Reactienota op de inspraak - inkoop 2018 J-GGz.

Regio Midden-IJssel/Oost-Veluwe.

Inleiding:

Deze nota gaat in op de binnengekomen inspraak op de inkoopnotitie voor 2018 van de Jeugd GGz. Die notitie en de voorgestelde wijzigingen vanaf 2018 zijn in de periode 23 juni tot 11 augustus 2017 ter inspraak voorgelegd aan aanbieders. In die periode is een inloopbijeenkomst georganiseerd waar aanbieders met gemeenten in gesprek konden gaan. Op basis van die inloopbijeenkomst is vervolgens nog een verdiepingssessie gehouden. Daar is, in gesprek met aanbieders, verder ingezoomd op vier centrale onderdelen van de inkoopnotitie, namelijk (1) de indeling van Delespaul, (2) de huisartsroute en de normtijden, (3) de consultatiefunctie en kwaliteit en (4) de bedrijfsvoering. Van deze verdiepingssessie is een separaat verslag gemaakt en gepubliceerd op de website van de regio.

Inspraakreacties:

In totaal zijn 12 (uitgebreide) inspraakreacties ontvangen. Een weergave van alle vragen en onze antwoorden daarop is te vinden in bijlage 1. In deze reactienota gaan wij in op de hoofdlijnen van de inspraakreacties. De meeste inspraak gaat wederom over de eerder genoemde centrale onderdelen van de inkoopnotitie.

1) De indeling van Delespaul:

Voor de vervanging van de DBC's zijn wij op zoek gegaan naar een nieuwe indeling. Onze intentie was om een inhoudelijk herkenbare indeling op te stellen, herkenbaar voor professionals, die ruimte biedt en in de praktijk goed hanteerbaar is. Daarom zijn wij al vroegtijdig het gesprek aangegaan met zorgaanbieders en zijn we uitgekomen op de genoemde indeling. Op basis van de indeling zijn drie tarieven berekend die uitgaan van een verschillende zwaarte van functiemix om daarmee recht te doen aan de inzet van diverse professionals bij de behandeling. Wij hebben er niet voor gekozen om uit te gaan van 1 tarief, we denken dat deze differentiatie van 3 tarieven beter aansluit bij de praktijk. Ook is bewust niet gekozen om verschillende tarieven per aanbieder te hanteren: gelijke voorwaarden en tarieven voor alle gecontracteerde aanbieders is al sinds 2015 ons algemene uitgangspunt bij de inkoop. Dit is recent wederom bevestigd in de Inkoopnota voor 2019.

Elke (nieuwe) indeling zal vragen blijven oproepen. Of we nu kiezen voor definities als "specialistisch" ten opzichte van "hoog-specialistisch", of "licht", "middel" en "zwaar", er zal altijd sprake zijn van overlap en discussies over de afbakening van categorieën. Toch willen we zoveel als mogelijk de categorieën nader duiden zodat scherper wordt welke cliënten in welke categorie horen. Al zal er zeker discussie over blijven. Daarom blijven we in gesprek met aanbieders om samen de indeling verder aan te scherpen. Wij zullen hiervoor het initiatief nemen en aanbieders uitnodigen. Tegelijkertijd vragen wij al van aanbieders om de cliënten waarvan de zorg doorloopt van 2017 naar 2018 (overgangscliënten) in te delen in 1 van de genoemde categorieën. Wij gaan er vanuit dat aanbieders dit zorgvuldig zullen doen en vertrouwen op hun professionaliteit.

De vraag van elke cliënt is uniek en bestaat uit een combinatie van individuele problematiek in een bepaald gezinssysteem. Eenzelfde individuele problematiek in een draagkrachtig gezinssysteem vraagt een andere benadering dan wanneer sprake is van een zwakker of zelfs ontbrekend gezinssysteem. De oproep om rekening te houden met de invloed van het gezinssysteem komt duidelijk naar voren in de inspraakreacties. Dat is een terechte toevoeging, juist ook omdat de indeling van Delespaul primair voor de volwassenen psychiatrie is opgesteld. Wij voegen dan ook toe dat wanneer sprake is van een minder draagkrachtig gezinssysteem een zwaardere inzet van professionals gerechtvaardigd is, en dus toekenning mag plaatsvinden van de cliënt in een categorie met een hoger tarief. Dit geldt ook in het algemeen: de vereiste inzet van de zwaarte van de benodigde expertise/functiemix bepaalt de toedeling van een cliënt aan een categorie. Over de benodigde tijd in relatie tot de normtijd/volume wordt bij onderdeel 2 ingegaan.

In de integrale inkoopnota voor 2019 is een voorstel opgenomen voor ordening van zorg- en ondersteuningsproducten. Specialistische GGz zal daarin blijvend herkenbaar als specialiteit worden opgenomen met eigen specifieke kwaliteitskenmerken. Die indeling voor 2019 voegen wij toe aan de indeling van Delespaul als nadere duiding van de categorieën. De oorspronkelijke omschrijving van de categorieën van Delespaul uit de inkoopnota GGz waren als volgt:

1) Cliënten met basale psychische stoornissen: deze cliënten kunnen gedurende beperkte tijd met evidence-based programma's behandeld worden. Wij voegen hieraan toe dat het "beter worden" en verdere ontwikkeling van de cliënt belangrijke onderdelen zijn. Wij voegen het kernwoord *Perspectief* toe.
2) De stabilisatie groep: cliënten die alleen met continue begeleiding stabiel blijven. Deze continue begeleiding geeft aan dat over een langere periode behandeling nodig is. Deze behandeling kan op sommige tijden juist meer of minder frequent zijn. Wij voegen het kernwoord *Duurzaam* toe.
3) Cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA): hier is sprake van langdurige psychiatrische stoornissen met ernstige maatschappelijke beperkingen. Het betreft de zwaardere problematiek die inzet van zwaardere professionals vraagt. Stabilisatie van de problematiek maar ook verdere ontwikkeling staan centraal. Wij voegen het kernwoord *Intensief* toe.

In gesprek met aanbieders zal de indeling verder worden aangescherpt. De komende bestandsvergelijking van overgangscliënten zal meer zicht geven op hoe aanbieders hun cliënten hebben toebedeeld aan de verschillende categorieën.

2) De huisartsroute en de normtijden:

Veel reacties gaan in op het administratieve proces in relatie tot de gestelde normtijden. Op dit onderdeel wijzigen wij de notitie. Het is niet de bedoeling om aanbieders op te zadelen met extra administratieve lasten. Daarom zullen de gestelde normtijden/volume fors worden verruimd. We houden wel vast aan het principe van normtijden omdat dit voor gemeenten waardevolle monitorinformatie oplevert (zowel op niveau van de aanbieder als per gemeente) over de mate waarin dienstverleningsopdrachten (DVO) worden verlengd. Wij stellen de normtijden dusdanig vast dat hiermee het grootste deel van de behandelingen, zonder verlenging, zou kunnen worden afgerond.

In de verdiepingssessie met aanbieders is ook gesproken over de geldigheidsduur van een DVO. Ook dit passen wij aan. We differentiëren de geldigheidsduur van de DVO passend bij de verschillende behandelingen.

Tot slot wijzigen wij ook, in reactie op de inspraak, de normtijden en geldigheidsduur van de crisis en diagnostiek. Dit leidt tot het volgende overzicht:

Categorie:	**Normtijd/volume (in minuten):**	**Geldigheidsduur DVO:**
Basale stoornissen/Perspectief	8000	1 jaar
Stabilisatiegroep/Duurzaam	10000	2 jaar
EPA/Intensief	12000	2 jaar
Crisis behandeling	1800	2 maand
Diagnostiek	1500	3 maand

Toelichting administratieve proces, in aansluiting op het schema uit de inkoopnotitie:

Na verwijzing van de huisarts verzorgt de aanbieder de intake en diagnostiek. Wanneer blijkt dat er géén behandeling nodig is, vraagt de aanbieder (dus achteraf) een DVO aan voor alleen de diagnostiek zodat hij deze minuten kan declareren. De maximaal toegestane normtijd voor diagnostiek is dus 1500 minuten. Gelet op de geldigheidsduur zal deze diagnostiek binnen 3 maanden moeten zijn afgerond.

Wanneer op grond van de diagnostiek blijkt dat er wél behandeling nodig is, vraagt de aanbieder (dus voordat de behandeling start) een DVO aan. De aanbieder geeft daarbij aan tot welke categorie (basaal, stabilisatie of EPA) de cliënt hoort. In geval van behandeling veronderstellen we de diagnostiek als onderdeel van de behandeling waarvoor géén aparte DVO hoeft te worden aangevraagd. Dit doen we om de administratieve lasten voor aanbieders te beperken. De aanbieder krijgt dus een DVO met daarin opgenomen de standaard normtijd en de geldigheidsduur van de DVO.

Wanneer de normtijd is bereikt en er toch nog verdere behandeling nodig is, vraagt de aanbieder een verlenging van de DVO aan. Die wordt afgegeven door de gemeentelijke toegang zonder inhoudelijke toetsing, tenzij de cliënt toestemming heeft gegeven voor het delen van informatie. Met een verlenging van de DVO wordt opnieuw de volledige standaard normtijd toegekend. Bij verlengingen schuift de geldigheidsduur van de DVO niet op.

Wanneer de geldigheidsduur van de oorspronkelijk toegekende DVO wordt bereikt en er is toch nog behandeling nodig, dan is een nieuwe verwijzing van de huisarts (of gemeentelijke toegang) nodig. Op dat moment kan de oorspronkelijke verwijzer opnieuw oordelen of verdere behandeling nodig is.

Wij zijn van mening dat deze substantiële ophoging van de normtijden en de verruiming van de geldigheidsduur van de DVO tegemoet komen aan de inspraakreacties. Het voorkomt te veel administratieve lasten maar levert gemeenten ook monitorinformatie op, zowel op aanbieder- en gemeenteniveau. Deze monitorinformatie komt aan de orde in de diverse accountgesprekken.

3) Bedrijfsvoering en tarieven:

Enkele inspraakreacties geven aan dat de tarieven in de inkoopnotitie te laag zouden zijn. Ons uitgangspunt is dat wij uitgaan van de vaststelling van reële tarieven. Op die manier zijn de tarieven dan ook berekend, op basis van eigen informatie, informatie vanuit de VNG en de informatie die verkregen is door de uitvraag bij zorgaanbieders. Wij zien nog beperkte ruimte om de tarieven van de categorieën Basale stoornissen/Perspectief (+1,80 euro per uur) en EPA/Intensief (+2,40 euro per uur) aan te passen, waarmee we tegemoet komen aan de inspraakreacties. Daarnaast passen we de uurtarieven voor Stabilisatiegroep/Duurzaam (+1,20 euro per uur) en Crisisbehandeling (+0,40 euro per uur) aan. De reden daarvoor is om afrondingsproblemen bij de facturatie te voorkomen. Voor de duidelijkheid geven wij aan dat dit all-in tarieven zijn.

Voor de integrale inkoop 2019 zal een omvangrijke inventarisatie van kostprijzen plaatsvinden. Op dat moment is er ook meer zicht op hoe deze nieuwe tarieven uitpakken in de praktijk. Juist ook in relatie tot het gebruik van de nieuwe indeling van behandelcategorieën. De percentuele verdeling van cliënten over die categorieën is op dit moment nog niet bekend maar heeft wel degelijk een financieel effect. De inkoop voor 2019 zien wij als het moment om tarieven opnieuw te bepalen en voor langere tijd vast te leggen, ook in vergelijking tot de tarieven voor de andere zorg- en ondersteuningsproducten.

Wij corrigeren het opslag tarief voor de beschikbaarheid van crisisopvang. Op basis van informatie van de NZa stellen wij dit tarief vast op 690 euro per cliënt (was 345 euro per cliënt).

Daarnaast voegen wij, naar aanleiding van de inspraakreacties, een extra categorie toe aan de Verblijfprestaties, namelijk categorie H voor de financiering van de High Intensive Care. Daarbij volgen wij de NZa die met ingang van dit jaar ook deze categorie heeft toegevoegd. Het tarief is een afgeleide van de NZa tarieven.

Dit leidt tot het volgende overzicht:

Categorie	**€ / uur**	**€ / minuut**
Basale stoornissen/Perspectief	103,8	1,73
Stabilisatiegroep/Duurzaam	100,2	1,67
EPA/Intensief	110,4	1,84
Diagnostiek	105,0	1,75
Crisis behandeling	110,4	1,84

Categorie	**€ / cliënt**
Beschikbaarheidscomponent Crisis	690

Categorie	**€ / etmaal**
Deelprestatie verblijf GGZ H (High Intensive Care)	439

De invoering van de nieuwe werkwijze heeft grote gevolgen voor de bedrijfsvoering van zowel aanbieders als gemeenten. Om zorg te dragen voor een soepele overgang zullen wij tijdig met aanbieders communiceren en hen betrekken bij de uitwerking ervan. Inmiddels zijn de voorbereidingen in volle gang. Daarbij trekken gemeenten gezamenlijk op zodat afspraken regionaal op dezelfde manier worden uitgevoerd.

4) De consultatiefunctie:

Over de consultatiefunctie zijn enkele reacties binnen gekomen, waarbij de belangrijkste zich toespitsen op de vraag wie er tot de expertpool wordt toegelaten om ‘consultatie’ te kunnen bieden. We constateren dat het gebruik van de expertpool hier verwarrend werkt. Daarom passen we de constructie aan. Uitgangspunt is dat elke aanbieder consultatie kan leveren na akkoord van de lokale toegang, dus ook aanbieders die niet in de expertpool zitten.

De werkafspraken hieromtrent zijn op basis van de marktconsultatie nog wat uitgewerkt en aangescherpt. Verder blijkt uit de reacties vooral dat aanbieders de consultatiefunctie als een waardevolle toevoeging zien. We gaan in de praktijk monitoren hoe het gebruik van de functie zich ontwikkelt en waar nodig stellen we afspraken bij.

Planning en vervolg:

De lijn van de inkoopnotitie en de wijzigingen zoals opgenomen in deze Reactienota worden verwerkt in de Raamovereenkomst voor 2018. Aanbieders moeten zich intekenen op de nieuwe diensten die zij vanaf 2018 willen leveren. Daarnaast moeten aanbieders aangeven voor welke cliënten de zorg doorloopt van 2017 naar 2018. Voor deze overgangscliënten krijgen aanbieders een DVO met geldigheidsduur en normtijd zoals hierboven opgenomen. Wij zullen aanbieders benaderen en per aanbieder een zogenoemde bestandsvergelijking uitvoeren. Tot slot blijven wij graag in nauw contact met onze aanbieders om deze overgang soepel te laten verlopen. Daarvoor organiseren wij begin november een regionale bijeenkomst waarbij de inrichting van de bedrijfsvoering centraal zal staan.

Activiteit:	Datum:
Collegebesluiten	Week 39: 26 september
Uitvraag overgangscliënten (bestandsvergelijking)	Week 40
Regionale voorlichtingsbijeenkomst	Week 44
Aanlevering uitvraag zorgaanbieder	Uiterlijk week 46
Overleg en bestandsvergelijking	Week 48
Intekening aanbieders Raamovereenkomst 2018	Uiterlijk week 50
Toewijzingen overgangscliënten	Vanaf week 50