Inkoop 2018 J-GGZ

Zorgregio Midden-IJssel/Oost-Veluwe

22 juni 2017

Inhoudsopgave

Inleiding: **2**
Reikwijdte wijzigingen 2018 *2*
Keuze uitvoeringsvariant 2018 *3*
Kwaliteitseisen *3*

Inhoud: **4**
Van DBC's naar een nieuwe indeling als basis voor de zorgtoewijzing *4*
Opbouw tarieven *5*
Het cliënttraject: van verwijzing naar dienstverleningsopdracht met uren *5*
Samenwerking zorgaanbieders en gemeentelijke toegang *6*
Consultatiefunctie *7*
Monitoring *8*
Crisisopvang *8*

Bedrijfsvoering: **9**
Berichtenverkeer *9*
Facturatie en spelregels voor tijdschrijven *9*
Administratieve uitfasering DBC's 2017 *10*

Inspraak en planning: **10**

Samenvatting van de belangrijkste onderdelen: **10**

Inleiding:

Bij de decentralisatie van de jeugdhulp is landelijk een convenant afgesloten tussen het ministerie van VWS, gemeenten (VNG) en zorgverzekeraars om voor de jaren 2015 tot en met 2017 de DBC bekostigingssystematiek voor de specialistische jeugd-GGz te hanteren. Dit betekent dat met ingang van 2018 gemeenten een andere bekostigingssystematiek moeten gaan invoeren. Gemeenten in de regio Midden-IJssel/Oost-Veluwe[1] hebben januari jl. het besluit tot doorontwikkeling genomen. Deze notitie beschrijft de wijzigingen en aanpak die leiden tot aanpassing van de raamovereenkomst jeugdhulp voor 2018.

Reikwijdte wijzigingen 2018

In de huidige raamovereenkomst jeugd zijn de volgende J-GGz producten opgenomen: de basis GGz, de DBC's van de specialistische J-GGz en de Verblijfsprestaties, oplopend in zwaarte, van A tot en met G. Gemeenten zijn vrij om de bekostiging van al deze huidige producten in 2018 te wijzigen. Dat is echter niet onze keuze. Wij beperken de wijzigingen tot de DBC's van de specialistische J-GGz. Dyslexie is op dit moment nog onderdeel van deze DBC's. Voor het product Dyslexie worden aparte afspraken gemaakt in de raamovereenkomst 2018.

Daarnaast richten wij ons voornamelijk op de administratieve inregeling van deze wijziging. Dit doen we om de volgende redenen:

[1] Dit zijn de gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Hattem, Heerde, Lochem, Voorst en Zutphen.

- De vervanging van de DBC's vraagt veel inzet van aanbieders en gemeenten in een beperkte tijd tot aan 1 januari 2018. Deze wijziging heeft grote gevolgen voor de toekenning van zorg en de bedrijfsvoering van aanbieders en gemeenten.
- De basis GGz bestaat nu al uit een beperkt aantal producten die op dit moment duidelijk zijn gedefinieerd en herkenbaar zijn voor huisartsen als belangrijkste verwijzer.
- De grootste winst bij de vereenvoudiging van de administratieve lasten voor aanbieders en gemeenten is te bereiken bij de vervanging van de DBC's van de specialistische J-GGz.

De wijziging van de J-GGz in de raamovereenkomst voor 2018 richt zich alleen op de DBC's van de specialistische J-GGz en de administratieve inregeling van deze wijziging.

Keuze uitvoeringsvariant 2018

Voor de vervanging van de DBC systematiek zijn landelijke standaarden opgesteld, in de vorm van drie uitvoeringsvarianten. Dit zijn: inspanningsgericht, outputgericht of taakgericht. Gemeenten kunnen kiezen voor één van deze uitvoeringsvarianten, onder andere om zorg te dragen voor beperking van administratieve lasten voor zorgaanbieders.

De doorontwikkeling van de DBC's staat niet op zichzelf: de keuze van een uitvoeringsvariant voor 2018 moet passen in de uitgangspunten van de integrale inkoop voor 2019 van jeugd, Wmo en MO/BW. In de Inkoopnota 2019 is de keuze gemaakt om uit te gaan van een inspanningsgerichte uitvoeringsvariant. Die keuze geldt daarmee ook voor de vervanging van de DBC's voor 2018. Deze uitvoeringsvariant heeft ook de voorkeur van de branche organisatie van GGz aanbieders.

Bij een inspanningsgerichte bekostiging wordt een afspraak gemaakt tussen gemeente en zorgaanbieder over de levering van een specifiek product of dienst in een afgesproken tijdseenheid (minuten, uren of dagen).

Gemeenten kiezen voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant.

Kwaliteitseisen

De regels omtrent de kwaliteit van de specialistische GGz zijn vastgelegd in de DBC spelregels. In de huidige raamovereenkomst jeugd wordt verwezen naar deze DBC spelregels. Dit is een waarborg voor de kwaliteit van de SGGZ. Met het vervallen van de DBC's zijn ook de DBC spelregels niet meer van toepassing. Wij willen de kwaliteit en herkenbaarheid van de specialistische GGz behouden.

Met ingang van 1 januari 2017 is het Kwaliteitsstatuut GGz van kracht geworden. Hierin is opgenomen wat aanbieders in de GGz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording en vormt een drempel voor de toegang tot deze zorgmarkt. Het model geldt voor de Zorgverzekeringswet, maar is zo opgesteld dat het ook kan worden toegepast voor de jeugd GGz. Wij nemen dit Kwaliteitsstatuut als uitgangspunt voor de levering van J-GGz in onze regio. Hiermee

borgen we de kwaliteit en zorgen voor aansluiting op de kwaliteitseisen voor de volwassenen GGz, zonder extra administratieve lasten voor aanbieders.

Gemeenten hanteren het Kwaliteitsstatuut GGz als uitgangspunt voor de J-GGz.

Inhoud:

Van DBC's naar een nieuwe indeling als basis voor de zorgtoewijzing

In de DBC systematiek opent de hoofdbehandelaar/regiebehandelaar, na een verwijzing en diagnostiek, een DBC. De huidige DBC's van de specialistische J-GGz zijn hoofdgroepen ingedeeld naar stoornis. Na opening kunnen behandelaren tijdschrijven op deze DBC. Wanneer de doelen van de behandeling zijn behaald, sluit de hoofdbehandelaar de DBC. Het aantal geschreven minuten bepaalt uiteindelijk de hoogte van de kosten van de behandeling. Voordat de behandeling start is dus niet aan te geven wat de kosten hiervan zijn en hoeveel tijd hiermee gemoeid is.

Met het vervallen van de DBC's en daarmee ook de hoofdgroepen moet een nieuwe indeling worden opgesteld. Die indeling moet aan een aantal eisen voldoen:

- Inhoudelijk herkenbaar en werkbaar voor zorgaanbieders en gemeentelijke toegang.
- Een heldere grondslag zijn voor de toekenning van uren.
- Een onderbouwde grondslag opleveren voor differentiatie van tarieven, afhankelijk van de zwaarte van de hulpvraag.
- Bijdragen aan de vermindering van administratieve lasten.
- Zicht bieden op de zwaarte en ontwikkeling van de hulpvraag van cliënten.

De indeling van Delespaul (tijdschrift voor psychiatrie, 2013) biedt een goede basis om de problemen van cliënten inhoudelijk te herkennen, doet recht aan het specialisme van de jeugd GGz en biedt de mogelijkheid dat zorgaanbieders en gemeentelijke toegang dezelfde gemeenschappelijke taal spreken. De indeling van Delespaul is als volgt:

1) Cliënten met basale psychische stoornissen: deze cliënten kunnen gedurende beperkte tijd met evidence-based programma's behandeld worden.
2) De stabilisatie groep: cliënten die alleen met continue begeleiding stabiel blijven.
3) Cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA): hier is sprake van langdurige psychiatrische stoornissen met ernstige maatschappelijke beperkingen. Een meer specifieke omschrijving:
    a. Er is sprake van een psychiatrische stoornis die behandeling noodzakelijk maakt.
    b. Deze stoornis gaat gepaard met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren.
    c. De beperking is oorzaak en gevolg van de psychiatrische stoornis.
    d. De stoornis is niet van voorbijgaande aard, is structureel dan wel langdurig, tenminste enkele jaren.
    e. Gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners is nodig om het behandelplan te realiseren.

Voor elk van deze groep cliënten is een standaard maximum aantal minuten (normtijd) bepaald die de aanbieder voor behandeling kan inzetten. De gewenste transformatie per cliëntgroep is verschillend en kan samen met cliënten en zorgaanbieders verder worden uitgewerkt.

Opbouw tarieven

Gemeenten kiezen er voor om mix-tarieven vast te stellen op basis van de zorginhoud. Dit leidt tot gemiddelde tarieven. Hier houden we rekening met de mix van betrokken professionals, hun productieve uren en de salariskosten. Boven op deze onderdelen verwerken we een opslag voor overheadkosten.
Bij het bepalen van de tarieven maken we gebruik van informatie die beschikbaar is gesteld door de NZa en aanbieders. De basis is kostprijsonderzoek dat is uitgevoerd door de NZa. Deze cijfers zijn aangevuld met een eigen regionaal kostprijsonderzoek. Met deze cijfers is de mix van behandelaren en de productiviteit afgestemd op de regionale praktijk. Bij het opstellen van de tarieven is rekening gehouden met de cao-ontwikkelingen in de GGZ-sector in de 2018. Wij komen voor de drie cliëntengroepen tot de volgende tarieven, met bijbehorende maximale normtijd.

Clientgroep	Tarief per uur (afgerond op hele euro's)	Tarief per minuut (€)	Normtijd (minuten)
Basale stoornissen	102	1,71	2.000
Stabilisatiegroep	99	1,64	3.200
EPA	108	1,81	4.900

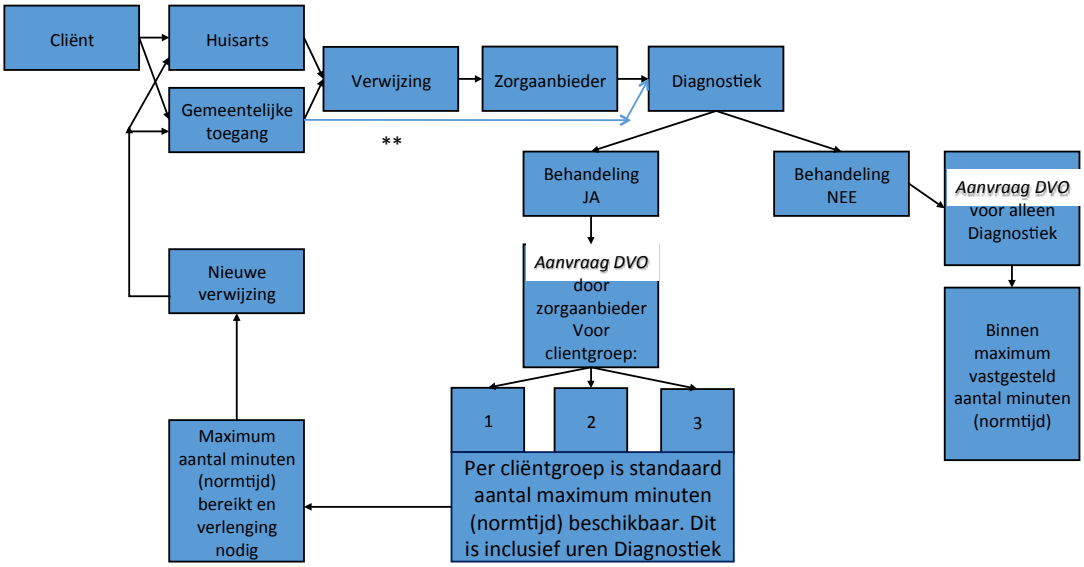
Gemeenten hanteren de indeling van de cliëntgroepen van Delespaul voor toewijzing van behandeling binnen de specialistische J-GGz en stellen voor deze categorieën tarieven vast.

Het cliënttraject: van verwijzing naar dienstverleningsopdracht met uren

In veruit de meeste gevallen vindt de toekenning van basis GGz of specialistische GGz plaats op grond van een verwijzing van de huisarts. Die verwijzing is de grondslag voor toegang tot de jeugdhulp. De verwijzing van de huisarts geeft echter niet het aantal uren aan dat nodig is voor behandeling. Dat is aan het oordeel van de professional. Deze professional bij de zorgaanbieder verzorgt de intake en diagnostiek en vraagt, wanneer verdere behandeling nodig is, voor de start van de behandeling, vervolgens een dienstverleningsopdracht aan bij de gemeentelijke toegang. De gemeentelijke toegang accordeert de aanvraag waarna de behandeling van start kan gaan.

Vanaf 1 januari 2018 geldt voor elke groep cliënten een maximum aantal standaard minuten (normtijd) voor behandeling (zoals in de tabel hierboven aangegeven) en een maximale geldigheidsduur van de dienstverleningsopdracht. Voor alle vormen van behandeling is de geldigheidsduur van een dienstverleningsopdracht standaard 1 jaar. Tot het maximum aantal minuten (normtijd) kan de aanbieder de behandeling uitvoeren. Mocht een verlenging van de oorspronkelijke dienstverleningsopdracht nodig zijn, of door het bereiken van het maximum aantal minuten (de normtijd) of

door het bereiken van de geldigheidsduur (1 jaar) van de dienstverleningsopdracht, dan is een nieuwe verwijzing van de huisarts of gemeentelijke toegang nodig, en vervolgens een dienstverleningsopdracht. Een weergave van dit traject is als volgt:



Opmerking bij **: deze route is afhankelijk van de vraag of de gemeentelijke toegang in staat is zelf deze diagnostiek uit te voeren.

Voor de uitvoering van de diagnostiek geldt het volgende:

Omschrijving	Tarief per uur (€)	Tarief per minuut (€)	Normtijd (minuten)
Diagnostiek	105	1,74	880

Samenwerking zorgaanbieders en gemeentelijke toegang

De verwijzing van een huisarts is op grond van de Jeugdwet een rechtsgeldige toegang tot jeugdhulp. De zorgaanbieder maakt een inschatting tot welke cliëntgroep, zoals hierboven beschreven, de problematiek en vraag van een cliënt behoort. De rol van de gemeentelijke toegang beperkt zich, wanneer sprake is van een verwijzing van de huisarts, tot de accordering van de dienstverleningsopdracht. Er vindt dus op individueel cliëntniveau geen inhoudelijke toets of beoordeling plaats door de gemeentelijke toegang. Uitwisseling van cliëntinformatie (die nodig is voor een goede inhoudelijke beoordeling) is, tenzij de cliënt daarvoor expliciete toestemming heeft gegeven, ook niet toegestaan vanwege bezwaren vanuit de privacy wetgeving.

Wel hebben de gemeentelijke toegangen de opdracht om te werken vanuit het principe: één gezin, één plan, één regisseur. Om deze reden zullen de toegangen graag met zorgaanbieders afstemmen over aan welke behandeldoelen wordt gewerkt en door wie. Met medeweten en toestemming van de cliënt kan er vanuit deze optiek uiteraard wel informatie (via het gezinsplan) van de toegang (al dan niet via de cliënt) naar de zorgaanbieder. Ook kan er informatie (met medeweten of via

de cliënt) van de zorgaanbieder naar de toegang. Het betreft dan informatie zoals: zijn de doelen wel of niet behaald? Is er andere of aanvullende zorg nodig? En welke verdere afstemming van hulpverleningstrajecten is doelmatig?

Verder zien wij in de onderstaande gevallen een duidelijke meerwaarde in de samenwerking, afstemming en ook informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders en gemeentelijke toegang, onder de voorwaarde van toestemming vanuit de cliënt om informatie te delen.

1) Cliënten die 2 jaar of langer bij de specialistische GGz in zorg zijn. Aanbieder en toegang gaan in overleg over welke bijdrage het voorliggende veld en andere voorzieningen kunnen bieden. Aanbieders geven aan dat de meerwaarde van behandeling na 2 jaar afneemt en andere vormen van ondersteuning nodig zijn.
2) Cliënten met een complexe hulpverleningsvraag waarvan na intake en diagnostiek blijkt dat de hulpvraag breder is dan alleen specialistische J-GGz en waar binnen het gezin op meerdere leefgebieden problemen spelen zoals verslavingsproblemen bij ouders of schuldproblematiek. In die gevallen kan de gemeentelijke toegang aanvullende hulp inzetten.

Wij spreken af met aanbieders dat zij deze groepen cliënten actief om toestemming vragen om gegevens te delen met de gemeentelijke toegang, daarbij duidelijk het doel en de achtergrond toelichten en wat de meerwaarde daarvan is.
Aanbieders kunnen op grond van onze Raamovereenkomst niet op prijs met elkaar concurreren: elke aanbieder krijgt voor dezelfde dienstverlening dezelfde prijs. Aanbieders kunnen zich echter juist wel positief onderscheiden door samenwerking met bijvoorbeeld de gemeentelijke toegang.

Consultatiefunctie

In de huidige raamovereenkomst Jeugd wordt alleen de behandeling/ondersteuning van een jeugdige gefinancierd. Met name vanuit de J-GGZ ontvangen we signalen van aanbieders en toegangen dat de mogelijkheid gemist wordt om kortdurend ondersteuning of expertise in te zetten die niet direct aan de behandeling van een jeugdige gekoppeld is. Het kan gaan om:

- Het inroepen van specifieke expertise, ter consultatie in complexe gevallen, voorafgaand aan, maar ook tijdens een behandeling. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om bij behandeling binnen de basis GGz gebruik te maken van expertise vanuit de specialistische GGz.
- Het kortdurend begeleiden van een leerkracht om handhaving of terugkeer van een cliënt in het onderwijs te realiseren.
- Periodiek beschikbaar zijn als expert voor bijvoorbeeld huisartsen en hier ook actief contact mee leggen.

Deze inkoop van de J-GGZ voor 2018 is aanleiding om hier opnieuw naar te kijken en mogelijkheden te creëren. Primair in het belang van jeugdigen en hun ouders, om bij te dragen aan een zo passend mogelijke behandeling en ondersteuning. Daarnaast kunnen betere mogelijkheden voor consultatie bijdragen aan eerder en beter afschalen van trajecten en betere samenwerking met andere domeinen. Gemeenten hebben reeds een expertpool ingericht die een vergelijkbare functie heeft. Deze werkwijze past goed bij het vraagstuk dat vanuit de J-GGZ aanbieders is geagendeerd. De werkafspraken voor de expertpool worden per 2018 uitgebreid om

bovenstaande functies mogelijk te maken. In de nieuwe werkafspraken wordt verwerkt dat:

- Ook aanbieders gebruik kunnen maken van de expertpool, dus niet alleen de lokale toegangen, zoals nu het geval is.
- Als aanbieders onderling consulteren loopt dit wel via de lokale toegangen. Dus de lokale toegang geeft akkoord op facturatie via expertpool.
- Om te kunnen factureren hebben aanbieders een overeenkomst in het kader van de expertpool. Gemeenten kunnen er voor kiezen om een experimenteerfase te starten met een beperkt aantal deelnemende (GGZ) organisaties in de expertpool.
- Er wordt niet betaald voor 'beschikbaarheid'. Alleen voor geleverde uren.
- Er wordt gewerkt met reële uurtarieven, aan de hand van de ingezette functionaris.
- Gehanteerde tarieven en functionarissen worden vooraf in een overeenkomst per aanbieder vastgelegd. We werken hiervoor met een beperkt aantal uniforme tarieven, gekoppeld aan zwaarte van functie en/of opleidingsniveau.
- Als de toegang gebruik maakt van de expertpool voor consultatie en de cliënt komt vervolgens bij de moederorganisatie in behandeling worden geen consultatie-uren vergoed.
- Een aanbieder kan gericht benaderd worden om vanuit de expertpool activiteiten te verrichten (bijvoorbeeld richting huisartsen en scholen).

Gemeenten nemen de consultatiefunctie op in de raamovereenkomst Jeugd.

Monitoring

De vervanging van de DBC's door deze nieuwe werkwijze vraagt andere monitorinformatie. Niet op cliëntniveau maar op aanbiederniveau, uitgesplitst naar gemeenten, willen wij tenminste beschikken over de volgende beleids- en monitorinformatie:

- Het aantal cliënten en de percentuele verdeling over de cliëntgroepen per aanbieder.
- De mate van uitnutting van het maximum aantal standaard minuten (normtijd) per cliëntgroep.
- Het aantal cliënten en percentage verlengingen van dienstverleningsopdrachten per cliëntgroep.
- Aantal terugverwijzingen naar de basis GGz.
- De cliënttevredenheid na afsluiting van de behandeling.
- De doelrealisatie na afsluiting van de behandeling
- Het percentage uitval van cliënten.

In overleg met aanbieders werken we de invulling van de monitoring verder uit, rekening houdend met de mogelijkheden van het berichtenverkeer en de informatie die daar beschikbaar is.

Aanbieders leveren per kwartaal monitorinformatie aan gemeenten.

Crisisopvang

Crisisopvang is een beschikbaarheidsvoorziening die speciale aandacht vraagt wat betreft de bekostiging ervan. Wij hebben ook voor dit onderdeel een behandeltarief

berekend. Daarnaast blijft de opvang voor de crisis als beschikbaarheidsvoorziening gehandhaafd.

Omschrijving	Tarief per uur (€)	Tarief per minuut (€)	Normtijd (minuten)
Crisis	110	1,84	950

Omschrijving	Tarief per cliënt (€)
Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg	345

De bekostiging van de crisisopvang vindt plaats door middel van een opslag (voor beschikbaarheid) op de behandeltarieven.

Bedrijfsvoering:

Berichtenverkeer

In het berichtenverkeer worden op een veilige en gestandaardiseerde manier gegevens van cliënten gedeeld. Dit betreft alleen gegevens ten behoeve van zorgtoewijzing en facturatie. Een goed ingericht berichtenverkeer is een belangrijke voorwaarde voor goed lopende facturatie- en controleprocessen. Ook helpt het gemeenten om de jaarverantwoording eenvoudiger af te ronden. Daarom maken we voor 2018 aanvullende afspraken met aanbieders over het gebruik van deze berichten. Deze afspraken zijn in lijn met de landelijke standaarden. (Zie hiervoor bijlage 1).

Gemeenten hanteren de landelijke standaarden voor het berichtenverkeer zoals opgenomen in bijlage 1.

Facturatie en spelregels voor tijdschrijven

GGZ-behandelaren zijn vanuit de zorgverzekeringswet bekend met tijdschrijven. Hiervoor zijn specifieke definities en spelregels ontworpen door de NZa. Om de impact op de bedrijfsvoering van aanbieders te minimaliseren, worden de geadviseerde definities en spelregels voor tijdschrijven vanuit de VNG overgenomen. Deze worden ook gehanteerd in de landelijke raamovereenkomsten die de VNG opstelt met GGZ-aanbieders. Dit houdt in dat ondersteunend personeel en management geen tijd schrijven. Deze tijd zit als een opslag verwerkt in het tarief. Verder wordt er onderscheid gemaakt tussen cliëntgebonden tijd en niet-cliëntgebonden tijd. Behandelaren mogen onder andere tijd schrijven voor het contact met de cliënt en voor het bijwerken van het cliëntdossier. Tijd die niet gebonden is aan een cliënt, zoals instellingsoverleg of intervisie mag niet worden geschreven. Een overzicht van de definities en spelregels is uitgewerkt in bijlage 2.

Gemeenten hanteren de definities en spelregels over facturatie en tijdschrijven zoals opgenomen in bijlage 2.

Administratieve uitfasering DBC's 2017

De uitfasering van de DBC's vraagt aanpassingen in systemen bij zowel gemeenten als aanbieders. Samen met Vektis, i-Sociaal Domein en Zorginstituut Nederland is er een landelijk protocol opgesteld om de administratieve lasten die samenhangen met deze uitfasering zoveel mogelijk te vermijden. Aangezien de gemeenten in onze regio de administratieve lasten voor aanbieders zoveel mogelijk willen beperken door landelijke standaarden te volgen, ligt het voor de hand dat dit protocol wordt gevolgd. Het protocol beschrijft hoe alle DBC's op 31 december worden afgesloten en op welke wijze per 1 januari 2018 met de nieuwe vorm van bekostiging wordt gestart. De planning en de te nemen stappen zijn uitgewerkt in bijlage 3.

Gemeenten hanteren het protocol uitfasering DBC's zoals opgenomen in bijlage 3.

Inspraak en planning:

Wij consulteren de aanbieders over de voorgestelde wijzigingen en bieden de mogelijkheid tot inspraak. Dit zal plaatsvinden in de periode juni – augustus. Na de verwerking van de inspraak vindt begin oktober besluitvorming in de colleges plaats. Aanbieders moeten zich ook opnieuw intekenen op dit nieuwe deel van de raamovereenkomst Jeugd.

In het 4e kwartaal van 2017 kunnen aanbieders en gemeenten hun backoffices inrichten op de veranderingen die per 1/1/2018 zullen ingaan. In die periode moeten de gemeentelijke toegangen, in overleg met de zorgaanbieders, zorgdragen voor de toekenning van dienstverleningsopdrachten voor cliënten waarvan de zorg in 2018 nog doorloopt. Het regioteam jeugd ondersteunt deze transitie in deze periode, is beschikbaar voor vragen en brengt, waar nodig, zorgaanbieders en gemeentelijke toegang met elkaar in contact.

Datum:	**Activiteit:**
23 juni	Start consultatie zorgaanbieders
29 juni	Inloopbijeenkomst zorgaanbieders
11 augustus	Einde consultatieperiode (7 weken)
10 oktober	Collegebesluitvorming
4e kwartaal	Intekening aanbieders Inrichting backoffices zorgaanbieders en gemeenten Nieuwe toewijzingen overgangscliënten 2017 - 2018

Samenvatting van de belangrijkste onderdelen:

De wijziging van de J-GGz in de raamovereenkomst voor 2018 richt zich alleen op de DBC's van de specialistische J-GGz en de administratieve inregeling van deze wijziging.

Gemeenten kiezen voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant.

Gemeenten hanteren het Kwaliteitsstatuut GGz als uitgangspunt voor de J-GGz.

Gemeenten hanteren de indeling van de cliëntgroepen van Delespaul voor toewijzing van behandeling binnen de specialistische J-GGz en stellen voor deze categorieën tarieven vast.

Gemeenten nemen de consultatiefunctie op in de raamovereenkomst Jeugd.

Aanbieders leveren per kwartaal monitorinformatie aan gemeenten.

De bekostiging van de crisisopvang vindt plaats door middel van een opslag (voor beschikbaarheid) op de behandeltarieven.

Gemeenten hanteren de landelijke standaarden voor het berichtenverkeer zoals opgenomen in bijlage 1.

Gemeenten hanteren de definities en spelregels over facturatie en tijdschrijven zoals opgenomen in bijlage 2.

Gemeenten hanteren het protocol uitfasering DBC's zoals opgenomen in bijlage 3.

Bijlage 1: Berichtenverkeer J-GGZ.

Voor het toewijzen en factureren worden de volgende berichten gebruikt voor de uitwisseling van cliëntgegevens tussen aanbieder en gemeenten:

Bericht	*Omschrijving*	*Van -> naar*
JW315	Verzoek om Toewijzing (VOT)	Aanbieder -> gemeente
JW316	Retourbericht VOT	Gemeente -> aanbieder
JW301	Toewijzing	Gemeente -> aanbieder
JW302	Retourbericht toewijzing	Aanbieder -> gemeente
JW303	Facturatie	Aanbieder -> gemeente
JW304	Retourbericht facturatie	Gemeente -> aanbieder

Bron: bekostiging Jeugd-GGZ inspanningsgericht, VNG (februari 2017).
Wat betreft de JW303 gebruiken wij de JW303D.

Bijlage 2: Regels tijdschrijven J-GGZ.

Definities

- Behandelaar: professional met een geregistreerde GGZ-opleiding die betrokken is bij de behandeling van de cliënt.
- Cliëntcontacttijd: Tijd besteed door de behandelaar aan directe interactie met een cliënt of het 'systeem van de patiënt' (familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten) in het kader van een hulpverleningsplan, face-to-face, telefonisch contact of elektronisch contact (met directie interactie) zoals beeldbellen, sms en Whats-app. Het schrijven van een brief of email valt niet onder 'directe interactie' en valt dus niet onder Cliëntcontacttijd maar onder Indirect-cliënt gebonden tijd.
- Groepscontacttijd: Totale tijd van aanwezige behandelaren, delen door het aantal aanwezige patiënten. Bijvoorbeeld groepstherapie van 1 uur door verpleegkundige en psycholoog (2 x 60 minuten = 120 minuten), delen door de 10 aanwezige cliënten betekent 12 minuten per cliënt.
- Indirect-cliëntgebonden tijd: Tijd besteed door behandelaren aan een cliënt, zonder directe interactie. Onder meer voorbereiding tijd, bijwerken zorgdossier, casusgebonden overleg of het schrijven van een brief of e-mail, reistijd naar de cliënt.
- Cliëntgebonden tijd: optelsom van de optelsom van cliëntcontacttijd, inclusief de groepscontacttijd, en indirect-cliëntgebonden tijd.
- Niet-cliëntgebonden tijd: Tijd van behandelaren die niet is besteed aan cliënten zoals instellingsoverleg, beleidsmatig overleg, ziekte, vakantie, verlof, opleiding, reflectie/intervisie en pauze.
- No-show : de cliënt zegt niet, of minder dan vierentwintig (24) uur voor aanvang, van een afspraak af.

Spelregels tijdschrijven

- Alleen cliëntgebonden tijd geregistreerd door behandelaren mag worden gedeclareerd. Niet-cliëntgebonden tijd mag niet gedeclareerd worden. Deze is verdisconteerd in een opslag op het tarief. De tijd gerelateerd aan no-show mag niet worden gedeclareerd, met uitzondering van behandeling waarbij sprake is van drang of dwang.

Bron: bekostiging Jeugd-GGZ inspanningsgericht, VNG (februari 2017).

Bijlage 3: stappen protocol Beëindiging DBC-systematiek.

Gemeenten dragen zorg voor:

- In oktober 2017 moeten de afspraken over proces, berichtenverkeer en producten bekend zijn bij aanbieders.
- Gemeenten trekken de bestaande toewijzingen die doorlopen tot in 2018 in. Tot 31-12-2017 wordt toegewezen met de productcodes 2017. Pas vanaf 1-1-2018 wordt toegewezen op de nieuwe productcodes.
- Gemeenten sturen voor 31 december nieuwe toewijzingen voor bestaande cliënten die ook in 2018 hulp ontvangen.
- Gemeenten maken afspraken met de aanbieders voor cliënten die in 2018 wel in zorg zijn, maar waarvoor niet tijdig een toewijzing is ontvangen.

Aanbieders doorlopen de volgende stappen:

- De aanbieder zorgt dat zijn software JW303- en JW304-berichten ondersteunt per 1 januari 2018.

- De aanbieder verifieert in het laatste kwartaal van 2017 zijn cliëntenbestand met gemeenten en controleert of voor elke cliënt een toewijzing voor 2018 is aangevraagd of ontvangen.

- De aanbieder beëindigt al zijn DBC's voor J-GGZ uiterlijk op 31 december 2017 (harde afsluiting).

- De aanbieder stuurt zo snel mogelijk de facturen van de afgesloten DBC's in 2017 via een iJW321-bericht in 2018.

- De toewijzingen die lopen vanaf 1 januari 2018 worden alleen nog gefactureerd middels JW303 en JW304-berichten.

Bovenstaande stappen worden inhoudelijk verder uitgewerkt met aanbieders. Hieruit volgt een meer gedetailleerd stappenplan met tijdsplanning voor aanbieders en gemeenten.

Bijlage 4: productenoverzicht 2018.

Omschrijving	Tarief per uur (afgerond op hele euro's)	Tarief per minuut (€)	Normtijd (minuten)
Diagnostiek	105	1,74	880
Crisis	110	1,84	950
Basale stoornissen	102	1,71	2.000
Stabilisatiegroep	99	1,64	3.200
EPA	108	1,81	4.900

Omschrijving	Tarief per cliënt (€)
Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg	345