



Factsheet Jeugd GGZ inkopen met DBC's en Basis GGZ

1 Inleiding en doel van dit document

Gemeenten zijn vanaf 2015 verantwoordelijk voor de inkoop van Jeugd-GGZ. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) en de Vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) hebben afspraken¹ gemaakt om ervoor zorg te dragen dat de Jeugd-GGZ een 'zachte landing' krijgt bij de gemeenten. Deze zachte landing beoogt dat op korte termijn de benodigde zorgcontinuïteit met aanbieders kan worden overeengekomen en op langere termijn de transformatie kan worden ingezet waar dit mogelijk is.

In het kader van deze afspraken heeft de VNG diverse ondersteuningsproducten² ontwikkeld om gemeenten te helpen bij de inkoop van Jeugd-GGZ. Eén van de ondersteuningsproducten is een overzicht van veelgestelde vragen³ (Q&A). Daarin zijn antwoorden te vinden op vragen die gesorteerd zijn langs de volgende thema's:

- Landelijk akkoord ZN en VNG
- Adviesrol zorgverzekeraars
- Gemeenten en zorginkoop
- Organisatie van de zorginkoop en governance
- Raamovereenkomsten en regionale modelovereenkomsten
- DBC's en bekostiging van de zorg
- Continuïteit van zorg
- Toegang
- Vrijgevestigden.

Deze factsheet biedt concrete feiten, voorbeelden, opties en tekstvoorstellen die gemeenten in hun overeenkomst

1 https://www.vng.nl/files/vng/201402_onderhandelingsresultaat_zn_en_vng.pdf.

2 <https://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/decentralisatie-jeugdhulp/toolkit-inkoop-jeugd-ggz>.

3 <https://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/decentralisatie-jeugdhulp/veelgestelde-vragen>.

kunnen opnemen. De focus ligt op thema's die specifiek zijn voor Jeugd-GGZ. Dit document is op veel van deze thema's een verdieping van de Q&A. Daarmee vormt deze factsheet een handvat bij het tot stand brengen en vastleggen van afspraken tussen gemeente en aanbieder van Jeugd-GGZ.

2 Opbouw van dit document

Deze factsheet gaat in op de belangrijkste thema's in de overgang van bestaande landelijke GGZ-structuren naar een nieuwe aanpak door gemeenten. Voor deze thema's bevat dit document concrete feiten, voorbeelden, opties en tekstvoorstellen die gemeenten in hun overeenkomst kunnen opnemen.

Naast de specifieke thema's rond Jeugd-GGZ zullen partijen in overeenkomsten ook andere onderwerpen vastleggen die breder relevant zijn, bijvoorbeeld over toegang, privacy en aanlevering van beleidsinformatie aan het Centraal Bureau Statistiek (CBS). Deze meer generieke onderwerpen zijn niet in deze factsheet opgenomen.

Gemeenten kunnen zelf toetsen of zij klaar zijn voor de inkoop van Jeugd-GGZ met de 'Zelfcheck Inkoop Jeugd-GGZ'⁴. In de volgende hoofdstukken zijn de volgende Jeugd-GGZ-specifieke onderwerpen uitgewerkt. Als referentie is in *kursief* een verwijzing opgenomen naar een vraag in de 'Zelfcheck Inkoop Jeugd-GGZ'.

- 1 Wat is de bestaande hoofdstructuur? (*zie zelfcheck: vraag 2*)
- 2 Hoe past deze hoofdstructuur in het gemeentelijke domein?
- 3 Afbakening (reikwijdte) van Jeugd-GGZ (*zie zelfcheck: vraag 6*)
- 4 Spelregels Specialistische Jeugd-GGZ (*zie zelfcheck: vraag 6*)
- 5 Spelregels Generalistische Basis GGZ (*zie zelfcheck: vraag 6*)
- 6 Spelregels dyslexie
- 7 Tarieven (*zie zelfcheck: vraag 6*)
- 8 Varianten van overeenkomsten (*zie zelfcheck: vraag 5*)
- 9 Afspraken over langlopende DBC's per boekjaar (*zie zelfcheck: vraag 5*)
- 10 Bevoorschotting (*zie zelfcheck: vraag 5*)
- 11 Toepassing ROM (*zie zelfcheck: vraag 8 en 9*)
- 12 De factuur (*zie zelfcheck: vraag 9*).

Noot: Dyslexie is formeel geen onderdeel van de Jeugd-GGZ, maar is wel gerelateerd. Immers sinds 2012 gebeurt de bekostiging van ernstige enkelvoudige dyslexie in dezelfde DBC-systematiek als de specialistische GGZ: met DBC's. Gemeenten kunnen ervoor kiezen om voor dyslexie ook de bestaande structuren te hanteren. Vanwege de overeenkomstige structuren, beschrijft dit factsheet ook op welke wijze gemeenten DBC's kunnen gebruiken voor de inkoop van ernstige enkelvoudige dyslexie.

3 Wat is de bestaande hoofdstructuur?

Vanwege de complexe overheveling hebben VNG, VWS en ZN afgesproken dat enkele 'landelijke structuren' maximaal drie jaar in stand blijven. Door het tijdelijk in stand houden van deze hoofdstructuur wordt voorlopig houvast geboden op administratief gebied en op de techniek van contractering. Hiermee nemen wij bij de aanbieders van Jeugd-GGZ een grote zorg weg. Onder deze 'landelijke structuren' hebben partijen het volgende bedoeld:

- 1 De hoofdstructuur voor de bekostiging en prestaties zoals die nu geldt in de GGZ. Deze hoofdstructuur bestaat uit basis generalistische GGZ producten (GB-GGZ) en DBC's voor de specialistische GGZ;
- 2 Gemeenten baseren zich in hun contractering voor 2015 op maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa);
- 3 Wij onderzoeken of het mogelijk is om aanspraken op zorg die nu zijn vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) over te nemen als handreiking voor gemeenten;
- 4 Gemeenten gaan met hun administratie en facturatie aansluiten op de bestaande landelijke structuur (VECOZO portaal⁵). Uitgangspunt wordt dat Jeugd-GGZ zorgaanbieders hun declaraties indienen via VECOZO, waarna deze doorgaan naar gemeenten.

4 http://www.vng.nl/files/vng/20140602_zelfcheck-inkoop-jeugdggz.ppt.

5 <https://www.vecozo.nl/>

Om deze landelijke structuren 'Jeugdwet-proof' te maken, wordt per 2015 een beperkt aantal jeugd-specifieke aanpassingen opgenomen voor de Jeugd-GGZ. Deze aanpassingen worden toegelicht in deze factsheet.

4 Hoe past deze hoofdstructuur in het gemeentelijke domein?

De bestaande hoofdstructuur voor GGZ, zoals beschreven in hoofdstuk 3, gaat uit van een factuur per cliënt die de zorgaanbieder toestuurt aan de zorgverzekeraar. Vertaald naar de rol voor gemeenten per 2015, kan deze hoofdstructuur worden ingezet voor de bekostiging van GGZ-zorg op die plaatsen waar dit cliëntvolgend plaatsvindt, oftewel voor zorgvormen waarbij op cliëntniveau een factuur wordt opgesteld. Dit geldt in ieder geval voor Jeugd-GGZ in het kader van een individuele of maatwerkvoorziening.

Naast deze cliëntvolgende bekostiging, kunnen gemeenten kiezen voor het toegankelijk maken van GGZ-expertise en zorg op een wijze waarbij een factuur per jeugdige niet passend is. Dit kan het geval zijn wanneer GGZ-expertise ingezet wordt in het kader van een algemene voorziening. Bijvoorbeeld door een GGZ-professional de rol te geven in een wijkteam, als zorgverlener of bij het ondersteunen van besluiten over toegang tot specialistische zorg. De bekostiging van dit soort taken kan dan ook op formatiebasis gebeuren. In dat geval is er geen sprake van het declareren van DBC's of basis GGZ.

In het kader van de transformatie die gemeenten voor deze vorm van zorg willen bereiken, kan bovenstaand onderscheid aan de orde worden gesteld in de inkoopgesprekken met aanbieders van GGZ-zorg.

5 Afbakening (reikwijdte) van Jeugd-GGZ

Welke zorg verzekerd is, (ofwel de reikwijdte) is op hoofdlijnen vastgelegd in de Zvw en wordt nader bepaald door het Zorginstituut Nederland ((hierna: ZIN), voorheen CVZ). De afbakening van curatieve GGZ staat beschreven op de website van ZIN⁶. Op deze website worden ook vele behandelmethoden genoemd die niet vallen onder de reikwijdte van de Zvw.

Wat Jeugd-GGZ wel en niet is, is nu onder de Zvw dus relatief duidelijk. Dit vervalt juridisch gezien met ingang van 2015. Toch kunnen gemeenten die duidelijkheid voor de korte termijn beter meenemen in de eerste jaren van de Jeugdwet in het kader van de 'zachte landing'. Een overweging daarbij is dat het budget dat gemeenten ontvangen voor de Jeugd-GGZ ook is gebaseerd op de gedeclareerde GGZ-zorg binnen dit reikwijdte besluit. In overeenkomsten kunnen gemeenten voor de afbakening van Jeugd-GGZ verwijzen naar de afbakening die het ZIN opstelt voor volwassenen. Onderstaande tekstkader bevat een voorbeeldtekst.

Alleen vormen van GGZ-zorg die vallen binnen de reikwijdte van de Zvw, zoals beschreven door het Zorginstituut Nederland (ZIN), vallen binnen de reikwijdte van deze overeenkomst.

Uiteindelijk is het aan gemeenten en zorgaanbieders welke afspraken ze met elkaar maken over de omvang van het voorzieningenniveau voor jeugdhulp, ook in de GGZ. Gemeenten mogen dus van deze reikwijdte afwijken, bijvoorbeeld door behandelingen die op de website van het ZIN⁷ worden uitgezonderd zelf wel te contracteren bij zorgaanbieders en te betalen wanneer jeugdigen deze gebruiken, mits voldaan wordt aan lokale toegangsvereisten. Voor deze vormen van zorg komt dan niet een DBC maar een overzicht van de geregistreerde verrichtingen op de factuur.

Gemeenten kunnen er voor kiezen het voorzieningenniveau voor specifieke zorgvragen in te perken. Omdat dit een wijziging van huidige praktijk die bij aanbieders en jeugdigen bekend is zou betekenen, is het raadzaam dergelijke inperkingen goed te beargumenteren en communiceren.

6 <http://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/geneeskundige+ggz/verzekerde+ggz>

7 <http://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/geneeskundige+ggz/verzekerde+ggz>

Dyslexie

Ernstige enkelvoudige dyslexie (hierna: EED) valt tot 2015 onder de Zorgverzekeringswet voor jeugdigen van 7 jaar en ouder die basisonderwijs volgen. Omdat deze aanspraak per 2015 niet langer onder de Zvw valt, is het aan de gemeente om te bepalen in welke situaties zorg voor EED kan worden verleend. Eventueel kan de reikwijdte die geldt tot 2015 hiervoor als uitgangspunt worden genomen.

Recent het de VNG een factsheet over dyslexie gepubliceerd: <http://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/decentralisatie-jeugdhulp/nieuws/handreiking-voor-gemeenten-dyslexie-onder-de-jeugdwet>

Noot: Dyslexie is formeel geen onderdeel van de Jeugd-GGZ, maar wel daaraan gerelateerd vanwege het feit dat de bekostiging plaatsvindt in dezelfde systematiek als de specialistische GGZ. De NZa stelt voor EED ook prestaties en maximum-tarieven vast in de vorm van DBC's. Om die reden bevat deze factsheet ook informatie over EED.

Systeemcontacten

De reikwijdte besluiten hebben als focus de behandeling van de cliënt. In het kader van de behandeling van een jeugdige zal de behandelaar ook contact hebben met de ouders en deze ouders waar nodig begeleiden. Dit wordt binnen de behandeling van de jeugdige geregistreerd als systeemcontact. Deze systeemcontacten zijn integraal onderdeel van de inkoopafspraken voor Jeugd-GGZ. Het is dus niet nodig hier aparte afspraken over te maken. Indien er sprake is van een GGZ-stoornis bij de ouders, opent de aanbieder voor de volwassene een andere DBC waarvan de factuur aan de zorgverzekeraar toegestuurd wordt.

Huisarts en POH-GGZ

Voorafgaand aan de GGZ-zorg, heeft de huisarts een rol als poortwachter. Als er sprake is van (een vermoeden van) een GGZ-stoornis wordt door de huisarts en zijn praktijkondersteuners GGZ (hierna: POH-GGZ) basiszorg verleend, onafhankelijk van de leeftijd van de cliënt. Ook in 2015 hebben jeugdigen recht op deze basiszorg vanuit de huisartsenfinanciering via de Zvw.

Voor het leveren basiszorg op het gebied van GGZ contracteert de huisarts een praktijkondersteuner GGZ, de POH-GGZ. De huisarts krijgt hiervoor middelen beschikbaar van de zorgverzekeraar. Deze basiszorg betreft met name gesprekken en behandelcontacten. Wanneer in het kader van samenwerking in de wijk een andere rol van, of samenwerking met huisarts of de POH-GGZ gewenst is, kunnen gemeenten hierover een gesprek aangaan met de huisarts.

Wanneer naar inschatting van de huisarts sprake is van sociale problematiek, kunnen de voorzieningen in het jeugddomein een goed alternatief vormen voor een behandeling in de Jeugd-GGZ. Als er wel een verwijzing nodig is maakt de huisarts de keuze tussen basis GGZ en specialistische GGZ. Hij wordt bij deze keuze ondersteund door de POH-GGZ. Wanneer dit later blijkt niet de juiste keuze te zijn, is een nieuwe verwijzing door de huisarts nodig.

Medicatie

Extramurale medicijnen die door een arts worden voorgeschreven in het kader van de GGZ-stoornis blijven in de Zvw. Wanneer een psychiater deze medicatie voorschrijft, komt dit contact tussen deze medicus en jeugdige voor rekening van de gemeente omdat dit valt onder de Jeugdwet.

6 Spelregels Specialistische-GGZ

Jeugd-GGZ kan door aanbieders worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar in de vorm van prestaties die de NZa vaststelt: DBC's voor de specialistische GGZ (DBC's GGZ) en generalistische basis GGZ (hierna: GB-GGZ). Dit hoofdstuk beschrijft de spelregels voor specialistische GGZ. Hoofdstuk 7 gaat over GB-GGZ. Voor een nadere beschrijving over het onderscheid tussen specialistische en basis GGZ verwijzen wij naar de veelgestelde vragen⁸ (Q&A) op de website van de VNG.

Om DBC's te mogen declareren, dienen zorgaanbieders zich aan spelregels te houden. Voor 2015 worden deze spelregels uitgebreid met een aantal specifieke onderdelen voor Jeugd-GGZ. Dit zogenaamde 'spelregeldocument' wordt

8 <https://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/decentralisatie-jeugdhulp/veelgestelde-vragen>.

opgesteld door de stichting DBC-Onderhoud. Deze spelregels worden voor volwassenen formeel vastgesteld door de NZa. In het spelregeldocument is in kaders opgenomen welke specifieke onderdelen zijn toegevoegd voor Jeugd-GGZ. Omdat de NZa formeel alleen besluiten kan nemen voor volwassenen, gelden deze spelregels in 2015 voor GGZ-zorg voor volwassenen. Indien gemeenten in hun overeenkomsten verwijzen naar deze spelregels worden deze spelregels ook geldig voor de jeugd. Het verwijzen naar deze spelregels betekent het formuleren van eisen aan de werkprocessen van zorgaanbieders waarmee rechtmatigheidscontrole door de gemeente als opdrachtgever mogelijk is.

De spelregels voor de specialistische GGZ vallen uiteen in verschillende regels voor verschillende processtappen. De processtappen zijn achtereenvolgens registratie, validatie en declaratie. Deze factsheet gaat in op deze processtappen.



Figuur 1. Stappen die aanbieder doorloopt bij het gebruik van DBC's

Registratie

De spelregels rondom het registreren van DBC's voor de Jeugd-GGZ staan in het spelregeldocument DBC 2015. Deze is vanaf 1 juli 2014 te vinden op de website van DBC-Onderhoud⁹. In deze factsheet leggen wij niet alle spelregels uit. Wij beperken ons tot de verschillen die voor gemeenten relevant zijn om te weten. De belangrijkste inhoudelijke aanpassingen zijn:

- **Situatie 1-1-2015**
Vanwege de invoering van de Jeugdwet schrijft de NZa aan zorgaanbieders voor dat alle openstaande DBC's voor jeugdigen per 31-12-2014 worden afgesloten en gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder opent daarop een vervolg-DBC met een nieuwe debiteur (de gemeente) op basis van het woonplaatsbeginsel. Het zorgtraject loopt daarbij gewoon door;
- **Verhuizing**
Bij een DBC voor volwassenen is het moment van openen van de DBC bepalend voor bij welke zorgverzekeraar gedeclareerd wordt, ook als de verzekerde tussentijds wijzigt van verzekeraar. Dit is bij gemeenten anders. Bij de Jeugd-GGZ geldt dat bij verhuizing naar een andere gemeente gedurende het behandeltraject (dus de zorg loopt door) de DBC wordt afgesloten en gedeclareerd bij de 'oude' gemeente. Vervolgens wordt er een nieuwe DBC geopend die uiteindelijk wordt gedeclareerd bij de 'nieuwe' gemeente;
- **18 jaar**
Wanneer een jeugdige 18 jaar wordt, sluit de aanbieder het lopende DBC en factureert de aanbieder de tot dat moment geleverde zorg .

De productstructuur voor de specialistische Jeugd-GGZ kent met ingang van 2015 twee extra prestaties die de volwassenen GGZ niet kent: consultatie en zorgcoördinatie. Dit zijn de prestaties consultatie en zorgcoördinatie zoals bedoeld in hoofdstuk 3. Voor deze prestaties wordt geen landelijk tarief vastgesteld door de NZa en de VNG geeft geen tariefadvies. Gemeenten en aanbieders zullen daarom samen voor deze nieuwe prestatie(s) een prijs per uur overeen moeten komen. De volgende definities zijn opgenomen in het spelregeldocument.

- **Consultatie** kan worden verleend over een jeugdige, aan en op verzoek van een verwijzer zoals bedoeld in de Jeugdwet of een andere jeugdhulpaanbieder die de behandelaar is van de jeugdige. Dit zijn de mogelijke aanvragers van de consultatie. De aanvrager vraagt om specialistisch advies of stelt een gerichte specialistische vraag in het kader van toegang tot zorg, doorverwijzing of diagnostiek. De prestatie consultatie kan worden gefactureerd aan de gemeente op basis van het woonplaatsbeginsel, indien deze consultatie een tijdsbesteding vraagt die meer is dan 30 minuten en mits voor deze dienstverlening een overeenkomst bestaat tussen deze gemeente en de aanbieder met daarin afspraken over een prijs per uur voor consultatie. In deze overeenkomst kan als aanvullende voorwaarde een maximum aantal uur per consultatie voor een jeugdige worden

9 <http://www.dbconderhoud.nl/ggz>

opgenomen. Declaratie vindt plaats in meervouden van een half uur;

- Zorgcoördinatie voor en rond een jeugdige is het afstemmen tussen enerzijds de zorgbehoefte van de jeugdige en anderzijds het zorgaanbod dat door meerdere aanbieders en ondersteuners parallel en/of volgtijdelijk wordt uitgevoerd. Zorgcoördinatie wordt gedurende een vooraf bepaalde periode ingezet op verzoek van de gemeente op basis van het woonplaatsbeginsel. De prestatie zorgcoördinatie kan worden gefactureerd aan deze gemeente mits voor deze dienstverlening een overeenkomst bestaat tussen deze gemeente en de aanbieder, met daarin afspraken over een prijs per uur voor zorgcoördinatie. In deze overeenkomst kunnen aanvullende voorwaarden voor deze vorm van dienstverlening worden opgenomen, bijvoorbeeld een maximum aantal uur per week. Declaratie vindt plaats in meervouden van een half uur.

Een gemeente kan het gebruik van de spelregels formaliseren door een verwijzing naar de spelregels op te nemen in de overeenkomst. Door een verwijzing op te nemen naar de spelregels is het ook mogelijk om achteraf de rechtmatigheid van een gedeclareerde DBC te controleren.

Opdrachtnemer is verplicht de spelregels rondom de registratie van DBC's te volgen. De spelregels zijn opgenomen in het document 'Spelregels DBC registratie GGZ 2015'. Dit document is te downloaden van de website van DBC-Onderhoud (www.dbconderhoud.nl).

Validatie

Als de DBC wordt afgesloten, volgt een technische validatie. Gemeenten kunnen de validatie formaliseren door een artikel hierover op te nemen in de overeenkomst. U kunt hiervoor gebruikmaken van onderstaande teksten uit de regeling van de NZa die zorgaanbieders verplicht een validatiemodule te gebruiken.

- 1 De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit trail mogelijk is. De gemeente moet te allen tijde de mogelijkheid hebben om de DBC-registratie op juistheid te controleren;
- 2 De zorgaanbieder neemt ten behoeve van de DBC-registratie en declaratie van DBC's in hun registratie- en declaratiesoftware een validatiemodule op. Het document '*Validatieregels GGZ 2015 Jeugd*' bevat de specificaties waaraan de validatiemodule moet voldoen. Dit document is te downloaden van de website van **DBC-Onderhoud** (www.dbconderhoud.nl). De validatiemodule dient zodanig te zijn ingericht dat uitsluitend DBC's in rekening kunnen worden gebracht die niet strijdig zijn met de inhoud van de DBC-spelregels;
- 3 De zorgaanbieder hanteert de validatiemodule als instrument om de betrouwbaarheid van DBC's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. Verificatie geschiedt op basis van gegevens in bronbestanden.

Referentie: Artikel 3 van de *Nadere Regeling Gespecialiseerde GGZ (NR/CU-538)* van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels).

Declaratie

De VNG heeft, in het kader van een zachte lading, afspraken gemaakt opdat gemeenten de huidige ICT declaratiestructuur voor GGZ kunnen gaan gebruiken. De declaratie gebeurt conform een landelijk uniforme systematiek. Dit betekent dat aanbieders individuele zorg kunnen declareren via VECOZO, waarna de factuur bij de juiste gemeente komt op basis van het woonplaatsbeginsel. Een toelichting op de gestandaardiseerde inhoud van de factuur staat in paragraaf 13.1.

Het programma VISD van VNG kan u nader informeren over de wijze waarop het ICT-landschap van gemeenten kan worden aangesloten op Vecozo en op welke wijze er wordt gewerkt aan de interne processen en bedrijfsvoering van gemeenten. Vanaf de zomer 2014 zal over dit thema actief richting gemeenten worden gecommuniceerd door KING en de VNG.

7 Spelregels Generalistische Basis GGZ

Net als bij de gespecialiseerde GGZ moeten aanbieders in de basis GGZ zich houden aan spelregels om te kunnen declareren en zijn er de processtappen registratie en declaratie. De basis GGZ kent geen spelregeldocument zoals de gespecialiseerde GGZ. De spelregels rondom registratie staan in een regeling van de NZa. Deze spelregels kunt u overnemen. Let hier wel op de positie van de Kinder- en jeugdpsycholoog NIP en de Orthopedagoog Generalist_NVO.

Deze worden in deze spelregels niet genoemd, maar gemeenten kunnen hen volgens de Jeugdwet wel contracteren. Gemeenten moeten dan zelf goed nadenken over spelregels en afspraken die zij willen maken in de contractering. Ook worden zij per 1 januari 2015 worden opgenomen in het kwaliteitsregister Jeugd.

- De opdrachtnemer neemt de registratieverplichtingen, zoals vastgelegd in de Nadere regeling Generalistische Basis GGZ (NR/CU-539) of de opvolger daarvan, in acht. Daar waar zorgautoriteit en zorgverzekeraar staat, moet u gemeente lezen.
- of
- De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de juiste registratie
 - De registratie van het behandeltraject start op het moment dat een patiënt zich met een (nieuwe) zorgvraag bij de zorgaanbieder in de basis GGZ meldt voor de intake en diagnostiek of in geval van een vervolgprestatie chronisch
 - De registratie van het behandeltraject eindigt nadat het behandeltraject is afgerond
 - De daadwerkelijke verleende behandelcomponenten per prestatie worden geregistreerd
 - Een hoofd- of medebehandelaar registreert apart de patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd die hij daadwerkelijk heeft besteed
 - Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers
 - Indien meerdere behandelaars bijdragen aan het uitvoeren van een behandelcomponent, wordt deze component slechts eenmaal per prestatie geregistreerd
 - Er kunnen niet meerdere prestaties tegelijkertijd worden geregistreerd bij dezelfde patiënt.
 - De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit trail mogelijk is. De gemeente moet te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

Referentie: Artikel 4 Nadere Regeling Generalistische Basis GGZ (NR/CU-539) van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels).

Net als voor de DBC's (hoofdstuk 6) kan de huidige ICT declaratiestructuur kunnen gebruiken. Dit betekent dat aanbieders kunnen declareren via Vecozo waarna de factuur bij de juiste gemeente komt op basis van het woonplaatsbegin-sel. Het programma VISD van de VNG kan u nader informeren over de wijze waarop het ICT-landschap van gemeenten kan worden aangesloten op Vecozo. Een toelichting op de gestandaardiseerde inhoud van de factuur staat in paragraaf 13.2.

8 Spelregels Dyslexie

Dyslexie is geen geestelijke gezondheidszorg maar is de afgelopen jaren wel gedeclareerd via de DBC's voor de GGZ. Dit betekent dat voor de dyslexie op dit moment dezelfde spelregels gelden als voor de gespecialiseerde GGZ. Hierop is één uitzondering, de orthopedagoog-generalist en kinder- en jeugdpsycholoog mogen ook hoofdbehandelaar zijn bij dyslexie.

Dyslexiezorg wordt gedeclareerd onder de diagnosegroep 'overige stoornissen in de kindertijd'. In de (twaalfcijferige, alfanumerieke) DBC-prestatiecode, die op de factuur verschijnt, kunt u de levering van dyslexiezorg herkennen. Op de positie vier, vijf en zes van de code staat 017.

Gemeenten kunnen in de overeenkomst met een aanbieder van dyslexiezorg dezelfde verwijzingen opnemen als bij registratie en declaratie van de gespecialiseerde GGZ. Per 2015 stelt de NZa geen regels meer vast voor dyslexiezorg omdat dyslexie uit de Zorgverzekeringswet verdwijnt. De spelregels rond dyslexie blijven onderdeel van het spelregel-document, zie hoofdstuk 6, in speciale kaders die van toepassing zijn voor de jeugd.

9 Tarieven

In het huidige stelsel (Zvw) is sprake van een semi-gereguleerde markt voor de Jeugd-GGZ, waarin sprake is van door de NZa vastgestelde maximum tarieven. Die maximum tarieven zetten een zekere beperking op de ruimte die verzekeraars en zorgaanbieders hebben om afspraken te maken. Deze regulering vervalt in de Jeugdwet.

Gespecialiseerde GGZ (inclusief dyslexie)

De (Jeugd-) GGZ kende de afgelopen jaren maximumtarieven. De hoogte hiervan baseert de NZa op de gemeten gemiddelde historische kosten van aanbieders. Omdat het een gemiddelde is, is de hoogte gelijk voor 'volwassenen' als 'jeugd' GGZ.

Zoals eerder aangegeven valt de GGZ voor jeugdigen niet langer onder de regelgeving van de NZa. Gemeenten zijn vrij om zelf de hoogte van het tarief vast te stellen. Gemeenten kunnen de tarieven van de NZa wel als referentie gebruiken, waarbij gemeenten zowel een korting als een verhoging kunnen opnemen in de overeenkomst indien gewenst. De verzekeraars kunnen gemeenten en regio's indicatieve inzichten verstrekken over kortingen die zij in de afgelopen jaren met aanbieders van GGZ-zorg zijn overeengekomen.

Voor de nieuwe prestaties Consultatie en Zorgcoördinatie stelt de NZa geen maximumtarieven vast. Het staat de gemeente dus vrij om voor deze prestaties passende tarieven in de overeenkomsten met zorgaanbieders op te nemen.

Basis GGZ

Vanaf 2014 is de basis GGZ ingevoerd en ook hiervoor zijn door de NZa maximumtarieven vastgesteld. Hierbij gebruikte de NZa een normatieve methodiek om de hoogte te bepalen. De onderbouwing van deze tarieven is te vinden op de website van de NZa. Bij het opstellen van deze tarieven is geen onderscheid gemaakt tussen volwassenen en jeugd.

Ook voor de Basis GGZ geldt dat deze voor jeugdigen niet langer valt onder de regelgeving van de NZa. Gemeenten zijn vrij om zelf de hoogte van het tarief vast te stellen. Gemeenten kunnen de NZa maximumtarieven als referentie gebruiken, waarbij zij zowel een korting als een verhoging kunnen opnemen. De verzekeraars kunnen gemeenten en regio's indicatieve inzichten verstrekken over afspraken voor Basis GGZ in overeenkomsten met aanbieders. In gesprekken met verzekeraars kan ook aan de orde komen of voor jeugd mogelijk een tariefniveau afwijkend van volwassenen passend is.

Referentie onderbouwing hoogte tarieven Basis GGZ: Beleidsregel Generalistische Basis GGZ (BR/ICU-5016) van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/).

10 Varianten van contracten

In deze paragraaf lichten we een drietal hoofdvarianten van overeenkomsten toe. Natuurlijk zijn ook andere vormen of combinaties van deze varianten mogelijk. Doel is om meer inzicht te geven aan gemeenten over de soorten overeenkomsten en kenmerken daarvan.

10.1 Raamovereenkomst met vaste prijzen

Kenmerk van dit contract is een beschrijving van de te leveren diensten/prestaties met daarin een focus op prijs per prestatie (p) en kwaliteitseisen, zonder volumeafspraken.

Dit type contract is vooral geschikt in de volgende situaties:

- Als er veel aanbieders zijn en je als gemeente in principe met iedereen een overeenkomst wilt afsluiten;
- Als de gemeente maximaal keuzevrijheid wil bieden aan klanten zonder restricties op het niveau van individuele cliënt (geld-volgt-client model).

Kenmerken:

- Volledige keuzevrijheid cliënt, ondersteund door de verwijzer;
- De keuze van de cliënt is bepalend voor het 'verdelen van volume' onder de zorgaanbieders. Hierdoor ontstaat na de 'gunning' een prikkel voor zorgaanbieders om door middel van goede kwaliteit en tevredenheid bij

verwijzers klanten te werven. Bij voldoende transparantie ontstaat concurrentie op kwaliteit;

- Het inkoopproces richt zich op prijs en kwaliteitseisen welke vooraf vaststaan;
- De opdrachtgever heeft geen grip op het volume;
- De opdrachtnemer krijgt geen volume-zekerheid.

Indien je als gemeente een overeenkomst met vaste prijzen afsluit kun je in de overeenkomst een passage als de volgende opnemen:

- De huidige financieringssystematiek van de specialistische GGZ, generalistische basis GGZ (en eventueel ernstige enkelvoudige dyslexie) wordt gevolgd;
- De contractering voor deze prestaties vindt plaats op basis van een vastgesteld tarief per prestatie;
- Tariefhoogte (zie hoofdstuk 9).

10.2 Overeenkomsten met een maximum

Kenmerk van dit type overeenkomst is dat naast de prijs per prestaties, een maximum geformuleerd wordt voor het aantal jeugdigen (q) of het maximale bedrag ($p \cdot q$). Belangrijk is heel scherp te formuleren waar het maximum betrekking op heeft, hoe dit in de praktijk vast te stellen en wat er gebeurt wanneer dit maximum wordt overschreden. Dit soort overeenkomsten worden veel door zorgverzekeraars afgesproken.

In het algemeen is dit type overeenkomst vooral geschikt in de volgende situaties:

- Bij grote geïntegreerde zorgaanbieders die vanuit hun historie gewend zijn te werken met een budgetafspraken;
- De opdrachtgever wenst zekerheid over de omvang van de zorg die geleverd wordt en de daarmee gepaard gaande kosten;
- De opdrachtgever heeft voldoende inzicht in het productaanbod van de zorgaanbieder, de zorgvraag van de jeugdigen en wenst te sturen op de afstemming tussen deze twee;
- Het maximeren van het aantal cliënten kan worden toegepast bij vrijgevestigde zorgaanbieders om onderaanneming met minder gekwalificeerde professionals te voorkomen.

Kenmerken:

- Dit model geeft meer grip op kosten en grotere voorspelbaarheid in vergelijking met een raamovereenkomst;
- De opdrachtgever gaat meer sturen op volume en mogelijk verdeling van het volume, dit vraagt om kennis van de markt en de zorgvraag;
- De opdrachtgever is bepalend voor het verdelen van het volume;
- Indien het maximum budget of volume van een zorgaanbieder bereikt is, dient de gemeente en/of de zorgaanbieder de cliënt te verwijzen naar een andere zorgaanbieder;
- Bij een groter aantal zorgvragers dan beschikbare zorg kan dit model leiden tot wachttijden.

Indien je als gemeente een overeenkomst met een maximumbudgetafsluit kun je in de overeenkomst een passage als de volgende opnemen:

- Voor opdrachtnemer wordt een budgetplafond ingesteld. Dit budgetplafond betreft geen afnamegarantie;
- Het maximaal te factureren bedrag door de opdrachtnemer in het boekjaar 2015 tegenover de gemeente recht op betaling van ten hoogste het bedrag *{in te vullen}*;
- Voor de toepassing hiervan wordt het budgetplafond vergeleken met de som van de facturen die in het jaar 2015 worden gedeclareerd;
- Het meerdere boven dit budgetplafond dat de opdrachtnemer in rekening brengt bij de opdrachtgever zal alleen worden vergoed indien de opdrachtgever over deze verwachte overschrijding voor 1 september is geïnformeerd, waarna de opdrachtgever de mogelijkheid heeft het maximumbudget aan te passen.

10.3 Overeenkomst met garantieafspraken

Kenmerk van dit type contract is dat een gegarandeerd minimum volume wordt afgesproken of een gegarandeerd budget wordt overeengekomen. Soms zijn voor 2015 garantiebudgetten opgenomen in de Regionale Transitie Arrangementen (RTA's). Deze budgetten worden door aanbieders gezien als een vorm van garantie of een ondergrens aan

het te realiseren volume. Ongeacht het volume dat geleverd wordt aan zorg ontvangt een zorgaanbieder dit van tevoren overeengekomen garantiebudget. Door zorgverzekeraars worden dit soort afspraken nauwelijks gemaakt.

Dit type contract kan worden toegepast in de volgende situaties:

- Als overbruggingsperiode van zorgaanbieders om een verandering te overbruggen of om te gaan met een grote mate van onzekerheid;
- Indien je als gemeenten het belangrijk vindt om een bepaalde functie van een zorgaanbieder te laten bestaan ongeacht het aantal cliënten (beschikbaarheidsfunctie). Dit is vaak van toepassing bij specialistische of bovenregionale functies.

Kenmerken:

- Continuïteit is een belangrijk uitgangspunt voor zorgaanbieders en gemeenten;
- Geeft houvast en zekerheid voor beide partijen in een periode van veranderingen;
- De vraag om bevoorschotting zal ook aan de orde komen;
- Geeft gedeeltelijke zekerheid aan aanbieders over inkomsten per gemeenten, waarbij deze ook hoger kunnen uitvallen;
- De opdrachtgever loopt het risico 'slechts' te betalen voor beschikbaarheid en niet voor geleverde zorg;
- Omdat het veelal specialistische of bovenregionale functies betreft, vraagt dit in de praktijk vaak bovenregionale bekostigingsafspraken van gemeenten waarmee men samen naar rato bijdraagt aan de bekostiging van deze beschikbaarheidsfunctie of een garantiebudget;
- Kwaliteitssturing is mogelijk in overleg met de zorgaanbieders;
- Minder geschikt om concurrentieprikkels in te bouwen.

Indien je als gemeente een overeenkomst met een maximumbudgetafsluit kun je in de overeenkomst een passage als de volgende opnemen:

- Voor de opdrachtnemer wordt een garantiebudget ingesteld;
- Voor de toepassing hiervan wordt het garantiebedrag vergeleken met de som van de tarieven die gelden voor de DBC's, GB-GGZ prestaties en overige prestaties die in het jaar 2015 worden gerealiseerd. Voor prestaties die de jaargrens overschrijden geldt een waardering van de geregistreerde activiteiten in 2015, geregistreerde tijd worden gewaardeerd tegen een uurtarief van € {overeen te komen};
- Indien het garantiebedrag lager is dan bovenstaande optelling, kan de opdrachtnemer een garantiefactuur sturen aan de opdrachtgever ter hoogte van dit verschil.

10.4 Sturingsmogelijkheden binnen de hoofdstructuur

Ook binnen de hoofdstructuur van DBC's en basis GGZ kunnen gemeenten invloed uitoefenen passend bij de beleidsdoelen. De zorgverzekeraar kan hierover adviseren.

Voorbeelden zijn:

- Het streven kan zijn de behandelduur te verkorten of meer jeugdigen te behandelen voor de beschikbare middelen. Dit kan met een indicator als 'gemiddelde behandelduur per cliënt' of 'gemiddelde prijs per cliënt', eventueel per diagnose of doelgroep. Deze indicator vraagt voorzichtigheid omdat dit sterk per doelgroep of behandeling kan verschillen. Sturen op deze indicator raakt de inhoud van het zorgproces;
- Voor langer lopende DBC's kunnen communicatieafspraken gemaakt worden, bijvoorbeeld met de verwijzer, om in samenspraak met de cliënt de voortgang van de behandeling te bespreken. Indien een maximum behandelduur of maximum aantal contacten wordt afgesproken raakt dit de inhoud van het zorgproces, wat voorzichtigheid vraagt van gemeenten;
- Wanneer een aanbieder zowel basis GGZ als specialistische GGZ biedt, kunnen in de overeenkomst afspraken opnemen over maken over de verhouding specialistische GGZ (DBC's) en basis GGZ;
- De verhouding tussen 'directe' en 'indirecte' tijd binnen DBC's geeft aan in welke mate respectievelijk 'met' en 'over' de cliënt is gesproken. Dit kan per behandeling sterk verschillen. Zorgverzekeraars hebben vanuit hun historische declaratieoverzichten inzicht in de verhouding directe en indirecte tijd. Zorgverzekeraars kunnen dus helpen deze informatie te interpreteren en eventueel hierop te sturen;

- De behandelcomponent binnen de DBC's werkt met tijdsklassen en de GB-GGZ met de classificaties Kort, Middel, Intensief en Chronisch. Wanneer gemeenten in deze beide systemen upcoding willen voorkomen, kan gestuurd worden op een maximum gemiddelde uurprijs in basis GGZ of DBC's. Met deze indicator kan zichtbaar gemaakt worden of aanbieders relatief veel DBC's onderin de tijdsklassen registreren, wat een signaal kan zijn voor upcoding.

Voor deze vormen van sturing zijn gegevens en analyses nodig. Naast de informatie die de gemeente ontvangt op de factuur (hoofdstuk 13) ontvangt de gemeente ook beleidsinformatie via het Centraal Bureau voor de Statistiek (hierna: CBS) door het nieuwe Registratie Beleidsinformatie Jeugd (hierna: RBJ). Eventueel kan de gemeente in de overeenkomst vragen om aanvullende periodieke geaggregeerde overzichten aansluitend bij de beleidsdoelen. Deze informatie kan tussen partijen besproken worden.

Hoofdbehandelaarschap

Gemeenten kunnen ook sturen op het hoofdbehandelaarschap in de Jeugd-GGZ. Sinds 1 januari 2014 is vastgelegd wat de verantwoordelijkheden zijn van een hoofdbehandelaar in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De minister heeft op 2 september 2013 de Tweede Kamer hier over geïnformeerd. De inzet van een hoofdbehandelaar vergroot de kwaliteit en veiligheid (maar is geen garantie). Door het hanteren van de spelregels voor registratie en declaratie zoals beschreven in paragraaf 6 is op de declaratie te zien wie de hoofdbehandelaar is, wat zijn beroep is en hoeveel tijd de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren aan de cliënt hebben besteed.

Niet iedereen kan hoofdbehandelaar zijn, er is verder een limitatieve lijst van beroepen, alleen zorgverleners met een van die beroepen mogen hoofdbehandelaar zijn. De regels rond het hoofdbehandelaarschap zijn vastgelegd in spelregels van de NZa (zie hoofdstuk 6, 7 en 8). Deze eisen zijn via de spelregels opgenomen in de validatieregels die zorgaanbieders toepassen. In de praktijk stellen zorgverzekeraars naast de geldende NZa regelgeving aanvullende eisen aan het hoofdbehandelaarschap. Het is aan de gemeenten te bepalen of ze ook aanvullende eisen willen stellen, en zo ja welke.

Referentie: Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 2 juli 2013 betreffende het Hoofdbehandelaarschap GGZ (kenmerk 129353-106301-CZ). Aanvullende brief minister Schippers betreffende het hoofdbehandelaarschap GGZ, september <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/09/02/beantwoording-kamervragen-over-het-hoofdbehandelaarschap-van-orthopedagoog-generalisten-en-kinder-en-jeugdpsychologen.html>

11 Afspraken over langlopende DBC's per boekjaar

DBC's kunnen maximaal een jaar 'open' staan voordat ze worden afgesloten en gefactureerd. Ook prestaties generalistische basis GGZ worden pas gefactureerd nadat deze zijn afgerond. Indien je als gemeenten inkoop op basis van aantallen DBC's en GB-GGZ prestaties in het jaar 2015, betekent dit dat je voor een deel van de geleverde zorg in 2015 de facturen pas in het jaar 2016 zult ontvangen.

Voor gemeenten is het verstandig om aan einde van het jaar een voorlopige voorziening op te nemen voor zogenaamd Onderhanden Werk (hierna: OHW) als onderdeel voor de nog te betalen kosten die ten laste van 2015 komen. Hierbij is het voor gemeenten van belang om van de zorgaanbieder een goede berekening te krijgen van het OHW. Daarmee wordt het DBC-systeem bruikbaar voor gemeenten die werken met een boekjaar. Dit in tegenstelling tot verzekeraars die alle kosten toerekenen aan het jaar waarin de DBC of GB-GGZ is gestart. Deze systematiek van verzekeraars wordt 'schadelastjaar' genoemd.

Voor elk volgend jaar (bijvoorbeeld 2016) kunnen de kosten in dat boekjaar worden berekend door het OHW bij afsluiting van het voorgaande jaar (in dit voorbeeld 2015) in mindering te brengen en het nieuw berekende OHW bij afsluiting van het boekjaar (in dit voorbeeld 2016) op te tellen bij de gefactureerde bedragen in het lopende jaar (2015).

Overigens is in het geval van een overeenkomst waarbij een omzet is genoemd (zie paragraaf 10.2 en 10.3) de berekening van het OHW ook relevant om te beoordelen of de zorgaanbieder binnen de gemaakte afspraak is gebleven. Het

is daarom goed van te voren af te spreken hoe het OHW wordt berekend. In het geval van DBC's kan daarvoor in de overeenkomst een uurprijs worden opgenomen om de tijd te waarderen die wel geregistreerd maar nog niet gefactureerd is.

12 Bevoorschotting

In het huidige stelsel kunnen aanbieders van GGZ afspraken maken met de zorgverzekeraar over bevoorschotting. Dit zorgt ervoor dat aanbieders niet in liquiditeitsproblemen komen, omdat DBC deelprestaties maar ook basis GGZ in principe pas worden gefactureerd en betaald na afronding van het zorgproces. In geval van een DBC kan dit dus een jaar later zijn. Vooral als een zorgaanbieder veel langlopende DBC's open heeft staan en indien het aanbod aan jeugdigen een belangrijk deel van de omzet van de zorgaanbieder is, kan het voor de zorgaanbieder van belang zijn een voorschot te ontvangen op de DBC factuur.

Met het overgaan van de Jeugd-GGZ naar de gemeenten ontstaat een knip in de bevoorschottingsstromen. Zorgverzekeraars stoppen immers met het bevoorschotten van jeugd-GGZ. Het niet overnemen van de bestaande werkwijze van bevoorschotten kan voor sommige zorgaanbieders leiden tot een probleem in liquiditeit.

Net als de verzekeraars kunnen ook gemeenten en zorgaanbieders wel degelijk op individuele basis afspraken maken over bevoorschotting. Vanuit het perspectief van gemeenten zijn er verschillende overwegingen om al dan niet te bevoorschotten.

Sommige aanbieders zullen meer van bevoorschotting afhankelijk zijn dan andere, omdat zij in hun huidige bedrijfsvoering daar op zijn ingericht. Het effect dat de invoering van de Jeugdwet gaat hebben op dit vlak zal dan ook van aanbieder tot aanbieder verschillend zijn. Het is in eerste instantie aan de aanbieder zelf om dit vast te stellen, en op basis hiervan conclusies te trekken ten aanzien van een behoefte/noodzaak aan bevoorschotting vanuit de gemeenten.

Het is aan de gemeente om te bezien in hoeverre wordt tegemoet gekomen aan een eenmaal kenbaar gemaakte behoefte/noodzaak. Een veelgehoorde stellingname is 'nee, tenzij onderbouwd dat dit nodig is'. Veel zorgaanbieders werken al meerdere jaren met facturatie bij afsluiting, bijvoorbeeld de vrijgevestigden. Zij zullen daarom geen urgente behoefte hebben aan bevoorschotting. Ook zorgaanbieders die slechts een beperkt deel van de omzet in het jeugddomein hebben, zullen waarschijnlijk geen urgente behoefte hebben. In dat geval kan betaling achteraf volstaan, zonder risico's op continuïteit voor deze aanbieder.

Voor een aantal zorgaanbieders zal het niet haalbaar zijn om in 2015 te voldoen aan hun financiële verplichtingen zonder bevoorschotting. Overwegingen die een gemeente kan hebben om te besluiten (groepen van) aanbieders te bevoorschotten zijn bijvoorbeeld dat de betreffende aanbieder:

- Een substantieel deel van haar diensten levert aan jeugdigen;
- Gewend is om met voorschotten te werken;
- Een relatief beperkt eigen vermogen heeft;
- Een slechte liquiditeit heeft.

Vanuit het perspectief van de gemeente is hierbij relevant dat:

- Het aanbod van de zorgaanbieder een belangrijke voorziening in de jeugdhulp is, of;
- Je als gemeente wilt dat de zorgaanbieder niet in liquiditeitsproblemen komt, of;
- Je kleine zorgaanbieders of vrijgevestigden zekerheid wilt geven over maandelijkse inkomsten;
- Het wenselijk is om meerdere aanbieders voor dit zorgaanbod beschikbaar te houden in de markt en als keuze voor de jeugdige.

In die gevallen kan het belangrijk zijn de zorgaanbieder 'aan te betalen' door in de overeenkomst afspraken te maken over bevoorschotting.

Op hoofdlijnen zijn er twee varianten om te bevoorschotten die hieronder zijn uitgewerkt:

- 1 Bevoorschotting op basis van een geschatte omzet (of deel ervan) te betalen in termijnen - *dus voordat het werk wordt uitgevoerd*;
- 2 Bevoorschotting op basis van Onder Handen werk (OHW, geregistreeerde tijd en dagen) - *dus nadat het werk is uitgevoerd maar voordat de prestatie wordt gefactureerd*.

12.1 Bevoorschotting/betaling vooraf op basis van een geschatte omzet

Momenteel vindt bevoorschotting in deze vorm plaats binnen de AWBZ. De productie is relatief goed te volgen en door middel van een goede monitor wordt bekeken of dit in lijn loopt met de vooraf gemaakte inkoopafspraken. Indien je als gemeente of als regio samen een goede inschatting kan maken van de omvang van de zorg bij een aanbieder is het mogelijk om te kiezen voor maandelijkse betaling. De betalingen vinden dan bijvoorbeeld telkens maandelijks vooraf plaats in twaalf, dertien of veertien gelijke termijnen. In de huidige bevoorschottingsregeling van de zorgkantoren is gekozen voor dertien gelijke termijnen, waarvan er twee worden betaald in de maand mei in verband met het uitbetalen van vakantiegeld. In het najaar wordt vervolgens gekeken of de gemaakte productieafspraken realistisch zijn en kunnen deze eventueel worden bijgesteld, met eventuele aanpassing van voorschotbedragen voor de resterende periode.

Deze wijze van vooraf betalen sluit goed aan als:

- Er sprake is van een stabiele en voorspelbare zorgafname;
- Er sprake is van een afgegeven budgetgarantie;
- Er sprake is van een zorgaanbieder waar je een langdurige relatie mee aan wilt gaan.

Denk hierbij aan Jeugdzorg plus, intramurale AWBZ zorgaanbieders en grote geïntegreerde zorgaanbieders die een substantieel deel Jeugd-GGZ leveren voor uw gemeente of regio.

12.2 Maandelijkse bevoorschotting op basis van onderhanden werk (OHW)

Indien er geen sprake is van een voorspelbaar zorgvolume is vooraf betalen op basis van een geschatte omzet minder goed mogelijk. In plaats van vooraf betalen kan een gemeente kiezen voor het bevoorschotten van zorgaanbieders op basis van onderhanden werk (OHW). Dit zijn de activiteiten die al zijn uitgevoerd maar nog niet gefactureerd. In feite betaalt de gemeente een voorschot vooruitlopend op de definitieve factuur waarmee de afgeronde DBC in rekening wordt gebracht. Dit voorschot wordt berekend op basis van reeds geleverde zorg, geregistreeerde minuten en eventuele verblijfdagen met een daaraan verbonden prijs per tijdseenheid respectievelijk dag. Hiermee creëert de gemeente voor een zorgaanbieder de mogelijkheid om direct na het leveren van de zorg, deze in rekening te brengen in plaats van het einde van de DBC. In vergelijking met de eerstgenoemde methode van bevoorschotting op basis van een geschatte omzet is deze methode een stuk bewerklijker.

Deze wijze van (tussentijds) bevoorschotten sluit goed aan als:

- De zorgaanbieder hiertoe administratief in staat is of bereid is;
- Zorgaanbieders relatief veel langlopende DBC's hebben.

13. Toepassing ROM

In de GGZ is de afgelopen jaren een methode van effectiviteitsmeting ontwikkeld door de sector: Routine Outcome Monitoring (hierna: ROM). ROM heeft als primair doel het meten van de effectiviteit van de behandeling. ROM ondersteunt de behandeling door herhaaldelijk de situatie van de patiënt te meten en zo periodiek de uitkomst vast te stellen. ROM wordt ingezet in de specialistische en de basis GGZ.

De ROM-metingen kunnen worden uitgevoerd met verschillende instrumenten op verschillende zorgdomeinen, waaronder het zorgdomein Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Er wordt gemeten op drie meetdomeinen, namelijk:

- Klachten en problemen
- Functioneren
- Kwaliteit van Leven.

De ROM wordt door zorgverzekeraars ook gebruikt om benchmarking tussen aanbieders mogelijk te maken. In 2011 werd met dit oogmerk Stichting Benchmark GGZ opgericht door de koepels van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zorgaanbieders leveren maandelijks geanoniseerd ROM-metingen aan bij SBG. Ze kunnen vervolgens de eigen 'p restaties' (ROM-respons en gemiddelde uitkomst van de behandeling) vergelijken met het landelijk gemiddelde voor deelpopulaties van hun cliëntenbestand. Zorgverzekeraars hebben veelal in de contracten opgenomen dat ROM-metingen moeten worden aangeleverd aan Stichting Benchmark GGZ.

Het is aan de gemeente of zij in de overeenkomst als vereiste opnemen dat zorgaanbieders een ROM-meting uitvoeren en aan wie deze informatie eventueel aangeleverd moeten worden. Onderstaande box bevat mogelijke bepalingen in de overeenkomst. De VNG adviseert tenminste de eerste op te nemen omdat het toepassen van het ROM-instrument bijdraagt aan de kwaliteit van het zorgproces.

- De zorgaanbieder past de ROM toe als instrument voor de meting van de effectiviteit van behandeling van een jeugdige, of;
- De zorgaanbieder heeft een overeenkomst met de Stichting Benchmark GGZ en levert structureel ROM gegevens aan.

De VNG verkent in hoeverre het centraal aanleveren en verzamelen van dit type gegevens toegevoegde waarde kan hebben voor gemeenten bij de uitvoering van de Jeugdwet. De VNG heeft hier over nog geen afspraken met Stichting Benchmark GGZ.

14. De factuur

Een factuur in de GGZ heeft een standaard format en inhoud (zolang aangesloten wordt op prestaties in basis GGZ en specialistische GGZ en gebruik VECOZO). De opbouw is in dat geval vastgelegd in de zogenaamde E&I-standaard die door Vektis hiertoe is opgesteld. Ook deze E&I-standaard krijgt kleine aanpassingen voor de nieuwe Jeugdwet. De volgende paragrafen beschrijven de standaard factuurinformatie voor DBC's en basis GGZ.

Deze informatie kan onder andere worden gebruikt om te sturen binnen de DBC-structuur zoals bedoeld in paragraaf 10.4. De informatie op de factuur speelt ook een belangrijke rol in de verantwoording door de GGZ-aanbieder. Uit het toepassen van de spelregels volgt direct de samenvatting van de geleverde activiteiten op de factuur. Indien nodig kan dit aangrijppingspunt vormen voor controle of een verklarend gesprek tussen gemeente en zorgaanbieder.

Indien gemeenten aan zorgaanbieders vragen te werken met een structuur van hoofd- en onderaannemer zal de factuur indirect of als een verzamelfactuur aan de gemeente worden toegestuurd. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer vrijgevestigde zelfstandige psychologen of psychiaters zich verenigen in een coöperatie die een contract sluit met de gemeente. Na afronding van de behandeling van een jeugdige zal een aanbieder in zo'n samenwerkingsrelatie niet direct een factuur sturen naar de gemeente. De hoofdaannemer zal waarschijnlijk de facturen verzamelen en als verzamelfactuur toesturen aan de gemeente. De primaire registratie (DBC of basis GGZ) gebeurt uiteraard wel door de aanbieder die de zorg levert. De op basis van deze registratie gecreëerde factuurinformatie is in dat geval relevant voor verantwoording aan de gemeente door de hoofdaannemer.

14.1 Gespecialiseerde GGZ (inclusief dyslexie)

Het declaratiebericht bevat een samenvatting van zorglevering aan de jeugdige. Deze informatie wordt uitgewisseld in een gestandaardiseerd bericht. Deze standaard zal worden aangepast zodat het kan werken in het gemeentelijke domein.

De gegevens in het declaratiebericht kunnen zijn relevant voor sturing en controle door gemeenten:

- DBC traject start- en einddatum
- Declaratiecode
- Gedecclareerd tarief

- AGB code¹⁰ van de declarerende organisatie
- AGB code en het beroep van de hoofdbehandelaar;
- De bestede directe (met patiënt) en indirecte tijd (over patiënt)
- Type en AGB-code van de verwijzer
- DBC prestatiecode met daarbij de verschillende deelprestaties.

U kunt ervoor kiezen in uw contract expliciet verplicht te stellen deze informatie op de factuur te melden.

Opdrachtnemer neemt de informatieverplichtingen, zoals vastgelegd in de Nadere regeling Gespecialiseerde GGZ (NR/CU-538) of de opvolger daarvan, in acht met daarbij de aanpassingen welke nodig zijn om uitwisseling met gemeenten mogelijk te maken.

Referentie: Artikel 5 van de Nadere Regeling Gespecialiseerde GGZ (NR/CU-538) van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels).

14.2 Basis GGZ

Op basis van regelgeving van de NZa is vastgelegd dat de factuur die de zorgaanbieder via VECOZO verstuurt de volgende informatie te bevat:

- Gegevens patiënt
- Geleverde prestatie Basis-GGZ
- Prijs
- Startdatum en einddatum van het behandeltraject
- AGB code van de declarerende organisatie
- AGB code van de hoofdbehandelaar en diens beroep
- Betrokken medebehandelaars en diens beroep
- Het type verwijzer en de AGB code van de verwijzer
- Direct en indirect patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar
- Direct en indirect patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
- Totaal bestede tijd directe en indirecte patiëntgebonden tijd
- Indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek.

U kunt ervoor kiezen in uw contract expliciet verplicht te stellen deze informatie op de factuur te melden.

Opdrachtnemer levert de factuurinformatie, zoals vastgelegd in artikel 7 van de Nadere regeling Generalistische basis GGZ (NR/CU-543) of de opvolger daarvan, in acht met daarbij de aanpassingen welke nodig zijn om uitwisseling met gemeenten mogelijk te maken.

Referentie: Artikel 7 van de Nadere Regeling Gespecialiseerde GGZ (NR/CU-538) van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels).

¹⁰ AGB codes van aanbieders zijn te vinden in de AGB-webzoeker <https://agb.vektis.nl/>