krijgen en dat zij als gevolg daarvan blijvende positieve effecten ervaren waarmee ze een betere plek krijgen in de samenleving. Langjarige effectmetingen van een selectie van door het veld geaccepteerde en gebruikte behandelmethoden zal dit kunnen aantonen. Gezamenlijk optrekken van het veld op dit terrein kan ervoor zorgen dat de kwaliteit van de dyslexiezorg ook op de korte termijn verder toeneemt.

7.4.1 Aanbevelingen ten aanzien van de borging van de kwaliteit

We adviseren het dyslexieveld om gezamenlijk een duidelijke en algemeen geaccepteerde lijst met kwaliteitseisen en –indicatoren op te stellen, waarmee de kwaliteit van de zorg eenduidig gemeten kan worden. Op die manier kan het veld zichzelf veel administratieve lasten besparen.

We doen tevens de aanbeveling aan het dyslexieveld om gezamenlijk te zorgen voor de doorontwikkeling van het protocol. Het ministerie van VWS kan, indien het dyslexieveld dit wenst, de start van dit proces faciliteren. In lijn met de doorontwikkeling van het protocol kan gekozen worden voor een uniforme manier van meten van de effecten van de dyslexiezorg. Wij adviseren de betrokken actoren om te overwegen of samenwerking hierin met de Stichting Benchmark GGZ op korte termijn kan leiden tot vergelijkbare effectmetingen.

Bijlage A – Aannames

Bij de invoering van dyslexiezorg in de Zorgverzekeringswet is er een aantal aannames gedaan. De aanspraak op dyslexie binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) is opgenomen op basis van onder andere het rapport “Dyslexie: van zorg verzekerd?” van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en de communicatie van de Minister met betrekking tot de introductie van de aanspraak op dyslexiezorg binnen de Zvw. De aannames die ten grondslag liggen aan de introductie van de aanspraak op dyslexiezorg binnen de Zvw zijn destijds echter niet expliciet benoemd. Bij de start van de beleidsvaluatie is er voor gekozen om de aannames alsnog expliciet te benoemen, dit ten behoeve van de verhoging van de kwaliteit en de toegevoegde waarde van de evaluatie. Vandaar dat wij ter voorbereiding op de eerste tussenrapportage de aannames hebben overgenomen uit een drietal documenten en hebben voorgelegd aan en besproken met VWS. Ook hebben we de aannames tijdens de operationalisatie van het onderzoek toegewezen aan het hoofdthema waar ze het beste bij passen. Tijdens de uitvoering van de het onderzoek wordt onderzocht hoe de aannames, die destijds zijn bepaald, zijn uitgekapt in de praktijk en of ze het beoogde effect hebben gesorteerd etc. In de eindrapportage zullen we kort op elke aanname ingaan.

In deze paragraaf bespreken we de aannames zoals die tijdens de operationalisatie van het onderzoek zijn gedefinieerd en die een van de uitgangspunten van de beleidsvaluatie dyslexiezorg vormen.

Concreet zijn er drie documenten waar de aannames uit zijn overgenomen:

- Dyslexie: van zorg verzekerd? (CVZ)
- Brief van de minister; Aanwijzing ex Wmg ter introductie dyslexiezorg. Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 25 november 2008.
- Antwoorden van minister op vragen van de vaste Kamercommissie voor VWS naar aanleiding van brieven van 25 november 2008. 9 februari 2009.

Onderstaand treft U een overzicht van de aannames die in overleg met het ministerie van VWS als uitgangspunt zijn genomen voor de beleidsvaluatie.

Kwaliteit en toegankelijkheid

1. Voor de invoering was er sprake van onderbehandeling vanwege de hoge kosten voor het individu (Gezondheidsraad). De toegankelijkheid zal worden verbeterd met invoering van de regeling waardoor meer kinderen de zorg krijgen die zij nodig hebben.
2. Scholen zijn in staat om dyslexie te herkennen. Door de toelidingsfunctie van scholen wordt onnodig gebruik van deze vorm van zorg voorkomen.
3. Er zijn aparte protocollen voor het onderwijs. De scholen volgen deze protocollen en gebruiken ze als leidraad voor het formuleren van het dyslexiebeleid. Scholen hebben overigens niet de verplichting opgelegd gekregen om deze protocollen te volgen.
4. Het protocol voor diagnose en behandeling is leidend bij de overstap van leesbegeleiding naar leesbehandeling en daadwerkelijke behandeling.

5. Het is voor, daarvoor bevoegde personen, mogelijk om op basis van het protocol Blomert ernstige enkelvoudige dyslexie te onderscheiden van andere lees-, - en spellingsproblemen.
6. De rol van orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen is dermate van belang in het zorgproces dat zij, als niet CONO-beroep, tijdelijk in staat gesteld worden om te kunnen declareren door middel van de beleidsregel dyslexie.
7. Door een tijdelijke toevoeging van de orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog aan de beleidsregel dyslexie zijn deze twee registertitels voor wat betreft deze beleidsregel gelijk gesteld aan de GZ-psycholoog. Hiermee zijn de bestaande DBC GGZ spelregels voor iedereen van toepassing, zoals verder is uitgewerkt in de beleidsregel dyslexie.
8. Andere beroepsgroepen dan de GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen hebben in het kader van de zorg onvoldoende kennis en ervaring om als zorgverlener zelfstandig te kunnen functioneren bij de behandeling van dyslexie.
9. Multidisciplinaire zorg kan geboden worden via medebehandelaarschap, waardoor beroepsgroepen die niet in de CONO-tabel voorkomen met de GZ psycholoog, orthopedagoog-generalist of kinder- en jeugdpsycholoog gezamenlijk zorg kunnen leveren.
10. Medebehandelaars kunnen zijn; logopedisten, leerkrachten, Remedial teachers, taalkundigen, onderwijskundigen en zo nodig andere beroepsbeoefenaren die in de aanwijzing niet als hoofdbehandelaar zijn benoemd.
11. De medebehandelaars zijn samen met de hoofdbehandelaar complementair in de behandeling van ernstige, enkelvoudige dyslexie. De GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist of kinder- en jeugdpsycholoog monitort, als eindverantwoordelijke, de voortgang van alle behandelingen. (Doordat de GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist en kinder- en jeugdpsycholoog verantwoordelijk zijn voor de zorg zal worden voldaan aan de in zorgprotocol gestelde eisen en richtlijnen voor kwalitatief goede zorg.)
12. Door het ontwerp van de regeling (in het financieel kader van de curatieve GGZ) en de keuze voor de DBC-systematiek blijft de eindverantwoordelijkheid van de behandeling bij gespecialiseerde psychologen en orthopedagogen, zoals deze in het huidig protocol Blomert is toebedeeld.
13. Met het opnemen van de kinder- en jeugd psycholoog en de orthopedagoog-generalist aan de beleidsregel is er voldoende behandelcapaciteit beschikbaar.
14. Registratie bij de beroepsverenigingen biedt zorgverzekeraars voldoende handvaten om goede zorg in te kopen.
15. Zorgverzekeraars en aanbieders maken samen afspraken over de vormgeving van de multidisciplinaire samenwerking voor het aanbieden van dyslexiezorg.
16. De implementatierichtlijn, die door NIP NVO is opgesteld in het document "*Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling – Implementatie in de praktijk*", borgt een eenduidige hantering van het bestaande protocol wat betreft de diagnose en behandeling van kinderen met ernstige en enkelvoudige dyslexie.

Betaalbaarheid

17. Zorg voor ernstige enkelvoudige dyslexie wordt geregistreerd en vervolgens gedeclareerd in de productgroep "overige stoornissen in de kindertijd".

18. Aangenomen wordt dat veel kinderen afhaken vanwege de intensiteit van de behandeling. De verwachting is dat 70% van de kinderen met ernstige enkelvoudige dyslexie gebruik zullen maken van de behandeling.
19. Kosten die samenhangen met diagnostiek en behandeling bij instituten variëren van € 4.500,- tot € 5.000,-.
20. Het CVZ rapport “Dyslexie: van zorg verzekerd?”, waarop de introductie van de aanspraak op dyslexiezorg binnen de Zvw onder andere is gebaseerd, geeft een drietal kostenramingsvarianten (te weten van 50%, 60% en 70% van de kinderen die mogelijk in behandeling gaan). VWS is bij de uiteindelijke raming van de kosten uitgegaan van de 70% variant en een uurtarief van € 75,- (CVZ ging uit van € 72,-). De inschatting voor kosten uitgaand van 70% van kinderen dat zich laat behandelen ziet er dan als volgt uit. 12.000 kinderen komen in aanmerking voor diagnostiek, 7200 kinderen hiervan komen in aanmerking voor behandeling en 70% hier weer van wordt behandeld. De kosten zijn gebaseerd op de gemiddelde behandelingsduur en het gemiddelde uurtarief van €75,-.

	Aantal kinderen	Aantal uren	Tarief per uur €	Kosten €
Diagnostiek	12.000	10	75	9.000.000
Behandeling	5040	50	75	18.900.000
Totaal				27.900.000¹

Bronnen: 1) CVZ rapport ‘Dyslexie: van zorg verzekerd?’2007, 2) VWS

21. Benodigde reservering voor behandeling van dyslexie vanaf 2009= € 27,9 miljoen.
22. Meerkosten van dyslexie vanaf 2010 = € 1,4 miljoen per jaar. Tijdens de uitwerking van het ingroeimodel is de vraag gesteld of dit voor het budget consequenties zou kunnen hebben. VWS is er vanuit gegaan dat het ingroeimodel leidt tot een groei van de vraag. Het is de verwachting dat er 4 jaar na de introductie van de aanspraak op dyslexie in totaal 20% meer leerlingen voor diagnose doorverwezen wordt dan de door het CVZ geschatte aantal van 12.000 en dat een vergelijkbaar percentage (70%) wordt behandeld. Dit leidt tot een verhoging van het budget van € 5,6 mln. (20% van € 27,9 mln.) in vier jaar. VWS is er van uitgegaan dat er sprake zal zijn van een evenredige ingroei waardoor er per jaar een extra bedrag van € 1,4 mln. gebudgetteerd wordt.
23. Benodigde reservering voor behandeling van dyslexie vanaf 2013= € 33,5 miljoen (€ 27,9 mln. + € 5,6 mln.).
24. Zorgverzekeraars maken productieafspraken in termen van DBC’s met aanbieders met bijbehorende tarieven.

Doorontwikkeling

25. Betrokken dyslexie zorgverleners zullen het zorgprotocol indien nodig door ontwikkelen.
26. Psychiaters en neuropsychologen zullen meer betrokken worden bij de zorg aan kinderen met ernstige, enkelvoudige dyslexie, wat de verdere onderbouwing van diagnose en behandeling bij ernstige dyslexie verbeterd. Dit komt de verdere wetenschappelijke onderbouwing van het huidige practise based protocol ten goede.

¹ Bron: begroting VWS 2009

27. Na de evaluatie kan er een structurele oplossing worden gevonden voor plek van orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen in het systeem. Hierbij is het niet de bedoeling om deze groep professionals BIG registratie te geven zonder dat zij de betreffende postdoctorale opleiding gevolgd hebben. Er zijn verschillende oplossingen mogelijk waaronder: 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 beroepenstructuur zodanig dat binnen de Wet BIG betere garanties zijn voor kwaliteitszorg bij zorgaanbieders in de jeugdsector.
28. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op naleving van het bestaande zorgprotocol. Zij doet dit indien er gevraagd wordt om onderzoek volgens de daarvoor geldende procedures.

Bijlage B – Conclusies per deelvraag

Toegankelijkheid

1. Hoe multidisciplinair is de zorg die wordt gecontracteerd?

De definitie van multidisciplinariteit tijdens de dyslexiebehandeling wordt verschillend geïnterpreteerd. In de praktijk voert in de meeste gevallen één behandelaar de gehele behandeling uit en vindt er multidisciplinair overleg plaats met andere beroepsgroepen. De beroepsgroepen waarmee overlegd wordt zijn zeer divers. Alle behandelinstellingen en schoolbegeleidingsdiensten hebben een multidisciplinaire samenstelling. Zorgverzekeraar Achmea, de enige zorgaanbieder die ook vrijgevestigde aanbieders contracteert, stelt als criterium voor een contract dat er minimaal 3 beroepsgroepen werkzaam zijn bij de behandelpraktijk. Op basis hiervan kan de conclusie getrokken worden dat alle zorg die gecontracteerd wordt een multidisciplinair karakter heeft, waarbij er met minimaal drie beroepsgroepen overleg plaatsvindt over de behandeling.

2. Welke zorgaanbieders zijn er?

Dyslexiezorg wordt geboden in verschillende behandelsettings, namelijk:

- Gespecialiseerde behandelinstellingen, inclusief de (algemene) GGZ instellingen die zich richten op dyslexie.
- Zelfstandige vrijgevestigde zorgaanbieders en samenwerkingsverbanden of combinaties van vrijgevestigde aanbieders
- Schoolbegeleidingsdiensten

Verreweg het grootste deel van de dyslexiebehandelingen in het kader van de vergoedingsregeling wordt verzorgd door de gespecialiseerde behandelinstellingen die aangesloten zijn bij het KD of het NRD. Daarna wordt de meeste zorg geleverd door de schoolbegeleidingsdiensten, aangesloten bij het KD. De zelfstandige vrijgevestigde aanbieders leveren slechts een klein deel van de zorg (alleen wanneer zij gecontracteerd zijn door Achmea of onder het regime van ongecontracteerde zorg).

3. Zijn er voldoende zorgaanbieders?

De spreiding van dyslexiebehandelaars in Nederland is niet optimaal. Vooral in Friesland, Drenthe, Zeeland en delen van Noord Holland, Utrecht, Gelderland, Noord-Brabant, Groningen en Limburg zitten maar een beperkt aantal praktijken, voor zover bekend bij het KD en/of NRD die het overgrote deel van de zorgaanbieders vertegenwoordigen. Zorgverzekeraars geven aan dat het uitbreiden van de behandelcapaciteit in deze regio's een aandachtspunt is.

4. Welke wachtlijsten zijn er?

De wachtlijsten bij de verschillende aanbieders zijn divers. De wachttijden per wachtlijst lopen sterk uiteen. Momenteel kan de wachttijd voor een cliënt variëren van enkele weken tot 6 maanden.

5. Wat zijn de (gemiddelde) wachttijden voor diagnose en behandeling?

De gemiddelde wachttijden voor diagnose vallen momenteel onder de treeknormen. De gemiddelde wachttijd is minder van 4 weken. De wachttijd tussen diagnose en behandeling is gemiddeld gezien langer. Deze mag volgens de Treeknorm maximaal 42 dagen zijn. Deze norm is in april en mei 2011 gehaald. In juli 2011 is de norm niet gehaald. Op dit moment kan nog niet worden vastgesteld of de trend van dalende wachttijden voor behandeling wordt doorgezet. Er is geen tot nauwelijks verschil in de wachttijden tussen provincies.

6. Bij hoeveel kinderen wordt er een diagnose "ernstige, enkelvoudige dyslexie" gesteld zonder dat de behandeling volgt?

Het aantal gestelde diagnoses ernstige, enkelvoudige dyslexie zonder behandeling bij dezelfde zorgaanbieder tot gevolg (uit de DIS gegevens):

2009 251 (totaal 513 DBC's; 48,9%)

2010 612 (totaal 3650 DBC's; 16,8%)

2011 321 (totaal 3803 DBC's; 8,4%)

Mogelijkerwijs worden deze aantallen (enigszins) vertekend door:

- Mogelijk foutieve registratie van zorgaanbieders: zij openen een nieuwe DBC nadat het diagnostische traject afgerond is, terwijl er onder dezelfde DBC geregistreerd hoort te worden. De sterke dalende trend kan erop wijzen dat zorgaanbieders inmiddels de regels beter kennen.
- De cliënt volgt de behandeling bij een andere zorgaanbieder dan waar de diagnostiek plaatvond: in het DIS krijgt een kind dan een nieuw zorgtraject ID.

7. Bij hoeveel kinderen wordt er een diagnose "ernstige, enkelvoudige dyslexie" gesteld met de behandeling tot gevolg?

Het aantal gestelde diagnoses ernstige, enkelvoudige dyslexie met behandeling bij dezelfde zorgaanbieder tot gevolg (uit de DIS gegevens):

2009 262 (totaal 513 DBC's; 51,1%)

2010 3038 (totaal 3650 DBC's; 83,2%)

2011 3482 (totaal 3803 DBC's; 91,6%)

Mogelijkerwijs worden deze aantallen (enigszins) vertekend doordat DIS alleen DBC's weergeeft. Wanneer een behandeltraject langer duurt dan 365 dagen dan wordt de initiële DBC administratief afgesloten en volgt een vervolg-DBC voor dezelfde cliënt. Het aantal zorgtrajecten kan dus (iets) lager liggen.

8. Bij hoeveel kinderen wordt de diagnose ADHD of autisme gesteld met leesbegeleiding tot gevolg?

Het aantal kinderen waarbij de diagnose ADHD of autisme wordt gesteld met leesbegeleiding tot gevolg is niet te herleiden uit de bestudeerde datasets. Wel is uit de interviews naar voren gekomen dat dyslexie in het geval van comorbiditeit (veelal met ADHD of autisme) niet of ontoereikend behandeld wordt. Zorgaanbieders geven aan dat zorgaanbod in de AWBZ momenteel onvoldoende is waardoor het kind op een lange wachtlijst komt (interviews, 2011). Masterplan Dyslexie geeft aan dat de behandeling die gegeven wordt vaak gericht is op de andere aandoeningen en dat dyslexie dan onderbelicht blijft.

9. Welke knelpunten worden er ten aanzien van de aanspraak Zvw gesignaleerd?

De strikte afbakening van de diagnose ernstige, enkelvoudige dyslexie wordt door zorgaanbieders als een knelpunt ervaren. Zij geven aan dat op deze manier kinderen met ADHD en autisme niet of onvoldoende worden behandeld. Hun suggestie is om de hoofdbehandelaar de bevoegdheid te geven om in te schatten of de andere aandoening(en) de behandeling negatief beïnvloedt. Indien dit niet het geval is, zou de behandeling alsnog via de vergoedingsregeling voor ernstige enkelvoudige dyslexie moeten kunnen plaatsvinden.

Het is voor vrijgevestigde behandelaars lastig om via de Zvw vergoede dyslexiezorg aan te bieden. Belangrijk obstakel daarin is de DBC-systematiek. De ingewikkelde regelgeving, de aanschaf van de benodigde software en aanvullende registratie zijn daarin belangrijke knelpunten. Bovendien sluiten zorgverzekeraars momenteel vrijwel alleen contracten af met organisaties die zijn aangesloten bij het KD of NRD. Aan de eisen van de kwaliteitsinstituten kunnen vrijgevestigden vaak niet voldoen. Tevens zijn voor praktijken met een beperkte behandelcapaciteit de tarieven ontoereikend.

Rollen betrokken actoren

10. Welke zorgverleners verlenen de behandeling van ernstige dyslexie? Wat is hun achtergrond?

In DIS wordt er op veel verschillende beroepscode's tijd geschreven die niet altijd aansluiten bij wat er gedefinieerd is in het protocol. Ook uit de internetvragenlijst blijkt dat er beroepsgroepen dyslexiezorg verlenen die niet zijn opgenomen in het protocol. De eerste reden hiervoor is dat in de praktijk alle CONO-beroepen tijd kunnen schrijven op de DBC en hierdoor de mogelijkheid hebben om (een gedeelte van) de behandeling uit te voeren. De tweede reden voor de ondoorzichtigheid van de inzet van verschillende beroepsgroepen is de gebruikmaking van de verlengde-armconstructie. Medebehandelaars die niet op de CONO-beroepenlijst staan mogen geen tijdschrijven, maar kunnen wel in een verlengde armconstructie samenwerken met een hoofdbehandelaar. Het is aan zorgverzekeraars om te bepalen of zij toepassing van een dergelijke verlengde arm-constructie bij contractering willen honoreren. Conform de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen zij ervoor kiezen om dit niet te doen. Het is bekend dat zij, vanuit het oogpunt van scherpere inkoop en kwaliteit van zorg in de hele curatieve ggz terughoudender zijn geworden hierin. ZN en de zorgverzekeraars hebben aangegeven bezwaar te hebben tegen de verlengde-armconstructie, omdat hierdoor niet inzichtelijk is welke beroepsgroepen betrokken zijn bij de zorgverlening. VWS en de NZa geven aan geen problemen te hebben met de inzet van niet-CONO-

beroepen, omdat de hoofdbehandelaar de verantwoordelijkheid heeft voor het inschakelen van adequate zorgverleners. Het gevolg van de verschillende meningen over de verlengde-arm constructie is dat het dyslexieveld verschillende eisen hanteert voor medebehandelaars en dat hierdoor sommige 'niet-CONO-beroepen' buiten de vergoedingsregeling vallen en anderen via de verlengde-armconstructie wel vergoede zorg leveren.

11. Hoe wordt toegezien op deze vorm van zorg?

Het blijkt dat er op dit moment nauwelijks actief toezicht wordt gehouden op de dyslexiezorg. De inspectie van de gezondheidszorg is verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg en kijkt hierbij vooral naar risicoprofielen van organisaties. De algemene werkwijze is dat zij in actie komen wanneer er signalen zijn van problemen. Op het gebied van de dyslexiezorg is de inspectie nog niet actief geweest.

De NZa heeft als taak een goed werkende zorgmarkt te maken en te bewaken. Dit doet zij samen met de sector en daarbij staan de belangen van de consument centraal. De NZa houdt toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de zorgmarkt en kijkt of zij de wet en de condities voor marktwerking naleven. Er zijn geen signalen binnengekomen dat de wet of de condities voor marktwerking worden geschonden.

12. Hoe pakken scholen hun rol van toeleider op?

De rol van de scholen wordt steeds beter uitgevoerd en de scholen die ervaring hebben opgedaan met het toeleiden van leerlingen naar zorg weten inmiddels wat er van hen verwacht wordt. Het lijkt er op dat nog niet alle scholen de rol van toeleider uitvoeren.

13. Welke knelpunten worden in de rolverdeling tussen actoren in de dyslexiezorg gesignaleerd?

De vergoede dyslexiezorg betreft een dynamisch speelveld met veel verbanden en wederzijdse afhankelijkheden. Er zijn veel tegenstellingen tussen de verschillende actoren en veel actoren spannen zich in om de eigen belangen en invloeden te waarborgen en/of te vergroten. Er is nog geen harmonieus en efficiënt functionerend speelveld ontstaan dat zich in gezamenlijkheid richt op de best mogelijke zorg voor kinderen met ernstige, enkelvoudige dyslexie.

14. Wat is de invloed van contractering op de toegankelijkheid van de zorg?

Zorgverzekeraars contracteren alleen zorgaanbieders die voldoen aan een aantal criteria. Hierdoor is de markt voor aanbieders beperkt toegankelijk. Vrijwel alle zorgverzekeraars stellen als eis dat de zorgaanbieder is aangesloten bij een van de kwaliteitsinstituten. Met name voor vrijgevestigde aanbieders is de markt hierdoor niet makkelijk toegankelijk.

Kwaliteit

15. Hoe cliëntgericht is de zorg?

De cliëntgerichtheid van de behandelpraktijken is over het algemeen goed. Ouders en kind worden betrokken tijdens de behandeling en op basis van het protocol is dit ook noodzakelijk voor een goed resultaat.

16. Welke kaders zijn er om de kwaliteit te meten?

Er zijn geen eenduidige kwaliteitsindicatoren vastgesteld om de kwaliteit te meten. Behalve de kwaliteitsinstituten zijn er geen instanties die toezicht houden op de kwaliteit van de dyslexiezorg. De kwaliteitsinstituten hebben beide een andere benadering bij het meten van de kwaliteit van de behandelpraktijken.

Voor zorgverzekeraars is het lastig om toezicht te houden op de kwaliteit van de zorg. Er zijn geen methodes gedefinieerd.

17. Welke normen, richtlijnen e.d. worden gebruikt voor het meten van de kwaliteit van zorg? Zijn deze voldoende?

Er zijn geen eenduidige kwaliteitsindicatoren vastgesteld om de kwaliteit te meten. Wel is er één protocol (Blomert, 2006) dat door alle aanbieders gehanteerd wordt (soms in een afgeleide vorm). Met betrekking tot dit protocol zijn de volgende dingen genoemd:

- Het protocol wordt verschillend geïnterpreteerd door de verschillende partijen, er wordt door sommigen aangegeven dat het protocol niet eenduidig is.
- Vrijwel alle partijen geven aan dat doorontwikkeling noodzakelijk is
- Het is noodzakelijk om hierbij draagvlak te creëren, zodat het door alle partijen ondersteund wordt
- Zorg ervoor dat het protocol niet teveel dicht zit getimmerd, dat er mogelijkheden zijn tot eigen behandelmethodes.
- Een optie zou kunnen zijn om een richtlijn neer te zetten met daarbinnen meerdere behandelprotocollen, zodat praktijken hun eigen inzichten in behandelwijze kunnen toepassen.

18. Hoe transparant is de zorg?

In het rapport wordt transparantie besproken vanuit het oogpunt van de ouders, zorgverzekeraars, behandelaars en scholen.

Ouders

Het is lastig voor ouders om de juiste informatie te verkrijgen. Zowel de scholen, zorgverzekeraars als zorgaanbieders verstrekken niet altijd volledige en juiste informatie over geldende regels.

Zorgverzekeraars

De tijd die geschreven wordt op de DBC 'overige stoornissen in de kindertijd' is voor de zorgverzekeraars niet transparant. Door het gebrek aan transparantie is het voor de zorgverzekeraars lastig om de kwaliteit van de zorgaanbieders te controleren. Bijkomend probleem voor de transparantie voor de zorgverzekeraars is dat er twee verschillende kwaliteitsinstituten zijn. De verschillen tussen de beide instituten zijn niet duidelijk; beide instituten houden er aparte richtlijnen en databases op na.

Behandelaars

Voor behandelpraktijken zijn er diverse zaken die de situatie niet transparant maken. Zo zijn er grote verschillen tussen de zorgverzekeraars en hun regelgeving. Daarnaast is de DBC-structuur voor hen niet transparant en is het onnodig ingewikkeld dat er twee verschillende kwaliteitsinstituten naast elkaar bestaan.

Scholen

Voor scholen is ondanks de goede rol van het Masterplan Dyslexie nog niet alles helder met betrekking tot de vergoedingsregeling en de rol van de school daarbij. Meer afstemming tussen het Masterplan en andere actoren is vereist om de transparantie voor de scholen te vergroten en de afstemming tussen het onderwijs en de zorg verder te verbeteren.

19. Wat vinden zorgverzekeraars van de kwaliteit van de dienstverlening door aanbieders?

Zorgverzekeraars hebben slecht zicht op de kwaliteit van de geboden zorg. Aangezien zorgverzekeraars weinig klachten binnen krijgen van ouders, gaan zij er vanuit dat de kwaliteit goed is. Wanneer ze meerdere klachten over een zorgaanbieder ontvangen, stellen ze een onderzoek in.

20. Welke kwaliteitseisen stellen zorgverzekeraars?

De meeste zorgverzekeraars stellen als belangrijkste eis voor de kwaliteit dat de zorgaanbieder aangesloten is bij één van de twee kwaliteitsinstituten. Alleen Achmea hanteert een ander criterium voor zorgaanbieders, namelijk dat zij een contract hebben gesloten met SBG (Stichting Benchmark GGZ). Voor zorgverzekeraars is het van belang dat er begin en eind metingen worden gedaan, zodat de kwaliteit van de zorgaanbieders met elkaar vergeleken kan worden.

21. Welke knelpunten worden in de kwaliteit van zorg gesignaleerd?

In feite hebben bijna alle meningsverschillen en discussies met betrekking tot de dyslexiezorg betrekking op het onderwerp kwaliteit. Er is geen algemeen geaccepteerde autoriteit op het gebied van kwaliteit van de zorg en er zijn geen algemeen geldende kwaliteitsindicatoren. Bovendien wordt er geen (actief) toezicht gehouden op de dyslexiezorg. De kwaliteitscontroles die worden uitgevoerd gebeuren op (eigen) initiatief van de verschillende actoren (behandelinstituten, KD, NRD, beroepsverenigingen) en worden veelal door de andere actoren bekritiseerd of in twijfel getrokken. Vanuit toezichthouders, zorgverzekeraars en ouders zijn er geen signalen ontvangen die doen twifelen aan de kwaliteit van de huidige dyslexiezorg.

Betaalbaarheid

22. Wat is de (gemiddelde) doorlooptijd voor behandeling?

Ongeveer 85% procent van de zorgtrajecten heeft een behandeltijd korter dan een jaar en valt daarmee ruim binnen de door het protocol gestelde grens van maximaal 60 weken. In 2010 en 2011 zijn de meeste DBC's gedeclareerd in de productgroep met een bandbreedte van 1800 – 2999 minuten. Bovenstaande gegevens gecombineerd geven aan dat het gros van de volledige behandelingen binnen protocol en binnen het door zorgverzekeraars maximaal vergoede aantal behandelingen valt.

23. Wat is de instroom van kinderen geweest in de jaren 2009, 2010, 2011?

Het aantal aanmeldingen, op basis van de gegevens van het KD en NRD gezamenlijk, geven aan dat in het eerste halfjaar van 2010 het aantal aanmeldingen het hoogst is geweest. In 2011 zien we weer een piek aan het begin van het jaar, het aantal aanmeldingen is echter wel lager dan in 2010. We kunnen niet met zekerheid zeggen dat het aantal aanmeldingen ook daadwerkelijk is afgenomen omdat niet zeker is in welke mate de data volledig zijn. Wel is over 2010 een duidelijke toename ten opzichte van 2009 te zien. De in het ingroeimodel vastgelegde verwachte instroom van 12.000 diagnostische trajecten en 5040 behandeltrajecten in 2009 wordt bij lange na niet gehaald. Op basis van aanmeldingen bij het KD en NRD zien we ruim 3300 aanmeldingen in 2009. Dit betreft zowel diagnostiek als behandeling en dekt ongeveer 90% van de aanbieders van dyslexiezorg af.

24. Hoeveel kinderen stromen meer dan eenmaal in deze vorm van zorg in?

Het is niet mogelijk een beeld te geven over het opnieuw instromen in de vergoede dyslexiezorg. Met de huidige registratiewijze zal dat in de toekomst lastig blijven. Zorgtrajecten krijgen een unieke identificatie mee. Wanneer een kind zich bij een andere zorgaanbieder meldt, wordt er echter een nieuw zorgtraject inclusief nieuwe identificatie aangemaakt. Het is dus alleen mogelijk om een beeld te krijgen van opnieuw instromen wanneer de patiënten zich bij dezelfde zorgaanbieder aanmelden. Er is sinds de invoering van de vergoedingsregeling onvoldoende tijd verstreken om hier een beeld van te krijgen. Om meer inzicht te verkrijgen in het voorkomen van opnieuw instromen, moet op patiëntniveau uitgevraagd worden of dit voorkomt. In de toekomst wordt het mogelijk om patiënten tussen zorgaanbieders te volgen omdat DBC-gegevens gepseudonimiseerd in plaats van geanonimiseerd worden.

25. Zijn er administratieve lasten bij aanbieders of zorgverzekeraars?

De administratieve lasten zijn voor zorgaanbieders sterk toegenomen na invoering van de vergoedingsregeling. Uit de analyse van DIS-gegevens blijkt dat aanbieders ruim een derde van hun tijd besteden aan registratie. Zorgverzekeraars geven diverse signalen af betreffende de administratieve lasten. In conclusie lijkt de situatie van de zorgverzekeraar afhankelijk van het eigen inkoopbeleid. Hoe meer voorwaarden er in het inkoopbeleid opgenomen zijn, hoe groter de administratieve lasten zijn die de zorgverzekeraar ondervindt.

26. Zijn er gevolgen in de kosten voor aanbieders?

Om een beeld te krijgen van de kosten en inkomenseffecten voor aanbieders die vergoede dyslexiezorg bieden is enerzijds gekeken naar de signalen vanuit zorgaanbieders, anderzijds naar de signalen van zorgverzekeraars. Uit de analyse komt duidelijk naar voren dat de kosten voor zorgaanbieders zijn gestegen na de invoering van de vergoedingsregeling. Dit heeft twee oorzaken: de eerste is de aanschaf van nieuwe softwaresystemen, de tweede oorzaak betreft de gestegen administratieve lasten. Die zijn sterk toegenomen na invoer van de vergoedingsregeling, wat kosten met zich meebrengt omdat men niet alle gemaakte uren kwijt kan in de DBC. Dit betekent dat zorgaanbieders een negatief inkomenseffect ervaren.

27. Zijn er inkomenseffecten voor aanbieders?

Omdat door de invoering van de vergoedingsregeling bepaalde groepen behandelaars (niet CONO-geregistreerde beroepen) nu vaak geen vergoede dyslexiezorg meer bieden en andere groepen behandelaars een volumestijging meemaken, is het moeilijk een eenduidige conclusie te geven. Voor de behandelaars die nu geen vergoede dyslexiezorg meer leveren, is het inkomenseffect groot. De door de zorgverzekeraars gehanteerde tarieven voor ongecontracteerde zorg liggen op ongeveer 65% van het DBC-tarief. Dit betekent dat praktijken die ongecontracteerd zorg leveren, moeite kunnen hebben om de praktijk draaiende te houden. Voor behandelaars die wel gecontracteerde zorg leveren, zijn de effecten minder groot. Zij geven aan dat de tarieven soms krap zijn (afhankelijk van de productgroep) maar dat over het algemeen de tarieven dekkend zijn.

28. Welke bevoorschottingsafspraken worden gemaakt?

Niet alle zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid tot het maken van bevoorschottingsafspraken. Wanneer dat wel gebeurt, moet de zorgaanbieder een inschatting maken van het op handen zijnde werk. Dit levert zowel aanvullende administratieve lasten als een financieel risico op, waardoor sommige zorgaanbieders er voor kiezen geen gebruik te maken van bevoorschottingsafspraken. Een alternatief is financiering uit eigen middelen of via een lening bij een bank.

29. Zijn er signalen dat de tarieven niet correct zijn?

De inkomenseffecten voor zorgaanbieders die vergoede dyslexiezorg leveren, zijn gerelateerd aan de tarieven. Uit de data van het DIS blijkt dat de gemiddelde verkoopprijs op 83% van het DBC-tarief ligt. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geven aan dat de tarieven toereikend zijn. Wanneer men in de hogere regionen van een productgroep terecht komt, legt dit druk op de tarieven en kunnen deze omgerekend tot onder de 60 euro per uur komen. Hier staat echter tegenover dat DBC's ook aan de onderkant van een productgroep vallen, waarbij het uurtarief omgerekend hoger uitkomt. Zorgaanbieders geven aan dat een behoorlijk volume aan patiënten nodig is om deze effecten uit te laten middelen. Hierdoor kunnen de kleine (zelfstandige) praktijken moeilijk werken voor deze tarieven.

30. Wat zijn de kosten op macroniveau?

Het macrobudget voor de vergoedingsregeling dyslexiezorg lijkt bij lange na niet gehaald te worden. Het aantal aanmeldingen voor vergoede dyslexiezorg is veel lager dan geschat. Logischerwijze ligt ook het aantal gedeclareerde DBC's op jaarbasis veel lager. Hieruit blijkt dat veel minder patiënten gebruik maken van de dyslexiezorg dan van tevoren geschat, waardoor de kosten op macroniveau minder hoog uitkomen. Ook liggen de gemiddelde kosten per zorgtraject vrij ruim onder de vooraf ingeschatte gemiddelde kosten (3.315 euro berekend over afgesloten zorgtrajecten/3.104 euro berekend over alle beschikbare data in plaats van de geschatte 4500-5000 euro), wat de kosten op macroniveau drukt. Wel is er een stijgende trend te zien in de aanmeldingen. Het is goed mogelijk dat er meer tijd nodig is om tot de volgens het ingroeimodel gemaakte schattingen wat betreft aantal aanmeldingen en behandelingen te komen.

Over de jaren 2009, 2010 en 2011 kan de conclusie getrokken worden dat de betaalbaarheid van de dyslexiezorg ver onder de in het ingroeimodel genoemde schatting uitkomt. Hieraan ten grondslag

ligt het relatief lage aantal aanmeldingen. De tarieven, gehanteerd door zorgverzekeraars, worden in de regel als toereikend gezien door zorgaanbieders die gebruik maken van de vergoede dyslexiezorg. De inkomenseffecten voor zorgaanbieders die niet onder de vergoedingsregeling vallen, zijn negatief. De administratieve lasten voor zorgaanbieders zijn hoog. Het terugdringen van de administratieve lasten door bijvoorbeeld de registratieplicht te versimpelen kan op macroniveau tot een daling van de kosten leiden.

31. Wat is de verwachte instroom in 2012 en 2013?

De beschikbare data zijn niet voldoende volledig om hier een solide uitspraak over te doen, zoals ook bij vraag 23 toegelicht. Omdat de vergoedingsregeling wordt uitgebreid op basis van het ingroeimodel is de verwachting dat de instroom toe zal nemen op basis van uitbreiding van de doelgroep met 11-, 12- en 13-jarigen tot en met 2013.

32. Zijn aanbieders in staat de DBC-systematiek adequaat te hanteren?

Zorgaanbieders geven aan in meer of mindere mate moeite te hebben met het werken volgens de DBC-systematiek. Er is onduidelijkheid over de regels en de te hanteren productgroepen. Dit wordt onderschreven door de data vanuit het DIS, waarin verschillende mogelijke fouten in de registratie naar boven komen. DBC-Onderhoud heeft aangegeven met het veld in overleg te willen treden om na te gaan welke knelpunten ten aanzien van de DBC-systematiek verbeterd kunnen worden.

33. Hoe ontwikkelen de productieafspraken zich in relatie tot het geraamde kader?

Zorgverzekeraars hebben aangegeven tot nu toe nog geen productieafspraken te maken met zorgaanbieders. Het plafond van het geraamde budget wordt niet bereikt en er bestaan wachtlijsten; beiden zijn redenen om nog niet over te gaan tot het maken van productieafspraken.

34. Welke knelpunten worden er in de betaalbaarheid gesignaleerd?

De meest opvallende bevinding is dat het ingroeimodel, zoals opgesteld door het ministerie van VWS voorafgaand aan de invoeringsregeling, niet overeenkomt met de werkelijkheid. Het werkelijke aantal aanmeldingen in 2009, 2010 en 2011 (tot nu toe) ligt vele malen lager dan door het ministerie geschat, ook liggen de gemiddelde kosten per zorgtraject lager dan van tevoren beoogd. Logische consequentie hiervan is dat het macrobudget niet wordt benut. Ook liggen de gemiddelde kosten per zorgtraject lager dan vooraf door VWS geschat. Dyslexiezorg is bij de invoering van de vergoedingsregeling in een concurrerende markt ondergebracht. Het is aannemelijk dat de marktwerking effect heeft gehad op de overall kosten van dyslexiezorg. Een voorbeeld hiervan is het onderhandelde tarief tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, dat onder het DBC-tarief ligt. De kosten voor de dyslexiezorg zijn momenteel ruimschoots betaalbaar vanuit het macrobudget.

Bijlage C – Overzicht declaraties in 2009, 2010 en 2011

Jaar	Productgroep	Aantal DBC's	Gemiddelde Verkoopprijs	DBC-tarief	Totale verkoopprijs
2009	020 Behandeling kort - vanaf 100 tot en met 199 minuten - v1	2	€ 271,00	€ 271,00	€ 542,00
2009	022 Behandeling kort - vanaf 200 tot en met 399 minuten - v1	4	€ 472,10	€ 496,00	€ 1.888,38
2009	024 Behandeling kort - vanaf 400 tot en met 799 minuten - v1	14	€ 826,58	€ 841,00	€ 11.572,17
2009	025 Behandeling kort - vanaf 400 tot en met 799 minuten - v2	1	€ 939,00	€ 939,00	€ 939,00
2009	007 Diagnostiek - vanaf 0 tot en met 99 minuten	4	€ 124,69	€ 133,00	€ 498,75
2009	008 Diagnostiek - vanaf 100 tot en met 199 minuten	5	€ 266,32	€ 278,00	€ 1.331,62
2009	009 Diagnostiek - vanaf 200 tot en met 399 minuten	10	€ 380,48	€ 513,00	€ 3.804,84
2009	162 Diagnostiek - vanaf 400 tot 799 minuten (incl. 10 en 11)	124	€ 1.065,76	€ 1.041,00	€ 138.736,03
2009	163 Diagnostiek - vanaf 800 minuten (incl. productgroep 12)	108	€ 1.854,19	€ 2.124,00	€ 200.253,00
2009	002 Indirect - vanaf 0 tot en met 49 minuten	42	€ 4,16	€ 46,00	€ 174,80
2009	003 Indirect - vanaf 50 tot en met 99 minuten	14	€ 106,21	€ 115,00	€ 1.486,95
2009	004 Indirect - vanaf 100 tot en met 199 minuten	3	€ 202,30	€ 238,00	€ 606,90
2009	040 Overige kindertijd - vanaf 250 tot en met 799 minuten	85	€ 1.014,59	€ 1.069,00	€ 86.240,23
2009	042 Overige kindertijd - vanaf 1800 tot en met 2999 minuten	22	€ 2.976,24	€ 4.049,00	€ 65.477,18
2009	041 Overige kindertijd - vanaf 800 tot en met 1799 minuten	72	€ 2.015,55	€ 2.205,00	€ 145.119,44
2009	135 Overige kindertijd - vanaf 3000 tot en met 5999 minuten	3	€ 6.410,37	€ 6.497,00	€ 19.231,12
2009	Totaal	513	€ 1.321	€ 1.462	€ 677.902
2010	018 Behandeling kort - vanaf 0 tot en met 99 minuten - v1	11	€ 90,81	€ 101,00	€ 998,93
2010	020 Behandeling kort - vanaf 100 tot en met 199 minuten - v1	17	€ 230,63	€ 265,00	€ 3.920,75
2010	021 Behandeling kort - vanaf 100 tot en met 199 minuten - v2	1	€ 330,00	€ 330,00	€ 330,00
2010	022 Behandeling kort - vanaf 200 tot en met 399 minuten - v1	37	€ 426,46	€ 484,00	€ 15.779,08
2010	023 Behandeling kort - vanaf 200 tot en met 399 minuten - v2	1	€ 589,00	€ 589,00	€ 589,00
2010	024 Behandeling kort - vanaf 400 tot en met 799 minuten - v1	40	€ 832,31	€ 821,00	€ 33.292,52
2010	167 Behandeling kort - vanaf 800 tot en met 1199 minuten	3	€ 1.424,85	€ 1.449,00	€ 4.274,55
2010	007 Diagnostiek - vanaf 0 tot en met 99 minuten	17	€ 121,98	€ 130,00	€ 2.073,59
2010	008 Diagnostiek - vanaf 100 tot en met 199 minuten	16	€ 245,08	€ 271,00	€ 3.921,25
2010	164 Diagnostiek - vanaf 1200 minuten	12	€ 1.802,71	€ 2.545,00	€ 21.632,50
2010	009 Diagnostiek - vanaf 200 tot en met 399 minuten	18	€ 432,64	€ 501,00	€ 7.787,60
2010	162 Diagnostiek - vanaf 400 tot 799 minuten (incl. 10 en 11)	253	€ 881,67	€ 975,00	€ 218.055,25
2010	163 Diagnostiek - vanaf 800 minuten (incl. productgroep 12)	296	€ 1.469,70	€ 1.760,00	€ 427.724,47
2010	002 Indirect - vanaf 0 tot en met 49 minuten	41	€ 12,96	€ 45,00	€ 531,52
2010	003 Indirect - vanaf 50 tot en met 99 minuten	135	€ 101,93	€ 112,00	€ 13.760,19
2010	004 Indirect - vanaf 100 tot en met 199 minuten	8	€ 210,25	€ 232,00	€ 1.682,00
2010	006 Indirect - vanaf 400 minuten	2	€ 1.117,75	€ 1.315,00	€ 2.235,50
2010	160 Indirect - vanaf 400 tot en met 799 minuten	6	€ 895,27	€ 1.033,00	€ 5.371,60
2010	040 Overige kindertijd - vanaf 250 tot en met 799 minuten	132	€ 949,48	€ 1.044,00	€ 125.331,66
2010	041 Overige kindertijd - vanaf 800 tot en met 1799 minuten	795	€ 1.878,35	€ 2.145,00	€ 1.493.287,62
2010	042 Overige kindertijd - vanaf 1800 tot en met 2999 minuten	1257	€ 3.331,41	€ 3.954,00	€ 4.187.585,07
2010	135 Overige kindertijd - vanaf 3000 tot en met 5999 minuten	543	€ 5.455,13	€ 6.345,00	€ 2.962.133,13
2010	136 Overige kindertijd - vanaf 6000 minuten	8	€ 8.319,45	€ 12.939,00	€ 66.555,63
2010	175 Overige kindertijd - vanaf 6000 tot en met 11999 minuten	1	€ ,00	€ 10.152,00	€ ,00
2010	Totaal	3650	€ 2.630	€ 3.158	€ 9.598.853
2011	018 Behandeling kort - vanaf 0 tot en met 99 minuten - v1	31	€ 93,24	€ 102,73	€ 2.890,43
2011	020 Behandeling kort - vanaf 100 tot en met 199 minuten - v1	14	€ 140,36	€ 269,55	€ 1.965,08
2011	022 Behandeling kort - vanaf 200 tot en met 399 minuten - v1	31	€ 337,51	€ 492,31	€ 10.462,81
2011	023 Behandeling kort - vanaf 200 tot en met 399 minuten - v2	1	€ 589,	€ 599,11	€ 589,
2011	024 Behandeling kort - vanaf 400 tot en met 799 minuten - v1	16	€ 793,06	€ 835,09	€ 12.688,98
2011	167 Behandeling kort - vanaf 800 tot en met 1199 minuten	1	€ 1.231,65	€ 1.473,87	€ 1.231,65
2011	007 Diagnostiek - vanaf 0 tot en met 99 minuten	24	€ 110,83	€ 132,23	€ 2.659,95
2011	008 Diagnostiek - vanaf 100 tot en met 199 minuten	9	€ 265,93	€ 275,65	€ 2.393,34
2011	009 Diagnostiek - vanaf 200 tot en met 399 minuten	6	€ 255,12	€ 509,6	€ 1.530,7
2011	162 Diagnostiek - vanaf 400 tot en met 799 minuten	139	€ 794,94	€ 991,73	€ 110.496,9
2011	163 Diagnostiek - vanaf 800 tot en met 1199 minuten	132	€ 1.091,74	€ 1.790,2	€ 144.109,25
2011	164 Diagnostiek - vanaf 1200 minuten	11	€ 1.811,51	€ 2.588,67	€ 19.926,65
2011	002 Indirect - vanaf 0 tot en met 49 minuten	4	€ 45,58	€ 45,77	€ 182,31
2011	003 Indirect - vanaf 50 tot en met 99 minuten	15	€ 111,64	€ 133,92	€ 1.674,56
2011	004 Indirect - vanaf 100 tot en met 199 minuten	2	€ 235,98	€ 235,98	€ 471,96
2011	040 Overige kindertijd - vanaf 250 tot en met 799 minuten	129	€ 827,87	€ 1.061,92	€ 106.795,63
2011	041 Overige kindertijd - vanaf 800 tot en met 1799 minuten	838	€ 1.691,47	€ 2.190,96	€ 1.417.451,87
2011	042 Overige kindertijd - vanaf 1800 tot en met 2999 minuten	1731	€ 3.210,33	€ 4.021,85	€ 5.557.087,14
2011	135 Overige kindertijd - vanaf 3000 tot en met 5999 minuten	668	€ 5.108,22	€ 6.453,88	€ 3.412.289,74
2011	175 Overige kindertijd - vanaf 6000 tot en met 11999 minuten	1	€ 10.152,	€ 10.326,21	€ 10.152,
2011	Totaal	3803	€ 2.844	€ 3.546	€ 10.817.050
Totaal		7966	€ 2.648	€ 3.234	€ 21.093.806

Bijlage D – Overzicht van geïnterviewde personen

Naam	Organisatie	Functie	Groep
Afke Bouten	DBC Onderhoud	Beleidsmedewerker DBC GGZ	DBC Onderhoud
Albert Cox	KPC groep		Onderwijs
	Masterplan dyslexie		Onderwijs
Annemarie Kaptein	Edventure		Onderwijs
	ONL	Directeur ONL	Aanbieder (KD)
Barend Spijkers	Barend Spijkers praktijk	GGZ-psycholoog	Aanbieder (KD)
Beatrijs Brand	School Psychologische Praktijk	Orthopedagoog NVO GZ-psycholoog	Psychologen Orthopedagogen
Britt van Beek	NIP		Psychologen
Chris Struiksma	KD	Data deskundige KD	KD
Clemens Nijenkamp	Praktijk voor orthopedagogiek, studiebegeleiding en psychologisch advies	Orthopedagoog NVO Kinder- en Jeugd Psycholoog GZ-psycholoog	Orthopedagogen Psychologen
Daniella de Geus	DysLing		Psycholinguïsten
Denis Koets	NVO		Orthopedagogen
Eef Scheltinga	Achmea	Accountmanager Achmea Zorg GGZ	Zorgverzekeraar
Ellen Loykens	Audit KD	lid monitoring orgaan	KD
	Mede-Auteur artikel 'Protocol gespecialiseerde dyslexiebehandeling	Mede-Auteur	
	Molendrift	GGZ-psycholoog	Aanbieder (KD)
	Stichting Dyslexie Nederland		SDN
Evelien Krikhaar	Masterplan dyslexie		Scholen
	Stichting Dyslexie Nederland		SDN
Fons Waterschoot	Praktijk van Waterschoot	GZ-psycholoog Klinisch psycholoog Orthopedagoog	Psychologen Orthopedagogen
Frans Sier	ONL	Adviseur inzake relatie met zorgverzekeraars en standaardiseren van Processen	Aanbieder (KD)
Gonny Hendriks	CVZ	Medewerker afdeling zorgadvies (pakketten)	CVZ
Harm Lieverdink	NZa	Senior beleidsmedewerker directie Zorgmarkten Cure	NZa
Heleen de Wit	DysLing		Psycholinguïsten

Ids Terpstra	Balans	directeur	Ouders
	KD	oprichter, bestuurslid	Aanbieder (KD)
Ingrid Buson	CZ	Zorginkoper	Zorgverzekeraar
Ingrid van Hattem	Ministerie VWS	Beleidsmedewerker directie curatieve zorg	Ministerie
Jeannette Verbeek	DysLing		Psycholinguïsten
Jolanda Latta	CVZ	Medewerker afdeling zorgadvies (pakketten)	CVZ
Kirsten van der Zee	Molendrift	Behandelaar / orthopedagoog.	Aanbieder (KD)
Leo Blomert	Protocol Dyslexiebehandeling	Auteur	Wetenschap
	UM	Onderzoeker	Wetenschap
Manon van der List	NVLF Vrijgevestigd aanbieder	Lid NVLF Logopedist Orthopedagoog	Aanbieder (vrijgevestigd)
Marchien Loerts	Bijeenkomst vergoedingsregeling		Onderwijs
	Fontys/Opleidingscentr um Speciale Onderwijszorg leerroute: dyslexiespecialist	Orthopedagoog/GZ- psycholoog	
Marguerite Boersma	NVLF	Beleidsmedewerker, belangenbehartiger van de logopedist	Aanpalende beroepen
Marjolein Rijkeboer	Achmea	Kwaliteitsadviseur GGZ	zorgverzekeraar
Marlies Schouten	Ministerie OC&W		Ministerie
Martin Potjens	ZN		Zorgverzekeraar
Michel Ekkebus	NRD, RID		Aanbieder (NRD)
Michelle Olthof	Barend Spijkers Praktijk		Aanbieder (KD)
Ouders (diverse)			Ouders
Remco Reij	NRD	Data deskundige NRD	NRD
Richard Jacobs	CZ	Medisch Adviseur	Zorgverzekeraar
Tom Braams	Braams & partners	GGZ-psycholoog	aanbieder (NRD)
Truus Boogaard- Koenen	LBRT	bureaudirecteur- beleidsmedewerker	Aanpalende beroepen
Vera Namer	ONL	Projectleider ONL	Aanbieder (KD)

Bijlage E – Verklarende Woordenlijst

Naam	Organisatie	Omschrijving (verkregen vanaf de website)
KD	Kwaliteitsinstituut Dyslexie	Het Kwaliteitsinstituut Dyslexie is een onafhankelijk instituut dat ernaar streeft dat ieder kind met lees- en spellingsproblemen op een uniforme en kwalitatief goede manier gediagnosticeerd en behandeld wordt door een team van gespecialiseerde behandelaren. Om de kwaliteit van de dyslexiezorg voor ieder kind te waarborgen dienen deze behandelaars gecertificeerd te zijn door het Kwaliteitsinstituut Dyslexie.
NRD	Nationaal Referentiecentrum Dyslexie	Het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) is een stichting die zorg draagt voor de borging van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is geaccordeerd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en in maart 2007 aangeboden aan de Minister van VWS. Om de kwaliteit en het zorgaanbod voor de diagnostiek en behandeling van dyslexie te monitoren heeft het NRD inmiddels de Nationale Databank Dyslexie (NDD) ontwikkeld. Het NRD implementeert een kwaliteitssysteem en registreert de dyslexie zorgaanbieders. Het NRD is hiermee tevens een platform van deze beroepsgroep. Op deze manier bevordert het NRD het zorgaanbod voor kinderen met dyslexie conform de hoogste kwaliteitseisen die beschikbaar zijn.
CVZ	College voor Zorgverzekeraars	Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is een overheidsorganisatie die erover waakt dat verzekerden via de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten de zorg kunnen krijgen die voor hen noodzakelijk is.
ZN	Zorgverzekeraars Nederland	Zorgverzekeraars Nederland (ZN) behartigt de belangen van de ondernemingen die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden. De hoofdactiviteit van ZN is het realiseren van voorwaarden waarbinnen de leden het vak van zorgverzekeraar optimaal kunnen uitoefenen. Daarbij kunt u denken aan procesondersteuning, informatievoorziening en PR en het vertegenwoordigen van de branche in overleg met de overheid en branche- en beroepsorganisaties in de zorg. ZN wil een gezaghebbende en betrouwbare gesprekspartner zijn in het veld van de gezondheidszorg, samen met de overheid en landelijke organisaties van zorgaanbieders, patiënten en consumenten en andere maatschappelijke organisaties. ZN neemt actief deel aan het maatschappelijke debat over de inrichting van het zorgverzekeringsstelsel en het aanbod en de kwaliteit van de zorgvoorzieningen. Ook internationaal wordt deze rol steeds belangrijker.

KPC groep		KPC Groep is een landelijk opererende adviesorganisatie voor organisaties voor onderwijs en opleidingen.
ONL	Onderwijszorg Nederland	Onderwijszorg Nederland (ONL) is een coöperatie van 20 onderwijsadviesbureaus van EDventure en biedt gespecialiseerde landelijke zorg bij diagnose en behandeling van (ernstige) dyslexie bij kinderen.
Edventure	vereniging van onderwijsadviesbureaus	EDventure is de branchevereniging van onderwijsadviesbureaus in Nederland. De leden werken binnen het primair onderwijs, voortgezet onderwijs, speciaal onderwijs en in de Jeugdzorg en zijn actief op pedagogisch, didactisch, vakinhoudelijk, psychologisch, school organisatorisch en veranderingskundig terrein. Gemeenten, provincies, bedrijven en kinderdagverblijven zijn een van de vele opdrachtgevers. Het optimaliseren van onderwijskansen voor kinderen, het leveren van hoge kwaliteit en het uitwisselen van <i>best practises</i> staan o.a. hoog op de agenda van de leden. Begin 2010 zijn 27 onderwijsadviesbureaus aangesloten bij EDventure; met in totaal zo'n 3.300 adviseurs is er sprake van een landelijk dekkend netwerk.
NVLF	Nederlandse Vereniging Logopedisten en Foniatrie	De NVLF is de beroepsvereniging van en voor logopedisten. De vereniging telt 4000 leden. De vereniging behartigt de collectieve en individuele belangen van de leden werkzaam in loondienst in het onderwijs en de gezondheidszorg en van leden die zich als zelfstandig logopedist hebben gevestigd. De NVLF stelt zich daarnaast ten doel het vakgebied logopedie en de kwaliteit van het logopedisch handelen voortdurend te verbeteren. De kerntaken van de NVLF zijn belangenbehartiging en kwaliteit.
NIP	Nederlands Instituut Psychologen	Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) is met bijna 13.000 leden de grootste beroepsvereniging van psychologen in Nederland. De vereniging behartigt de belangen van haar leden en biedt hen een platform voor het uitwisselen van kennis. Daarnaast bevordert het NIP de psychologiebeoefening in het algemeen.
NVO	Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen	De NVO, de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, is een landelijk opererende beroepsvereniging. Doel van de vereniging is om de kwaliteit van de beroepsuitoefening van haar leden – (ortho)pedagogen en onderwijskundigen – te waarborgen en te bevorderen, en de belangen van haar leden op een herkenbare manier te behartigen. Het ledenbestand van de NVO wordt gevormd door zo'n 5500 academisch geschoolde professionals, ondersteund door een permanent bureau, gevestigd in Utrecht.

LBRT	Landelijke Beroepsvereniging Remedial Teachers	De LBRT is een vereniging van leerkrachten die zich hebben gespecialiseerd in de hulp aan kinderen en volwassenen met leerproblemen. Remedial teachers helpen leerlingen/cliënten op school of in hun eigen praktijk. De LBRT richt zich, binnen alle vormen van onderwijs, op de kwaliteitsbewaking van remedial teaching en de professionaliteit van de remedial teacher. Daarnaast behartigt zij de belangen van haar leden.
UM	Universiteit Maastricht	
SDN	Stichting Dyslexie Nederland	De Stichting Dyslexie Nederland (SDN) spant zich in voor de overdracht van wetenschappelijke kennis over dyslexie naar professionals in het onderwijs en de zorg. Doel van de Stichting is het bevorderen van kennisoverdracht van wetenschap naar praktijk, met name het bevorderen van diagnostiek en behandeling van dyslexie op een wetenschappelijk verantwoorde wijze. De Stichting realiseert dit doel door publicaties en het organiseren van congressen en studiedagen.
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie	Sinds 1 januari 2005 vormt de diagnosebehandelcombinatie (DBC) in Nederland de basis voor het in kaart brengen, het bekostigen en het financieren van verleende zorg. DBC's zijn belangrijk voor een goede, veilige en betaalbare zorg.
DIS	DBC Informatiesysteem	

Bijlage F - Bronnen

Officiële documentatie en regelingen:

- Aanwijzing ex Wmg ter introductie dyslexiezorg, brief van de Minister van VWS, 25 november 2008, CZ CGG-2895571 / CZ CGG-2895567.
- Aanwijzing van de Minister van VWS, 18 december 2008, CZ CGG-2902762 houdende op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake dyslexiezorg. Publicatie in de Staatscourant 8 januari 2009 – nr 4.
- Verslag van schriftelijk overleg Tweede Kamer der Staten-Generaal op 9 februari 2009. Beantwoording van de Minister van VWS van de op 12 december 2008 toegezonden vragen naar aanleiding van de brief van 25 november 2008.
- Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling, Blomert (2006).
- Dyslexie: van zorg verzekerd?, CVZ (2007)
- Tijdelijke regeling dyslexie onder / in de DBC geestelijke gezondheidszorg (Regeling GG/NR100.098 - NZa).
- Veelgestelde vragen over registratie en declaratie van dyslexiezorg – Nza.
- Declaratiebepalingen DBC GGZ (Regeling GG/NR-100.088 – Nza).
- Tariefbeschikking Dyslexiezorg 450-09-03 NZa.
- Regeling publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ (Regeling GG/NR-100.106 – Nza).
- Productstructuur DBC GGZ 2011 versie 20101018 (DBC Onderhoud)

Geraadpleegde websites:

- www.nrd.nu
- www.kwaliteitsinstituutdyslexie.nl
- www.onderwijzorgnederland.nl/over-onl/
- <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/wat-is-de-cq-index.html>
- http://www.ggznederland.nl/beleid-in-de-ggz/beleidsthemas/kwaliteit-van-zorg/routine-outcome-measurement-rom_.html
- <http://www.cz.nl/zorgaanbieders-ggz-dyslexie-overeenkomst-afsluiten>
- <http://www.iwal.nl/site/news/24/117/Het-IWAL-bestaat-25-jaar.html>
- www.hkz.nl
- <http://www.medicalfacts.nl/2008/11/27/oprichting-kwaliteitsinstituut-dyslexie/>
- http://nvlf.logopedie.nl/site/nvlf_register
- <http://www.btsg.nl/infobulletin/zorgconcept.html>
- <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/dyslexie-afbakening-en-behandeling>
- <http://www.nza.nl/organisatie/>
- <http://toezichtkaart.owinsp.nl/schoolwijzer>
- <http://www.ggznederland.nl/informatiebeleid/woordenboek-ggz-v2.pdf>
- www.dysling.nl
- www.masterplandyslexie.nl

Diverse Interviews (zie bijlage D)

Geraadpleegde publicaties

- Boersma, Marguerite (2010) *“Vergoedingsregeling ernstige dyslexie in de praktijk lastig”* uit *“Logopedie en foniatrie”* Jaargang 82 juni 2010 nr. 6
- Blomert, Leo (2006) *Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling*
- Blomert, Leo (2006) *“Onderzoek en verantwoording behorend bij Protocol Diagnostiek en Behandeling Dyslexie”*, CVZ project nr: 608/001/2005
- Kwaliteitsinstituut Dyslexie (2010) *Visitatieformulier*
- Loykens, E.H.M., Ruijsenaars, A.J.M.M., Bron, G.W. & van Mameren-Schoehuizen, G.M.M. (2009) *Behandeling van dyslexie en geprotocolleerd werken*
- NIP, NVO, LBRT, NVLF, *Richtlijn multidisciplinaire samenwerking bij diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen en jeugdigen*, 2008.
- NIP, NVO, *Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling: Implementatie in de praktijk*, 2009.
- Schuurman, A.R. *“Brief aan Ministerie van VWS onderwerp dyslexiezorg”*, september 2008
- I.Wijkamp, J. Klaster, P, van Wilgen, 2008
- Brief van ZN: *“Transparantie in zorgaanbod GGZ”* (B-11-1076-jkui1)
- *Effectiviteit geprotocolleerde dyslexiebehandeling; eerste cohort kinderen verzekerde dyslexiezorg*, P. Gerretsen & M. Ekkebus, november 2011
- *Tendrapportage GGZ 2010: Deel 3 Kwaliteit en effectiviteit*, Trimbos-Instituut

Colofon	
Titel	Beleidsevaluatie dyslexiezorg
Ondertitel	Onderzoek naar de uitwerking van de vergoedingsregeling voor ernstige, enkelvoudige dyslexie in de praktijk
Status	Definitief
In opdracht van	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Opdrachtnemer	Deloitte
Auteurs	Channa Minke Hinke Gijzel Erik Gerritsen
Plaats	Amstelveen
Datum	15 december 2011