

ONDERDEEL BEHANDELING

Reacties van aanbieders op presentaties werksessie 20 juli 2017, in willekeurige volgorde.

Het NSDMH dankt alle aanbieders namens de gemeenten Midden-Holland voor de reacties. In dit overzicht zijn de vragen van aanbieders opgenomen n.a.v. de werksessies op 20 juli 2017 met daarbij onze antwoorden. Vragen die betrekking hebben op de specifieke situatie van een aanbieder en algemene opmerkingen zijn niet opgenomen in dit overzicht. Deze opmerkingen zijn wel betrokken bij de overwegingen over de betreffende onderwerpen.

Naar aanleiding van vragen en opmerkingen hebben wij geconstateerd dat er onjuistheden zijn in de berekeningen van de tarieven en dat ook enkele aannames niet juist zijn of niet consequent zijn toegepast. Wij nemen de opmerkingen mee bij het (opnieuw) berekenen van tarieven. Daarnaast hebben we de tarieven ter toetsing aan een derde voorgelegd. De aanbevelingen van deze derde nemen we eveneens mee in de herrekening.

Nr.	Vraag / opmerking	Reactie NSDMH namens gemeenten Midden-Holland
1.	Zojuist heb ik alle stukken gelezen op de website. Klopt het dat ik voorlopig niets hoeft te doen om volgend jaar weer een contract te krijgen?	Voor de verlening van de deelovereenkomst hoeft u geen actie te ondernemen. Wel is actie nodig om volgend jaar diensten in het sociaal domein te kunnen leveren aan de gemeenten. Half september publiceren wij op onze website een uitvraag met alle de door de gemeenten in Midden-Holland af te nemen diensten voor 2018 tot en met 2020, met bijbehorende tarieven. U kunt daarop digitaal inschrijven en aangeven voor welke diensten u in aanmerking wilt komen op grond van uw expertise. Op basis van deze inschrijving worden de te leveren diensten per aanbieder vastgelegd in bijlage II bij de Deelovereenkomst. Wij adviseren u om de berichtgeving daarover op onze website in de gaten te houden.
2.	Zie de bijlagen. Van onze kant uit het verzoek deze ter harte te nemen en ook te gebruiken/benutten in de verdere uitwerkingen van de definities en de herberekeningen van de tarieven. Zoals ook gezegd in de bijeenkomst: ik herken de resultaten niet vanuit de uitvraag die wij hebben ingediend. Het lijkt met goed dat, wanneer HHM door zou werken op deze uitvraag, wat al dubieus is omdat het niet representatief is als steekproef, dat ze contact met ons opnemen om zeker te weten dat de interpretatie van de uitvraagde criteria goed is geweest.	De gegevens die wij ontvingen op basis van de uitvraag m.b.t. functiemix en cliëntgebonden uren en waarop wij de gemiddelden baseerden, zijn gepubliceerd op onze website. De gebruikte gegevens zijn aangeleverd door zorgaanbieders waarvan de gezamenlijke budgetafspraken ruim 80% omvatten van het regionale budget voor de SGGZ. Aan HHM is gevraagd te reflecteren op de aannames m.b.t. de voorwaarden voor levering van de diensten en de onderbouwing van de tarieven ervan tot stand zijn gekomen. Hun bevindingen, in combinatie met de reacties van de aanbieders, kunnen leiden tot mogelijke bijstellingen.

<p>3. T.a.v. regiebehandelaarschap: jullie spreken over regiebehandelaar, maar werken het uit als het voormalige hoofdbehandelaarschap met allerlei aanvullende bepalingen/beperkingen. In de bijlage de correspondentie hierover en wat JUIST de verbetering is van het regiebehandelaarschap in relatie tot een kwaliteitsstatuut (zoals we dat ook doen bij de zorgverzekeraars, en ook gewend zijn zo te werken). De gestelde criteria t.a.v. 50% voor regiebehandelaar. Dat is absoluut niet haalbaar. Het is ook niet nodig en het zou niet eens kunnen bij de huidige arbeidsmarkt.</p>	<p>Wij laten de voorwaarde vervallen dat de regiebehandelaar tenminste 50% van de direct cliëntgebonden tijd besteedt aan de patiënt.</p> <p>Om de wezenlijke positie van de regiebehandelaar in het behandelproces te benadrukken sluiten wij aan bij het Model kwaliteitsstatuut GGZ.</p> <p>De aanbieder kan aantoonbaar maken dat vanuit het perspectief van de cliënt en eventuele andere betrokken hulpverleners rond de cliënt en het netwerk de volgende elementen worden benadrukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar. - De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. - De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming is van de patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan. - De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. - De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. - Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt. <p>Het spreekt voor zich dat rekening wordt gehouden met de norm verantwoorde werktoedeling.</p>
<p>4. Van twee verschillende aanbieders:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostiek: laat de normering van 10 uur vervallen, dit is nergens op gebaseerd en zeker niet op de praktijk van de (complexere) GGZ. 	<p>De diensten Behandeling Specialistisch en Behandeling Hoog-Specialistisch omvatten ook de diagnostiek die benodigd is om kwaliteit en effectiviteit van de opvolgende stappen in de behandeling te kunnen bepalen.</p> <p>Het eenvoudige product Diagnostiek kan alleen worden gefactureerd als tijdens het</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - De maximale 10 uur voor een dergelijk diagnostiektraject vinden wij erg weinig, zeker gezien de activiteiten die hier allemaal onder kunnen vallen. Wij pleiten voor het dubbele. 	<p>diagnose-traject blijkt dat de aanbieder niet de passende behandeling kan bieden en daarom de patiënt voor behandeling moet overdragen aan een andere aanbieder. Het maximaliseren van diagnostiek op 10 uur wordt losgelaten. Indien uit facturatie blijkt dat een aanbieder zeer veel tijd steekt in diagnostiek zonder behandeling dan wordt dat (anoniem) besproken in het contractmanagement overleg.</p>
5.	<p>Verblijf: hanteer a.u.b. de bestaande deelprestaties en neem deze over uit de handreiking en baseer de tarieven op de NZA-tarieven. Bij te lage verblijfstarieven (en ook bij uurtarieven) ontstaat er strategisch gedrag van aanbieders en zitten de kinderen uit de regio Midden Holland straks met het probleem dat ze nergens terecht kunnen of dat de zorg zodanig is afgebroken dat de kwaliteit in het gedrang komt. In de bijlage de NZA-tariefbeschikking en de definities.</p>	<p>Wij baseren de inkoop van verblijf op de deelprestaties zoals die door de NZa zijn gedefinieerd. Daarbij geldt dat wij ervan uitgaan dat noodzakelijke behandeling in principe ambuland wordt geboden en slechts bij uitzondering in een verblijfssetting. Wij kopen daarom geen deelprestaties A, B, C en D in. We kopen enkel nog verblijf in als Verblijf Licht en Verblijf Zwaar. Daarbij is Verblijf Licht een samenvoeging van de deelprestaties E en F en komt Verblijf Zwaar overeen met de deelprestatie G. Wij zullen de beschrijvingen van Verblijf Licht en Verblijf Zwaar daarop aanpassen. Het tarief voor de beide prestaties Verblijf (Licht en Zwaar) baseren wij op de NZA-tarieven 2017.</p>
6.	<p>Via de website NSDMH hebben wij maandag 17 juli kennis gekregen van het document 'Diensten JGGZ en (onderbouwing) tarieven Inkoop 2018'. Eerder was toegezegd dat deze 13 juli gepubliceerd zouden worden. De reactietijd tot 19 juli wordt hiermee wel heel kort. Wij zijn van mening dat er op deze wijze niet sprake is van een goed proces waarin er tijd is om stukken te bestuderen en onderbouwd op te kunnen reageren. Bovendien worden deze stukken midden in vakantietijd gepubliceerd. Daarnaast ontbreekt essentiële informatie, namelijk de concrete berekening hoe de tarieven tot stand zijn gekomen. Wij hebben nu slechts een aantal algemene uitgangspunten. Uiteindelijk zien wij op 18 juli rond 13.00 uur de berekening van de tarieven op de website verschijnen. Wij kunnen niet anders dan protest aantekenen tegen deze procesgang.</p>	<p>De procesgang die u schetst is feitelijk onjuist. De publicatie van de diensten JGGZ en (onderbouwing) tarieven Inkoop 2018 heeft op 14 juli plaatsgevonden. Voor deze diensten is het mogelijk om te reageren tot 4 augustus 2017 zodat voldoende tijd beschikbaar is voor de aanbieders. Op 20 juli zijn de diensten en tarieven toegelicht. Dit proces biedt voldoende tijd om input te geven op de uitgangspunten en aannames die zijn gedaan bij de omschrijving van de diensten en de onderbouwing van de tarieven.</p>
7.	<p>We waarderen het nieuwe Intensief-Plus traject in de Generalistische basis-ggz.</p>	
8.	<p>Voor de Jeugd-ggz behandeling specialistisch vinden we de eis dat 50% van de direct cliëntgebonden tijd door de Regiebehandelaar besteed moet zijn, erg hoog. Dit vinden we niet realistisch, zeker niet in combinatie met de sterk verlaagde</p>	<p>Wij laten de voorwaarde vervallen dat de regiebehandelaar tenminste 50% van de direct cliëntgebonden tijd besteedt aan de patiënt. Om de wezenlijke positie van de regiebehandelaar in het behandelproces te benadrukken sluiten wij aan bij het Model kwaliteitsstatuut GGZ.</p>

	<p>tarieven. Wij menen dat met een minder grote directe rol van de Regiebehandelaar de kwaliteit van de behandeling ook gewaarborgd kan worden.</p>	<p>De aanbieder kan aantoonbaar maken dat vanuit het perspectief van de cliënt en eventuele andere betrokken hulpverleners rond de cliënt en het netwerk de volgende elementen worden benadrukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar. - De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. - De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming is van de patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan. - De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. - De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. - Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt. <p>Het spreekt voor zich dat rekening wordt gehouden met de norm verantwoorde werktoedeling.</p>
<p>9.</p>	<p>Bij het product Jeugd-ggz diagnostiek pleiten we ervoor dit product ook te kunnen inzetten en declareren als er een specifieke vraag om diagnostiek gesteld wordt. Nu wordt dit product beperkt tot de situatie dat tijdens het diagnose-traject blijkt dat de passende behandeling bij een andere aanbieder geboden moet worden.</p>	<p>De regio Midden Holland kiest er niet voor om Jeugd-ggz diagnostiek als product in te zetten als er een specifieke vraag ligt om een diagnose te stellen. Uitgangspunt is dat de behandelende instelling die de diagnose stelt ook de behandelende instelling is.</p>
<p>10.</p>	<p>Ook willen we pleiten om bij de Jeugd-ggz diagnostiek dezelfde regels te hanteren m.b.t. de regiebehandelaar als bij Jeugd-ggz behandeling specialistisch. Het is niet realistisch om van de psychiater, de psychotherapeut en de klinisch-psycholoog te eisen dat zij 50% van de direct gebonden tijd moeten besteden aan een cliënt in</p>	<p>Wij laten de voorwaarde vervallen dat de regiebehandelaar tenminste 50% van de direct cliëntgebonden tijd besteedt aan de patiënt. Om de wezenlijke positie van de regiebehandelaar in het behandelproces te benadrukken sluiten wij aan bij het Model kwaliteitsstatuut GGZ.</p>

	<p>een diagnostiek traject. Als ook de gz-psycholoog kan optreden als Regiebehandelaar wordt dit een meer begaanbaar traject.</p>	<p>De aanbieder kan aantoonbaar maken dat vanuit het perspectief van de cliënt en eventuele andere betrokken hulpverleners rond de cliënt en het netwerk de volgende elementen worden benadrukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar. - De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. - De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming is van de patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan. - De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. - De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. - Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt. <p>Het spreekt voor zich dat rekening wordt gehouden met de norm verantwoorde werktoedeling. Binnen het enkelvoudige product diagnostiek kan de GZ-psycholoog geen regiebehandelaar zijn</p>
<p>11.</p>	<p>De tarieven die aan de diverse jeugd-ggz producten gekoppeld zijn staan ver af van de door ons ervaren werkelijkheid. Deze werkelijkheid baseren wij ook op de NZa tarieven, die niet voor niets door deze Autoriteit zijn opgesteld. De door u voorgestelde tarieven komen neer op een forse korting op deze NZa-tarieven. Dit is naar onze mening geen reëel tarief dat recht doet aan de kosten-werkelijkheid om gespecialiseerde ggz-hulp te bieden met hoog opgeleide medewerkers.</p>	<p>De gegevens die wij ontvingen op basis van de uitvraag m.b.t. functiemix en cliëntgebonden uren en waarop wij de gemiddelden baseerden, zijn gepubliceerd op onze website. De gebruikte gegevens zijn aangeleverd door zorgaanbieders waarvan de gezamenlijke budgetafspraken ruim 80% omvatten van het regionale budget voor de SGGZ. Aan HHM is gevraagd te reflecteren op de aannames m.b.t. de voorwaarden voor</p>

		levering van de diensten en de onderbouwing van de tarieven ervan tot stand zijn gekomen. Hun bevindingen, in combinatie met de reacties van de aanbieders, kunnen leiden tot mogelijke bijstellingen.
12.	Wat maakt dat de tarieven zo verschillen tussen GGZ en JenO (behandeling, begeleiding)?	De wijze waarop de tarieven voor Jeugdhulp (JenO/LVB) en GGZ zijn bepaald, zijn in essentie gelijk. Verschillen in CAO's en functiemixen bepalen voor een deel de verschillen. Zo is bij de GGZ ook de medisch specialist betrokken in de functiemix. Binnen de Jeugdhulp zijn de tarieven vastgesteld op basis van cliëntcontacttijd, voor de GGZ op basis van cliëntgebonden tijd. Voor vergelijkbare producten zullen de tarieven voor de Jeugdhulp daarom hoger liggen. Dat levert grote tariefverschillen op.
13.	<p>Dank voor de gegevens wat betreft functiemix en cliëntgebonden tijd. Samen met de andere stukken hebben we de berekeningen nu inzichtelijk.</p> <p>Feitelijk gaat het, grof gezegd, om 3 cruciale parameters, te weten salaris + overheadkosten; het aantal productieve uren; en de functiemix. De eerste twee parameters leiden tot een uurtarief, de mix van inzet van medewerkers leiden tot het mixtarief.</p> <p>Met betrekking tot salariskosten: de gehanteerde bedragen en opslagen, ook de overhead zijn conform de in de verschillende benchmarks en de CAO bekende cijfers. We kunnen zien dat jullie voor HBO ws schaal 55 hebben genomen als representant, voor WO schaal 65 en verder de MS schaal.</p> <p>Over de gebruikte schaal voor WO is discussie mogelijk: de WO beslaat schaal 60 tot 75. Dit is een fors verschil van ruim 70% (tussen schaal 60 en schaal 75; uurtarief resp. €75 en €129).</p>	Naar aanleiding van vragen en opmerkingen hebben wij geconstateerd dat er onjuistheden zijn in gemaakte berekeningen (zowel technisch als inhoudelijk). Wij nemen de opmerkingen mee bij het (opnieuw) berekenen van tarieven. Daarnaast hebben we de tarieven ter toetsing aan een derde partij voorgelegd. De aanbevelingen daarvan nemen we eveneens mee in de herrekening.
14.	<p>De parameters productieve uren én functiemix zijn wat dat betreft nog crucialer, want, andere keuzes hebben een veel grotere uitwerking.</p> <p>Jullie hebben je daarbij gebaseerd op de uitvraag bij een aantal ggz aanbieders die 80% van de omzet in Midden Holland vertegenwoordigen.</p> <p>Ten aanzien van de werkbare uren valt op dat de spreiding erg groot is: van 1123 tot 1440. Gebruik van het ene getal dan wel het andere getal geeft op uurtarief basis een verschil van ca 30% !! Bijvoorbeeld voor de Medisch specialist het verschil (obv jullie cijfers) tussen €127 en €160 per uur. Ons inzien is dit een te groot verschil om a) de cijfers als representatief te beschouwen dan wel als</p>	De aangeleverde cijfers geven aan dat er tussen aanbieders een groot verschil is in de verhouding tussen cliëntgebonden en niet-cliantgebonden tijd. Wij realiseren ons dat de verschillen deels verklaarbaar zijn op grond van de positie die instellingen in het zorglandschap innemen en de andersoortige, niet-cliantgebonden, werkzaamheden die daaruit voortvloeien, maar wij ontkomen niet aan de indruk dat de verschillen ook samenhangen met de wijze waarop instellingen hun bedrijfsvoering hebben ingericht. Die indruk wordt versterkt doordat verschillen ook zichtbaar zijn tussen onderling vergelijkbare instellingen die na gezamenlijk overleg tezamen constateren dat de

	<p>correct aangeleverd en b) daarom uit te gaan van een gemiddelde op basis van deze maximaal 7 aanbieders.</p> <p>Vanuit een van de aanbieders weten we inmiddels (die de cijfers niet herkende) dat jullie bij de berekening van de productieve uren het aantal bruto uren hebben genomen, zonder daar het gemiddelde ziekteverzuim eerst van af te halen).</p>	<p>verschillen groot zijn zonder ons daarvoor een sluitende verklaring te leveren.</p>
<p>15.</p>	<p>De derde parameter, de functie mix, laat ook grote verschillen zien waarbij met name de inzet van de HBO en Medisch specialist dermate verschilt tussen aanbieders dat het de vraag is of een middeling op z'n plaats is. Berekening van het mix tarief (bij gelijkblijvende uurtarieven) op basis van de 'duurste mix' levert een tarief op dat 14% hoger is dan bij gebruik making van de 'goedkoopste mix'. Ook hier geldt wat ons betreft dat de cijfers dermate uit elkaar liggen en tot dermate grote verschillen leiden dat het niet verantwoord is om de zaken te 'middelen'. Daarbij speelt ook hier dat een aanbieder de gepresenteerde verdeling niet herkent en mogelijk verkeerde cijfers heeft aangeleverd.</p>	<p>Naar aanleiding van vragen en opmerkingen hebben wij geconstateerd dat er onjuistheden zijn in gemaakte berekeningen (zowel technisch als inhoudelijk). Wij nemen de opmerkingen mee bij het (opnieuw) berekenen van tarieven. Daarnaast hebben we de tarieven ter toetsing aan een derde partij voorgelegd. De aanbevelingen daarvan nemen we eveneens mee in de herrekening.</p>
<p>16.</p>	<p>Wat ons betreft zou het op zijn plaats zijn de gegevens uitvraag ofwel nog eenmaal op een duidelijke, eenduidige wijze te doen, daarbij onderscheidt makend naar grootte van instellingen, wel of niet inclusief klinische behandelingen (hierbij wordt doorgaans meer HBO ingezet dan bij ambulante diagnostiek of behandeling), dan wel toch terug te vallen op de parameters dan wel bedragen die vergelijkbare andere regio's al hebben berekend.</p>	<p>Wij doen geen nieuwe uitvraag. Wij handhaven onze methodiek die aansluit bij de systematiek zoals die door VNG en GGZ Nederland is opgenomen in de handreiking Bekostiging Jeugd-GGZ. In de uitwerking zullen we een aantal aspecten heroverwegen n.a.v. de binnengekomen reacties.</p>
<p>17.</p>	<p>De rekenwijze door jullie gehanteerd kunnen we volgen, bij de gebruikte cijfers en de interpretatie van de uitvraaggegevens hebben we grote bezwaren.</p> <p>Om nog enige achtergrondinformatie te geven waarom de GGZ veel geld kost (niet per se duur is, maar wel veel geld kost) hebben we gezamenlijk met een aantal GGZ aanbieders bijgevoegde stukken nog geschreven.</p>	<p>Gemeenten hebben de mogelijkheid zelf hun tarieven te bepalen. Wij hebben dat gedaan op basis van de gegevens die wij op onze website publiceerden.</p> <p>De door ons gebruikte methodiek sluit aan bij de systematiek zoals die door VNG en GGZ Nederland is opgenomen in de handreiking Bekostiging Jeugd-GGZ.</p> <p>Wij hebben onder meer gebruik gemaakt van gegevens zoals die door regionale aanbieders zijn aangeleverd m.b.t. functiemix en cliëntgebonden uren. De gebruikte gegevens zijn aangeleverd door zorgaanbieders waarvan de gezamenlijke budgetafspraken ruim 80% omvatten van het regionale budget voor de SGGZ.</p> <p>Op basis van de reacties van de aanbieders en de suggesties van HHM zijn enkele elementen gewijzigd.</p>

<p>18.</p>	<p>Mijn oog viel op de bepaling dat het niet om cliëntgebonden tijd ging, maar louter om de DIRECTE cliëntgebonden tijd. Ik kan u verzekeren dat deze tarieven op geen enkele wijze bij ons kostendekkend zullen zijn.</p>	<p>Uw aanname is onjuist. Binnen de JGGZ geldt dat het tarief is gebaseerd op cliëntgebonden tijd (cliëntcontacttijd <u>en</u> indirect-clieëntgebonden tijd).</p> <p><i>Cliëntcontacttijd:</i> 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.</p> <p><i>Indirect-clieëntgebonden tijd:</i> Tijd besteed door hulpverleners 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.</p>
<p>19.</p>	<p>Het verwondert ons dat de uitvraag van cliëntgebonden uren op jaarbasis bij de specialistische GGZ in uw document varieert tussen de 1267 en 1279 uur en bij de generalistische basis GGZ op 1296 uur. Dat geeft te denken dat de uitvraag bij aanbieders geen zuiver beeld geeft over de feitelijke situatie in de markt. Immers, de rapportage kostprijsonderzoek van de NZa (versie juni 2017) spreekt van 1109 cliëntgebonden uren op jaarbasis bij instellingen. Aan het NZa kostprijsonderzoek hebben een variatie aan aanbieders meegewerkt. Hoe de gekozen uren uit het document van NSDMH dusdanig hiervan kunnen afwijken verbaast ons. Gezien de breedte waarmee het onderzoek van de NZa is, verzoeken wij u dringend om de cliëntgebonden uren te heroverwegen. Mede ook omdat dit element binnen de tariefberekening van substantiële invloed is.</p>	<p>Wij hebben ons gebaseerd op gegevens zoals die zijn aangeleverd door aanbieders die in de regio Midden-Holland werkzaam zijn. Wij zien geen reden om die gegevens niet als uitgangspunt te hanteren bij de door ons uitgevoerde berekeningen.</p> <p>Naar aanleiding van vragen en opmerkingen hebben wij geconstateerd dat er onjuistheden zijn in gemaakte berekeningen (zowel technisch als inhoudelijk). Wij nemen de opmerkingen mee bij het (opnieuw) berekenen van tarieven. Daarnaast hebben we de tarieven ter toetsing aan een derde partij voorgelegd. De aanbevelingen daarvan nemen we eveneens mee in de herrekening.</p>
<p>20.</p>	<p>Bij de tariefberekening is gekozen voor CAO GGZ FWG 65 als het gaat om de bepaling van het tarief en de inzet WO-behandelaar. Binnen het WO tarief vallen in uw berekening ook de medewerkers Klinisch (neuro)psycholoog en psychotherapeut. Deze medewerkers zitten in FWG 70 en 75. De gemiddelde salarisschalen (of de 90% van max. schaal waar u vanuit gaat) is dermate hoger dan de 90% van max. schaal FWG 65. Derhalve willen wij u dringend verzoeken om een tarief voor WO+ mee te nemen in de totaalberekening.</p>	<p>Naar aanleiding van vragen en opmerkingen hebben wij geconstateerd dat er onjuistheden zijn in gemaakte berekeningen (zowel technisch als inhoudelijk). Wij nemen de opmerkingen mee bij het (opnieuw) berekenen van tarieven. Daarnaast hebben we de tarieven ter toetsing aan een derde partij voorgelegd. De aanbevelingen daarvan nemen we eveneens mee in de herrekening.</p>

<p>21.</p>	<p>Binnen de SGGZ is het regiebehandelaarschap beperkt tot GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater. Op inhoudelijk niveau is dit zeer passend, echter er wordt een aanvullende eis gesteld. Dit is dat de regiebehandelaar 50% van de direct cliëntgebonden tijd dient te schrijven. Buiten dat dit praktisch bijna onrealistisch is gezien de feitelijke situatie, is met die inzet geen rekening gehouden met de tariefstelling. Immers, het uurtarief van regiebehandelaren ligt op kostprijsniveau vele malen hoger. Wanneer deze kostprijs niet meer dan 50% "verdund" kan worden met 'goedkoper' personeel, is het gestelde tarief voor de specialistische GGZ onrealistisch</p>	<p>Wij laten de voorwaarde vervallen dat de regiebehandelaar tenminste 50% van de direct cliëntgebonden tijd besteedt aan de patiënt.</p> <p>Om de wezenlijke positie van de regiebehandelaar in het behandelproces te benadrukken sluiten wij aan bij het Model kwaliteitsstatuut GGZ.</p> <p>De aanbieder kan aantoonbaar maken dat vanuit het perspectief van de cliënt en eventuele andere betrokken hulpverleners rond de cliënt en het netwerk de volgende elementen worden benadrukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar. - De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. - De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming is van de patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan. - De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. - De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. - Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt. <p>Het spreekt voor zich dat rekening wordt gehouden met de norm verantwoorde werktoedeling.</p>
<p>22.</p>	<p>U hanteert het aantal declarabele uren bij bijvoorbeeld de GBGGZ van gemiddeld 1.260. Dit is beduidend hoger dan hetgeen de NZa die 1.115,2. Dit is een verschil van circa 12%.</p>	<p>Dit is juist berekend dit is inderdaad een verschil van circa 12%. Het NSDMH gaat uit van een hoger aantal declarabele uren en efficiëntie.</p>

<p>23. - U rekent alleen met de lonen en salarissen uit de CAO-tabellen. Dit zijn niet alle loon- en salariskosten. Toenemende reiskostenvergoedingen door verdergaande decentralisatie van behandellocaties en onkostenvergoedingen zijn niet meegenomen.</p> <p>- U hanteert een overheadpercentage van 43,77% van de loonkosten, gebaseerd op een inmiddels achterhaalde benchmark van KPMG uit 2014. De effecten van onder andere de transitie en de verscherpte kwaliteits- en privacy-eisen zijn hier niet in meegenomen. Daarmee is dit een forse onderschatting van de reële overheadkosten.</p> <p>- Er is geen relatie tussen de overheadkosten en de hoogte van de salarissen van het zorgpersoneel. Uw percentage van 43,77% dient dan ook gerelateerd te zijn aan de totale kosten en niet aan de loonkosten.</p> <p>- Door de transitie is er een forse toename geweest van de overheadkosten voor zorgaanbieders met name vanwege de toename van administratieve lasten door de grote variatie aan regionale inkoop-, monitorings-, verantwoordings- en declaratiemodellen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wij kunnen geen extra bedrijfskosten meenemen in de berekening die individueel zijn. 2. De overheadkosten zijn niet alleen gebaseerd op een rapport uit 2014. 3. De rekenwijze die het NSDMH aanhoudt is juist.
<p>24. Uw regio eist dat 50% van de cliëntgebonden tijd door onze regiebehandelaar uitgevoerd dient te worden. Aan deze eis voldoen wij niet. Wij zijn van mening dat dit niet een efficiënt gebruik is van middelen en dat de hoge kwaliteit van ons programma juist gewaarborgd wordt door de inzet van een grote hoeveelheid en mix van gekwalificeerde medewerkers, onder leiding van de regiebehandelaar. Wanneer we kijken naar de huidige beschrijving van de producten ontbreken voor ons 2 belangrijke diensten:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dagbesteding b. Begeleiding 	<p>Wij laten de voorwaarde vervallen dat de regiebehandelaar tenminste 50% van de direct cliëntgebonden tijd besteedt aan de patiënt.</p> <p>Om de wezenlijke positie van de regiebehandelaar in het behandelproces te benadrukken sluiten wij aan bij het Model kwaliteitsstatuut GGZ.</p> <p>De aanbieder kan aantoonbaar maken dat vanuit het perspectief van de cliënt en eventuele andere betrokken hulpverleners rond de cliënt en het netwerk de volgende elementen worden benadrukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar. - De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. - De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming is van de

		<p>patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. - De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. - Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt. <p>Het spreekt voor zich dat rekening wordt gehouden met de norm verantwoorde werktoedeling.</p> <p>Binnen het eenvoudige product diagnostiek kan de GZ-psycholoog geen regiebehandelaar zijn</p> <p>De bedoelde diensten vallen onder het onderdeel ondersteuning en niet binnen behandeling.</p>
25.	<p>1. U gaat uit van zowel te lage bruto salarislsten als overhead kosten van zowel HBO, WO en MS. Dit leidt op alle behandelniveaus tot een te laag tarief, en daardoor tot een te laag mixtarief. Wij kunnen voor dit tarief niet de gevraagde zorg leveren binnen de BGGZ en SGGZ. Verwijzing naar Tarieven volgens VNG.</p> <p>2. Het aantal cliëntgebonden uren voor zowel de HBO, WO en MS is veel te hoog en daarmee onwerkbaar.</p>	<p>1. De brutosalarissen zijn conform de uitkomsten van de uitvraag die door meerdere aanbieders is ingevuld.</p> <p>2. De cliëntgebonden uren zijn conform de uitkomsten van de uitvraag die door meerdere aanbieders is ingevuld</p>
26.	<p>U gaat uit binnen de SGGZ van de inzet van minimaal 50% regiebehandelaarschap, waarbij de regiebehandelaren bestaan uit alleen specialistische behandelaren. Het mixtarief dat u hanteert is niet hoog genoeg om dit percentage te realiseren, en daarmee niet mogelijk te realiseren.</p>	<p>Wij laten de voorwaarde vervallen dat de regiebehandelaar tenminste 50% van de direct cliëntgebonden tijd besteedt aan de patiënt.</p> <p>Om de wezenlijke positie van de regiebehandelaar in het behandelproces te benadrukken sluiten wij aan bij het Model kwaliteitsstatuut GGZ.</p> <p>De aanbieder kan aantoonbaar maken dat vanuit het perspectief van de cliënt en eventuele andere betrokken hulpverleners rond de cliënt en het netwerk de volgende elementen worden benadrukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en

		<p>aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. - De regiebehandelaar stelt het behandelplan vast, nadat instemming is van de patiënt/cliënt is verkregen op basis van het voorgestelde behandelplan. - De regiebehandelaar evalueert periodiek en tijdig met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten op basis van gelijkwaardigheid de voortgang, doelmatigheid en effectiviteit van de behandeling. - De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. - Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt. <p>Het spreekt voor zich dat rekening wordt gehouden met de norm verantwoorde werktoedeling.</p>
27.	<p>M.b.t. curatieve GGZ-zorg door kinderartsen: Kan geen cliënten in behandeling nemen voor de voorgestelde tarieven.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intake, diagnostiek en behandelplan <ol style="list-style-type: none"> a. 600 minuten nodig i.p.v. 510 minuten b. kinderarts 2 uur i.p.v. 1 uur 2. Medicamenteuze behandeling <ol style="list-style-type: none"> a. medisch specialist heeft een rol i.p.v. SGGZ tarief b. 165 minuten 3. medicatie advies <p>is een gedegen uitleg over medicatie door de kinderarts en is niet in 15 minuten gedaan. Ouders willen veel informatie en hebben veel vragen. 45 minuten noodzakelijk</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De tarieven voor diagnostiek zijn gebaseerd op de tijd die daarvoor is benodigd binnen de pilot ADHD (en het tarief dat daarbij past). Wij zien niet in dat voor een vergelijkbaar traject in ziekenhuizen meer tijd benodigd is dan wel andere deskundigheid. 2. Wij hebben ons m.b.t. de inzet van functies gebaseerd op een beschrijving die wij ontvingen van een aanbieder die regionaal werkzaam is. 3. Medicatieadvies is eenmalig zoals omschreven. Het gaat daarbij om stabiele patiënten die terugverwezen zijn naar de eerste lijn.

<p>28. In een vergelijking tussen het document "Bij vermoeden van een kind met ongecompliceerde ADHD" en de door ons vastgestelde specificatie zijn de volgende activiteiten niet opgenomen in het ADHD project:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intelligentieonderzoek (180 minuten; 90 voor afnemen intelligentietest, 90 voor uitwerken) 2. Multidisciplinair Overleg (2x 30 minuten; 12 minuten kinderarts, 15 minuten psycholoog) <p>Onze behandelaren (kinderartsen en psychologen) zijn van mening dat bovenstaande elementen essentiële onderdelen van het diagnostisch traject vormen. Zonder deze elementen zijn wij niet in staat om de kwalitatief goede zorg die wij voorstaan te leveren.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De tarieven voor diagnostiek zijn gebaseerd op de tijd die daarvoor is benodigd binnen de pilot ADHD (en het tarief dat daarbij past). Wij zien niet in dat voor een vergelijkbaar traject in ziekenhuizen meer tijd benodigd is dan wel andere deskundigheid. 2. Wij hebben ons m.b.t. de inzet van functies gebaseerd op een beschrijving die wij ontvingen van een aanbieder die regionaal werkzaam is. 3. Medicatieadvies is eenmalig zoals omschreven. Het gaat daarbij om stabiele patiënten die terugverwezen zijn naar de eerste lijn.
<p>29. Wat nu precies het verschil is tussen de activiteiten van de Generalistische Basis-GGZ en de activiteiten die vallen onder de noemer van de individuele behandeling gedragswetenschapper. Wanneer valt nu een bepaalde interventie onder het ene en wanneer onder het andere regiem?</p>	<p>In de behandeling zijn activiteiten soms gelijk, maar worden activiteiten ingezet binnen verschillende behandeltrajecten. Bij psycho-educatie kan een gedragswetenschapper of een GZ psycholoog worden ingezet.</p> <p>Binnen de JGGZ geldt dat het tarief is gebaseerd op cliëntgebonden tijd (cliëntcontacttijd <u>en</u> indirect-clieñtgebonden tijd).</p> <p><i>Cliëntcontacttijd:</i> 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.</p> <p><i>Indirect-clieñtgebonden tijd:</i> Tijd besteed door hulpverleners 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.</p>

