

### Jeugd GGZ

**23 april 2014**

**13.00-14.30 uur**

**Voorzitter:**

**Ed Wallinga, wethouder**

De voorzitter leidt het algemene deel van de bijeenkomst in en meldt de volgende bijzonderheden:

- De Eerste Kamer heeft de Jeugdwet behandeld en dit is rond.
- De Tweede Kamer behandelt momenteel de nieuwe Wmo.
- Het streven is om beide wetten op 1 januari 2015 in te laten gaan.
- Er is een zorgcontinuïteit voor 2015 afgesproken voor iedereen die momenteel zorg ontvangt, inclusief degenen die geïndiceerd zijn en op een wachtlijst staan. Voor het zorgdomein is 360 miljoen euro extra beschikbaar gesteld voor 2015, waarvan 60 miljoen euro voor de jeugdzorg. Ook voor 2016 en 2017 is er extra geld vrijgemaakt, met het oog op een 'zachte landing' voor zowel cliënten, instellingen als personeel. Asscher en de bonden hebben daarnaast elk nog eens 80 miljoen euro beschikbaar gesteld om maatregelen te kunnen treffen voor de overgang van personeel.
- Er zijn diverse tegemoetkomingen, waardoor het kortingspercentage AWBZ 18-100 dat nu genoemd wordt (25%), waarschijnlijk iets verzacht kan worden. Na de meicirculaire zal hierover meer duidelijkheid ontstaan.
- Bij jeugdzorg gaat men voor 2015 vooralsnog uit van 10% korting op de tarieven, wat overeenkomt met de macrokorting die het kabinet oplegt. Het budget voor de jeugd- ggz komt onverkort over waarmee de verwachte volumegroei opgevangen kan worden.
- Het kortingspercentage wordt toegepast peiljaar 2012, in- of exclusief de indexering voor 2013/2014 (hierover bestaat nog discussie). Een ander punt in de berekeningssystematiek is dat de DBC (diagnose behandel combinatie) nog niet in de huidige vorm in peiljaar 2012 bestond. Voor een optimale berekening worden in de komende tijd de contracten en de afrekeningen bij de aanbieders opgevraagd (2012, 2013, 2014), zodat men beschikt over reële cijfers. De aanbieders ontvangen een format voor het indienen van de informatie. De zorgverzekering levert de benodigde informatie niet, dus deze zal vanuit de aanbieders moeten komen. Levert de aanbieder de informatie niet, dan zal er gerekend worden met gewogen gemiddelden, wat nadelig is voor organisaties die momenteel al 'lean and mean' zijn. De gemeenten geven de voorkeur aan tarieven op maat.
- Met aanbieders worden overeenkomsten gesloten zonder garanties over volume en budget. Het advies aan de aanbieders is om te rekenen met 80% over het volume van 2014. Tijdens de monitoring gedurende het jaar zal blijken of dit realistisch is. Er zal een bevoorschotting afgesproken worden (bijvoorbeeld per kwartaal) op basis van de raming van het volume, met een maximum van 80% van het volume van 2014.
- Uitgangspunt is het woonplaatsbeginsel: iedere gemeente financiert wat er wordt afgenomen: er wordt afgerekend per geleverde prestatie. In principe is dit een open eind financiering voor de gemeente. Blijft een aanbieder onder zijn raming, dan zal de gemeente niet aanvullen. De aanbieder dient dan zelf maatregelen te nemen.

*Om steun en zorg in Nederland efficiënt te organiseren en betaalbaar te houden, wil de rijksoverheid meer zorgtaken overdragen aan gemeenten. De 14 Twentse gemeenten bereiden zich samen voor op de nieuwe taken. Gemeenten willen de taken niet zomaar één op één overnemen, maar ook vernieuwen: samen werken de 14 Twentse gemeenten aan een transformatie van de AWBZ en jeugdzorg in Twente.*

- De toegang wordt voor een deel door de medische sector geregeld. Wel wordt de huisartsen gevraagd om met de gemeente te overleggen en samen te werken. Sommige praktijken hebben een 'praktijkondersteuner jeugd GGZ'. De huisartsen blijven dus bepalen, maar *daarnaast* komt er instroom vanuit de gemeenten. De gemeente kan beschikkingen afgeven voor geïndiceerde zorg. Dit is een voor beroep vatbare beslissing. De exacte invulling (zorgloket, sociaal wijkteam etc.) kan per gemeente verschillen. Omdat tevoren niet bekend is hoeveel verwijzingen er naar bepaalde aanbieders zullen gaan, wordt er gewerkt met het woonplaatsbeginsel en kunnen er geen afspraken gemaakt worden over volume.
- Vóór 1 juli 2015 worden er afspraken gemaakt met de aanbieders. Dit gebeurt via [www.negomatrix.com](http://www.negomatrix.com) (en niet via Tendered zoals op de placemat staat).
- Planning: 1 juli 2014 beleid klaar en vooraankondiging aanbesteding. 2<sup>e</sup> week augustus aanbesteding. Half september beoordelingen. Vóór 1 november alle contracten afgesloten. De planning wijkt af van de placemat. De exacte planning wordt nog gecommuniceerd naar betrokkenen.

### **Algemene vragen:**

Vraag: Is er ruimte voor innovatieve zorgproducten?

Antwoord: Ja. De gemeenten zijn gehouden aan landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars Nederland en de VNG over het behoud van de huidige productstructuur. Vanuit het veld en gemeenten is bekend dat er behoefte aan innovatie is, met name wat betreft consultatie en diagnostiek. Onderzocht wordt of het mogelijk is om een deel van het budget af te zonderen, om daarmee innovatie te financieren.

Reactie: Bij de aanbesteding zou er ruimte in het format moeten komen voor innovatieve ideeën. De voorzitter zegt toe dat dit idee meegenomen wordt. Dit soort suggesties kan ook bilateraal besproken worden.

Vraag: Wat gebeurt er met jongeren die gebruik maken van RIBW, als zij 18 jaar worden en onder de Wmo vallen?

Antwoord: RIBW heeft een andere financieringsstructuur. Voor jongeren die 18 jaar worden zal tijdig een nieuwe beschikking aangevraagd moeten worden. Het is uiteraard van belang dat de overgang vloeiend verloopt en dat er geen 'gaten vallen'.

Vraag: Wat betreft continuïteit van zorg: blijft een behandeling na 1 januari 2015 op dezelfde DBC?

Antwoord: Hier wordt landelijk over nagedacht. Hetzelfde geldt voor het factureringssysteem Vecozo. Bekeken wordt of alle gemeenten daarop aangesloten kunnen worden. Zo lopen er diverse afstemmingsvraagstukken, die op landelijk niveau opgelost worden.

Vraag: Worden de praktijkondersteuners jeugd GGZ door de gemeenten geplaatst?

Antwoord: Er worden lokaal afspraken gemaakt voor de ondersteuning van huisartsen en onderwijs. Erkomen wijkcoaches/regisseurs, afkomstig vanuit verschillende disciplines. In Enschede komen zij in dienst van Maatschappelijk Werk, in opdracht van de gemeente, maar de wijze waarop dit geregeld wordt kan per gemeente verschillen. Indien de kennis van de wijkcoach ontoereikend is, dan wordt er externe deskundigheid ingeroepen.

Vraag: wat gebeurt er met partijen die geen contract hebben afgesloten?

Antwoord: Er worden contracten opgevraagd bij de *aanbieder* en niet bij de *verzekeraar*. Daarnaast wordt er dus informatie opgevraagd bij de aanbieder wat betreft gedeclareerde zorg, omdat dit een beeld geeft van wat er daadwerkelijk is gerealiseerd en het een basis is voor vervolgspraken, bijvoorbeeld wat betreft bevoorschotting.

Reactie: Het uitgangspunt zou dan 2012 moeten zijn. 2013 geeft een vertekend beeld i.v.m. de DBC's.

De aanwezigen gaan uiteen in drie groepen:

1. Dyslexie zorg.
2. Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, Zvw gefinancierd en RIBW.
3. Inloopfunctie en overige.

### **1. Dyslexie zorg**

Er zijn twee landelijke kennisinstituten (Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (vandaag aanwezig) en Kwaliteitsinstituut Dyslexie). Alle aanbieders voor dyslexiezorg zijn bij één van deze twee instituten aangesloten.

Het gaat om **EED: Extreme Enkelvoudige Dyslexiezorg!!** Alleen deze zorg wordt momenteel vergoed door de zorgverzekeraar en komt dus over naar gemeenten.

Het gaat om 10% van kinderen in de leeftijd van 7-13 jaar (lagere school) waar diagnostisch onderzoek wordt gedaan. 3% komt uiteindelijk maar in aanmerking voor deze zorg. Onderwijs speelt in het thema dyslexie een belangrijke rol: er moet een strikt protocol worden doorlopen voor een kind in aanmerking kan komen voor diagnose en eventuele behandeling. Behandeling duurt 1 tot 1,5 jaar. Het gaat om extreme dyslexie, behandeling bij milde dyslexie is niet vergoede zorg en komt voor rekening van ouders zelf. Onderzoek wat school laat doen om dyslexieverklaringen af te kunnen geven (zodat kinderen meer tijd krijgen bij toetsen etc.) komt voor rekening van onderwijs. Verder gaat het om enkelvoudige dyslexie, dat betekent dat uitgesloten moet worden dat het probleem door een bijkomende stoornis wordt veroorzaakt, zoals bijvoorbeeld ADHD.

Het NRD heeft informatie over aantallen kinderen in dyslexiezorg in onze regio, deze wordt ons toegestuurd. Momenteel wordt door VNG i.s.m. kennisinstituten gewerkt aan een handreiking voor gemeenten v.w.b. dyslexiezorg. Dyslexie(zorg) zou onderwerp moeten zijn van het OOGO (Op Overeenstemming Gericht Overleg) met het Onderwijs.

### **Opmerkingen m.b.t. Inkoop:**

- Er zijn 2 DBC's voor dyslexiezorg: diagnostiek en behandeling! Dyslexiezorg is eigenlijk een beetje de DBC-systematiek ingedrukt, maar verder vreemde eend in de bijt. Andere systematiek zou kunnen zijn: werken met vouchers...
- Nu bij sommige verzekeraars geen voorschot, wel wenselijk!
- Alle ziektekostenverzekeraars hebben eigen regeltjes (gaan soms op stoel professional zitten) en bij een fout kunnen ze nog tot 2009 geld terugvorderen...
- Eén van de aanbieders geeft aan blij te zijn met 1 raamovereenkomst, maar heeft wel moeite met de korting van 10%

### **2. Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, Zvw gefinancierd en RIBW**

Tijdens deze sessie kan mondelinge input gegeven worden, maar men kan ook achteraf input per e-mail leveren.

Vraag: Is het zo dat de voorschotfinanciering van de zorgverzekeraars op 1 januari direct opeisbaar is door de zorgverzekeraars? Voor jeugdzorg is er elk jaar een verlenging van de voorschotfinanciering. Als dat contract niet meer via de zorgverzekeraar loopt maar via de gemeenten, wat verandert er dan?

Antwoord: door één van de aanwezigen wordt aangegeven dat de verzekeraars niets kunnen opeisen; zij stoppen.

Vraag: Maar als er tot 31 december een voorschot ontvangen is, dat nog niet verrekend is met de declaraties?

Antwoord: Een zorgverzekeraar financiert voor de verzekerden. De gemeenten financieren voor de inwoners. Het gaat om twee verschillende groepen en dus twee verschillende bedragen. Naar verwachting zullen daar nog wel problemen ontstaan. De zorgverzekeraar financiert tot 31-12-2014 en wat men teveel ontvangen heeft, zal terugbetaald moeten worden. Een probleem zal zijn dat een deel van de DBC's doorloopt.

Reactie: Er wordt gewerkt aan een consultatiedocument wat betreft de overdracht van DBC's per 31 december. Dit document gaat t.z.t. naar de Nza en de VNG. Hierin wordt de bevoorschotting besproken, maar ook de impact op het makro kader, budgetplafonds, gemiddelde prijzen etc. Het is een complex onderwerp, waar nog de nodige aandacht aan besteed zal worden.

Bij VGZ moet een productiemonitor aangeleverd worden en daar is de vraag neergelegd wat men verstaat onder kinder- en jeugd DBC's. Het antwoord was dat iemand in dat geval jonger dan 18 is, als het DBC start. Als iemand gedurende het traject 18 wordt, dan is het nog steeds een kinder- en jeugd DBC. Hier moet nog scherp naar gekeken worden.

Antwoord: Vergelijkbaar wordt er wat betreft de provinciale jeugdzorg trajectfinancieringen afgesproken. Dat traject kan 2-3 jaar lopen. Bij het afgeven van een traject worden afspraken gemaakt over het bedrag dat betaald wordt. Dergelijke afspraken moeten nu ook gemaakt worden.

Vraag: Hoe zit het met het percentage van zorgcontinuïteit van 42%?

Antwoord: Dit percentage heeft betrekking op cliënten die zorgcontinuïteit hebben. Het gaat dus om bestaande cliënten. De andere 58% heeft betrekking op nieuwe cliënten. Uitgangspunt is continuïteit van zorg met behoud van de huidige infrastructuur, onder de condities van de huidige wet, met uitzondering van de tarieven. Tot het moment van herindicatie heeft iedereen voor het jaar 2015 zorgcontinuïteit. Als de zorg doorloopt in 2016, is de gemeente vrij om andere zorg aan te bieden. De zorgcontinuïteit geldt dus ongeveer voor 4 van de 10 cliënten. Dit was onvoldoende voor de transitiearrangementen, want de instellingen hebben meer zekerheid dan 40% (het onderhanden werk ) nodig. Daarom is het advies om een raming te maken van 80% van het budget 2014. Daarop wordt bevoorschot en er vindt monitoring plaats wat betreft plussen en minnen.

Vraag: Voor de 58% nieuwe cliënten kan ook gelden dat hun DBC van 2015 doorloopt in het nieuwe jaar.

Antwoord: De DBC systematiek loopt nog maximaal drie jaar verplicht door. Hoe het precies zit met de schadelastjaren is niet bekend.

Vraag: Klopt het dat uitgaand van 2014 (inclusief zorgcontinuïteit) het advies geldt om te ramen op 80%, tegen een tarief van 90% van 2011, 2012, 2013?

Antwoord: Dat klopt.

Vraag: Wordt er met de instellingen nog gesproken over de inhoud?

Antwoord: Ja, in ieder geval met de grote aanbieders.

Vraag: Vanuit de instelling kan de keuze gemaakt worden om onderdelen van het bedrijf te sluiten omdat het geen core business is (bijvoorbeeld een logeerhuis, waarmee klinische opnames voorkomen worden), terwijl er vanuit de gemeente juist behoefte is aan deze onderdelen.

Antwoord: Het logeerhuis moet apart gecontracteerd worden. Men heeft er belang bij om dit onderdeel te behouden, omdat het duurdere zorg in de vorm van opnames soms kan voorkomen. Dit onderwerp moet nog wel besproken worden.

Vraag: Heeft de gemeente beeld bij de functies die zij beschikbaar wil hebben?

Antwoord: De gemeente heeft inzicht in het aanbod en staat open voor innovatie. Dubbelingen zijn evident en dat is geen probleem: de klant kan kiezen. Als er blinde vlekken zijn, dan zal hierover gesproken worden.

De systematiek is nu zo ingericht, dat er altijd een diagnose onder moet liggen, voordat er een prestatie geopend kan worden. Soms is er hulp nodig, zonder dat er een DSM IV diagnose is (bijvoorbeeld bij kinderen in een vechtscheiding/ consultatie in schoolklassen). In die gevallen zou het goed zijn als er niet per se een diagnose moet zijn. Hier moet nog naar gekeken worden, omdat men vooralsnog aan de Nza structuur vast zit.

Vraag: Partijen hebben belang bij een snelle diagnose, terwijl diagnostiek maar mondjesmaat met de zorgverzekeraars gecontracteerd kan worden.

Antwoord: Er zou inderdaad meer ruimte voor diagnostiek moeten zijn.

Vraag: Wat is de verhouding tussen het regionale inkoopkader en afspraken die met de afzonderlijke gemeenten gemaakt worden?

Antwoord: Bijvoorbeeld wat betreft zorgwekkende zorgmijders (subsidierelatie) kunnen er afspraken met de afzonderlijke gemeente gemaakt worden. Voor de gemeente Enschede loopt een aantal projecten gewoon door. Dat staat los van het feit dat de jeugd-ggz in de Zvw naar de gemeente gaat.

Vraag: Hoe bereiden de gemeenten zich voor op de nieuwe taken wat betreft de toegang?

Antwoord: Er vindt overleg met de medici (met name huisartsen) plaats en de overige toegang vult de gemeente zelf in. Iedere gemeente doet dit op haar eigen wijze (zorgloket, wijkteam, inhuur van derden etc.). De wijkcoaches/wijkteams zullen zich bezighouden met de lichte problematiek en de kleinere gemeenten zullen kiezen voor een zorgloket. De wijkteams zijn de sparringpartners van het onderwijs en de huisartsen. In de kleinere gemeenten zullen de lijnen soms heel kort zijn. M.a.w.: de werkwijze zal per gemeente verschillen.

Vraag: Moeten klanten geïdentificeerd worden?

Antwoord: Naar verwachting wel. Er moet nog nagedacht worden over hoe om te gaan met niet geconsumeerde indicaties. Input daarvoor is welkom.

Vraag: In het verleden bleek dat niet iedereen de juiste gespecialiseerde zorg kreeg; deze sloot niet aan bij de daadwerkelijke problematiek. Vervolgens hebben instellingen gekeken naar goede casuïstiek om de doorgeleiding te verbeteren, maar hier lijkt geen gebruik van gemaakt te worden. De doorgeleiding wordt nu overgelaten aan wijkteams etc., maar zij beschikken niet over specialistische kennis.

Antwoord: De betreffende medewerkers kunnen zo nodig een beroep doen op de regionale deskundigheid. Via een poule/consultatieteam kan er deskundigheid ingeroepen worden. Daarnaast komt er een reflectiekamer waar verwijssystemen en –patronen onderzocht en geëvalueerd worden. Er worden spiegelgesprekken met de teams gevoerd.

Reactie: Als er een patroon gesignaleerd wordt van niet juiste doorgeleiding, kan dit dan ergens gemeld worden?

Antwoord: Ja, bij de gemeente. De kennis van de tweede schil van experts is nuttig en communicatie op gebied van kwaliteit en veiligheid is uiteraard welkom.

Vraag: Volgt de regisseur de klant ook na verwijzing?

Antwoord: Ja, via rapportage. Ook het systeem wordt niet losgelaten en verder geholpen. Het moet duidelijk zijn wanneer een klant bijvoorbeeld terug naar huis gaat en onder welke voorwaarden.

Vraag: Er zullen per gemeente verschillen in afname zijn. Hoe wordt daar mee omgegaan?

Antwoord: De gemeente betaalt per geleverd product en monitort de voortgang (plussen en minnen). Het woonplaatsbeginsel is leidend en er worden geen afspraken gemaakt over volume. Er is



door de 14 gemeenten niet gekozen voor het solidariteitsbeginsel; wellicht gaat dit in de toekomst problemen opleveren. De praktijk zal het leren.

Er kan veel preventief en in de primaire netwerken gedaan worden. Als dat goed verloopt, dan is er minder geïndiceerde en intramurale zorg nodig. Gemeenten zouden (ook financieel) geprikkeld moeten worden om het voorliggende en preventieve beleid te voeren.

Vraag: het stigma dat een opname een slechte keuze is, is niet juist. Soms is dit een juist beslissing. Daarnaast rest nog de vraag hoe er omgegaan wordt met de opleidingsstructuren.

Antwoord: Inderdaad kunnen mensen zeer gebaat zijn bij een opname. Wat betreft de opleiding: deze is gekoppeld aan een aantal instellingen en organisaties die een opleidingsfaciliteit hebben. Deze instellingen en de certificeringen moeten in beeld gebracht worden. De opleiding hoort bij de reguliere bedrijfsvoering en dit wordt niet door de gemeenten overgenomen.

Er moet nog gekeken worden naar de extra mogelijkheden voor financiering van instellingen die praktijkopleider erkend zijn. Dit is een punt dat landelijk wordt uitgewerkt.

Vraag: Wat gebeurt er met de declaratiestructuur?

Antwoord: Er wordt onderzocht of alle gemeenten aangesloten kunnen worden op Vecozo. Via dit portaal vindt de facturatie plaats.

Vraag: Voor volwassenen wordt er onderscheid gemaakt tussen ondersteuning bij zelfstandig leven en ondersteuning maatschappelijke deelname. Jongeren hebben een schooltraject wanneer ze nog leerplichtig zijn, maar er komt een moment waarop het nuttig is dat er ondersteuning in maatschappelijke deelname plaatsvindt. Gaat dat via een ander traject of zit dat in de prijs?

Antwoord: Dit moet apart aangevraagd worden bij volwassenen.

### **3. Inloofunctie en overige**

Er heeft een gesprek plaatsgevonden met iemand van een gezinshuis en iemand van een inloophuis. Beiden zijn geen GGZ-aanbieders, maar geven wel aan dat er een goede samenwerking nodig is met de JGGZ, aangezien zij beiden wel de doelgroep van JGGZ bedienen. Als tip gaven zij beiden mee dat het belangrijk is om met cliënten en uitvoerders van de zorg in contact te komen en dat alle zorgaanbieders, ook de kleinere aanbieders, in beeld moeten zijn. Vanuit de regio is er uitleg gegeven over het idee achter de Jeugdwet en de Transitie die hiermee gepaard gaat, de ontwikkeling van preventief beleid, wijkgerichte aanpak. Hier stonden zij positief tegenover.