

Nota van Inlichtingen bij bestuurlijk aanbesteden regio Lekstroom

Voorstellen en reacties op stukken fysieke overlegtafel 24 augustus 2015

Voorstel aanbieders	Reactie Lekstroom
<p>Psychologenpraktijk Nieuwegein</p> <p>D.2. Generalistische Basis Geestelijke Gezondheidszorg Jeugd (GBGGZ) Doelgroep Jeugdigen tot achttien jaar met een lichte tot matige, niet complexe, zorgvraag rondom psychiatrische problematiek, waarbij een sprake is van (ernstig vermoeden van) een DSM benoemde stoornis. Het betreft een doelgroep waarbij er geen tot matig risico aanwezig is. Ouders, het gezinssysteem en het sociaal netwerk worden wanneer mogelijk altijd betrokken bij de behandeling. Indien er sprake is van klachten, maar niet van een stoornis, behoort begeleiding en behandeling tot het domein van de algemene voorzieningen, zoals huisartsenzorg en POH jeugd-GGZ, of lokale teams.</p> <p>Eerder hebben wij het bericht gekregen dat vanaf dit jaar binnen de GBGGZ ook problematiek vergoed wordt die niet onder een DSM-stoornis valt, zoals rouwproblematiek, en dat daarnaast de aanpassingsstoornissen weer binnen de vergoedingen vallen. Bovenstaande zinnen vermelden hierin iets anders. Wat is nu het definitieve besluit hierin?</p> <p>A. Kennis en consultatie voor professionals</p> <p>Uitgangspunt is dat ad hoc informatie verstrekking gratis is en onderdeel is van het contract: telefonische consultatie en ondersteuning korter dan 60 minuten per jeugdige wordt niet in rekening gebracht.</p> <p>Wij zijn het er mee eens dat het van belang is flexibel om te gaan met onderling overleg en dat het prettig en reëel is om niet elk contact in rekening te brengen. Juist het onderlinge contact tussendoor versterkt de samenwerking en verkort de onderlinge lijnen, wat ten goede komt aan de zorg voor kind en gezin.</p> <p>Wij vinden het wel ruim genomen dat pas boven de 60 minuten de consultatie in rekening kan worden gebracht. 30 minuten lijkt ons hierin reëler. Binnen een half uur valt het contact naar ons idee nog onder kort onderling overleg, even afstemmen, of samen sparren. Daarboven, zeker als er bijna een heel sessie-uur aan consultatie wordt besteed, is er wel degelijk veel tijd en ruimte in</p>	<p>We hebben nu in de producten voorgesteld om deze behandeling wel te vergoeden, op uurbasis (product D4). Uitgangspunt is echter dat deze problematiek zoveel mogelijk door de huisartsenzorg, POH jeugd of het lokale team wordt behandeld.</p> <p>Dit product wordt in lijn gebracht met hetgeen hierover in de basisovereenkomst is vastgelegd. Daarin hebben we opgenomen dat gemeenten en aanbieders hier in alle redelijkheid mee omgaan.</p>

geïnvesteed en lijkt het ons niet meer dan normaal dat dit in rekening kan worden gebracht.	
<p>Orthopedagogische Psychologische praktijk Heeroma Psychologisch Pedagogisch Adviesbureau Houten</p> <p><u>Algemene meer organisatorische punten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Graag bladzijdennummers onder alle documenten. - Zie punt verslag 14 juli over het aanleveren van punten voor 11 augustus. - Wij hadden eerder begrepen van mev. Liebrechts dat speltherapie niet onder de vergoede zorg valt. In de nota van inlichtingen, blz 13, begrijpen wij uit de tekst dat speltherapie wel vergoed wordt bij de producten ondersteuning en maatschappelijke deelname. Klopt dit? En zo ja, dan lijkt het ons zeer gerechtigd dat het ook binnen het product behandeling vergoed wordt, speltherapie is immers een psychotherapeutische behandelvorm (en geen begeleiding) voor kinderen. - Alvast vooruitdenkend (fysieke overlegtafels 8 september en later) willen we aandacht vragen voor het volgende: dit jaar zijn de tarieven in vergelijking met 2014 voor ons 15% gedaald, dat betekent dat ons inkomen nog meer gedaald is omdat er veel meer kosten gemaakt moeten worden vanuit het contract met Lekstroom dan in voorgaande jaren. We maken ons zorgen over de tarifiering voor 2016. Onze zorg betreft dat jarenlange ervaring, de aanwezige expertise, de registraties (die kwaliteit borgen, maar ook veel geld kosten vanwege dure nascholing*, supervisie, herregistraties> indien gewenst kunnen we dit onderbouwen met voorbeelden, een gemiddelde cursus van), het deelnemen aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zoals Eerstelijns Medische Centra (waar ook kosten aan verbonden zijn) niet terug te zien zijn in de tarieven. Binnen instellingen/organisaties en binnen 'vrijgevestigden' in andere beroepsgroepen spelen genoemde factoren mee in de salarissen/CAO's (jaarlijks % verhoging en dan ook door kunnen groeien in schalen) en tarieven. Ook merken wij dat in veel andere regio's in 2015 hogere tarieven dan in Lekstroom voor GZ psychologen gehanteerd worden. Als vrijgevestigden moeten wij uit de tarieven die wij betaald krijgen onze praktijk draaien met alle kosten van dien, zoals onze pensioenvoorziening en arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen etc betalen en dan ook een redelijk inkomen overhouden. Het is tenslotte ons werk. Jaarlijks worden de kosten (denk naast verzekeringen en pensioenopbouw ook aan huur, kantoorkosten, administratie (!), voor sommigen personeel, test/therapiemateriaal, reiskosten) hoger, maar deze hogere kosten zijn niet terug te vinden in de tariefstelling afgelopen jaar, integendeel. We hebben er begrip voor dat de gemeenten te maken hebben met lastige financiële bezuinigingsprocessen, we pleiten echter toch voor een reële tariefstelling conform opleidingsniveau er ervaring met een jaarlijkse indexatie. 	<p>Er is nog geen besluit genomen over de vergoeding van speltherapie, we wachten tot zorgverzekeraars hebben besloten of ze dit blijven vergoeden binnen de aanvullende zorgverzekering, zoals ook in 2015 het geval is.</p> <p>De tarieven staan op de fysieke overlegtafel van 8 september op de agenda. Wij willen graag marktconforme tarieven betalen, maar zijn wel gebonden aan de bezuinigingen die het Rijk aan ons oplegt.</p>

*Tarieven voor nascholing liggen rond de €300-€375 per dag, cursussen/opleidingen bestaan uit bijvoorbeeld 8 cursusdagen. We zijn voor herregistratie verplicht dit soort bijscholing cursussen te volgen.

Verslag 14 juli 2015

Bij agendapunt 5: er wordt de digitale overlegtafel gevraagd per mail voor 11 augustus te reageren. We hebben hier als digitale overlegtafel geen bericht van gehad, dus hoe kunnen we dan voor die datum reageren? Of gaat het hier om de reacties die we voor 14 juli al gegeven hebben?

Nota van inlichtingen (gedownload versie 18-8-2015)

Blz 1: wij pleiten ervoor dat stoornissen, dus ook aanpassingsstoornissen door GZ psychologen worden behandeld. Lichtere, niet complexe aanpassingsklachten kunnen uitstekend door het een POHer of maatschappelijk werk met specialisatie jeugd worden behandeld.

Blz 4: er staat dat een deel van de zorg, bv ouderbegeleiding of schoolcontacten, ergens anders onder gebracht zou kunnen worden (dus in feite splitsen van behandelaren). Wij pleiten er sterk voor dat niet te gaan doen om dat er dan juist versnippering van zorg ontstaat en cliënten dan met meerdere hulpverlenerssystemen te maken krijgen. Binnen de vrijgevestigden is het juist de traditie om zo weinig mogelijk hulpverleners binnen rond kind/gezin te hebben en korte lijnen te houden.

Blz 6 art 3: hoe moeten we controleren wat voor ziektekostenpolis de cliënt heeft? De cliënten weten zelf vaak niet welke polis ze hebben. We mogen per 1 januari geen verzekeringscheck COV meer doen, dus kunnen onmogelijk zelf controleren wat voor polis iemand heeft. Zeker met de plannen van minister Schippers om meer soorten polissen mogelijk te maken (ministeriële maatregel vanwege het niet doorgaan van afschaffing artikel 13 zorgverzekeringswet december 2014), is het niet werkbaar om alle polissen inhoudelijk te kennen, zeker ook omdat er op internet en bij de helpdesks van de verzekeraars niet altijd duidelijk wordt/is wat de vergoedingen zijn. Een oplossing zou kunnen zijn dat de cliënt tijdens de intakefase een verklaring tekent waarin staat dat de zorg niet door de aanvullende verzekering wordt vergoed en dat, als later blijkt dat dit niet zo is, de gemeenten dit met de cliënt regelen.

Blz 6, Punt 4: er komen geen budgetgaranties, wat betekent dat in de praktijk in vergelijking met 2015? Hoe moeten we dit zien.

Blz 9: uit de reactie van Lekstroom kan opgemaakt worden dat de aanbieder 24uur per dag hulp moet kunnen bieden, nogmaals, dat is bij vrijgevestigden niet mogelijk (en ook bij de meeste instellingen niet overigens). In geval van ernstige crisis wordt met de huisarts overlegd en naar de crisisdienst verwezen. De crisisdienst kan zo nodig voor snelle klinische opname zorgen. We kunnen als de verwijzer aangeeft dat het nodig is, wel snel hulp bieden, maar dus geen 24 uren zorg.

Het gaat hier om reacties op de stukken voor 14 juli, die hebben de aanbieders voor de digitale overlegtafel als het goed is al gegeven.

Dit wordt ook zo opgenomen; er zal per cliënt worden gekeken welke behandeling goedkoop adequaat is.

Dit zal inderdaad telkens moeten worden afgewogen. We zien nu dat GZ psychologen soms ook begeleiding doen. Dat is aan de ene kant natuurlijk prettig voor het gezin die dan één hulpverlener zien, maar het is wel een dure oplossing.

Blz 6: de cliënt zal in deze gevallen toch zijn verzekeringsgegevens moeten nakijken.

Blz 6, punt 4: voor de vrijgevestigden maakt dat niets uit, die hebben in 2015 ook geen budgetgaranties.

Blz 9: er worden voor 2016 specifieke afspraken met een bepaalde aanbieder gemaakt die crisishulp kunnen bieden, net als in 2015. Zij krijgen een vergoeding o.a. voor beschikbaarheid.

Andere punten van de nota van inlichtingen worden meegenomen bij de input met betrekking tot het deelcontract waar we voor 31 augustus op moeten reageren.

Thema aanpak multiprobleemgezinnen

Geen opmerkingen

Product A of B diagnostiek (wordt bij de stukken B genoemd, maar er staat A boven)

Doel/resultaat

Er staat "er ligt een diagnose", graag zouden wij toevoegen dat het om een handelingsgerichte diagnose gaat en niet per se om een classificatie (vaak diagnose genoemd) uit de DSM.

Wordt meegenomen.

Aanpak

- Er staat "professionals kunnen vragen bij zorgaanbieders". Deze zin impliceert dat zorgaanbieders geen professionals zijn, dat is vast niet de bedoeling. Graag aangeven wat er met professionals en zorgaanbieders in deze zin bedoeld wordt.
- De zinnen "mocht ditprobleem heeft" en Hierbij is het van hoeft te vinden""kloppen taalkundig niet, en maar ook inhoudelijk leveren de zinnen vragen op, met name het stukje dat screening kan aantonen of een jeugdige daadwerkelijk een probleem heeft. Vaak geven jeugdigen of ouders op screeningsinstrumenten niet aan dat ze een probleem ervaren (willen graag net zo zijn als anderen) en geven ze in de hulpvraag aan wel degelijk een probleem te ervaren. Screening toont niet zo zeer aan dat een jeugdige *daadwerkelijk* een probleem heeft, screening kan wel aantonen dat een jeugdige of ouders een probleem ervaren. Screening is geen diagnostiek, dus kan er bij screening en diagnostiek geen sprake zijn van dubbele diagnostiek. De diagnostiek kan wel gebruik maken van de reeds aanwezige screening.
- Diagnostiek bestaat uit meer dan enkele gesprekken en testmomenten. Voorstel om deze zin weg te laten. Observaties zowel tijdens de testafnames en gesprekken als ook bv thuis of op school, horen ook tot de diagnostiek.
- Wat wordt er bedoeld met observaties aan de hand van screenings? Gaat het hier om het beoordelen/inlezen van de uitkomsten van de gedane screening?
- Bij de onderzoeksvormen missen wij het intelligentieonderzoek. Tevens begrijpen wij uit de tekst dat onderzoek naar leerstoornissen ook vergoed wordt, of is dat niet de bedoeling?
- Ons voorstel is om de zin "ook is het van belang.....triage onderzoek"weg te laten. In de zin staat bv dat diagnostische besluitvorming een vorm van diagnostiek is, diagnostische besluitvorming is een onderdeel van de diagnostiek.
- Naast bovengenoemd punt is de vraag wat er met overige activiteiten gedaan moet worden, bv tussentijds vragenlijsten scores, contacten met derden. Vallen die onder

Wordt meegenomen.

gesprekken? En hoe moeten deze activiteiten gedeclareerd worden, komen hier extra codes voor

Kwaliteitseisen

Bij het eerste punt staat naast de GZ psycholoog een academische geschoolde ontwikkelingspsycholoog. Dat bevreemdt ons, het kan hier gaan om een net afgestudeerde psycholoog zonder enige diagnostische ervaring of registratie (een basispsycholoog dus, ontwikkelingspsychologie is een afstudeerrichting, geen registratie). Wat mogelijk bedoeld wordt is een register psycholoog Kind en jeugd NIP (K&Jpsych), deze staat op ongeveer gelijk niveau als een orthopedagoog generalist NVO (OG). De ontwikkelingspsycholoog wordt dus boven de orthopedagoog generalist gesteld en gelijkwaardig aan een GZ psycholoog. Voor zowel de GZ, OG als K&Jpsych moet er meerdere jaren postacademisch onderwijs worden gevolgd om de registratie te krijgen en zijn herregistratie eisen van kracht om de kwaliteit te waarborgen. Wij pleiten zeker bij diagnostiek om vast te houden aan de GZ psycholoog, Kinder-en jeugdpsycholoog NIP, orthopedagoog generalist NVO of anders alleen Gz psycholoog.

Product D behandeling

D2 GBGGZ jeugd

Doelgroep + doel+aanpak

- Al in eerdere reacties hebben we aangegeven dat GBGGZ niet wil zeggen dat de problematiek niet complex is. Juist sinds de invoering van de GBGGZ en SGGZ is de complexiteit van de problematiek in de GBGGZ toegenomen door het overnemen van een deel van de problematiek die eerder in de SGGZ werd behandeld.
- Doel: tekstueel loopt de derde zin niet, wordt hier een doel van de GBGGZ bedoeld?
- Aanpak:
 - o In dit stuk missen we de rol van de ouders waaronder bijvoorbeeld de risico- en beschermende factoren die meespelen bij ouders/systeem in problematiek en hulpvraag. De ouders moeten inziens actief betrokken/meegenomen worden in de behandeling van een kind.
 - o Er wordt gesproken over gesprekken, e health, en een combinatie hiervan. Waar vallen bijvoorbeeld EMDR, speltherapie en dergelijke onder? Voorstel: in plaats van gesprekken het woord consulten gebruiken.
 - o Eerder is aangegeven dat we klachten mogen behandelen, juist ook met de intentie van Lekstroom om overdiagnosticering van stoornissen te voorkomen. Uit dit stuk begrijpen we dat dit in 2016 niet langer kan bij vergoede zorg.
 - o Er wordt gesproken van maximaal 8-10 gesprekken. Hier wordt dezelfde weeffout met betrekking tot de GGZ voor kinderen en jeugdigen gemaakt als bij de

Bij de fysieke overlegtafel is ook geconstateerd dat de kwaliteitseisen nog niet goed staan, deze aanvulling nemen we mee.

Nemen we mee bij de productbeschrijving.

ontwikkeling van de GBGGZ en de SGGZ (is door NZA erkend dat dit indertijd een fout is geweest). Bij kinderen en jeugdigen moeten ouders en meestal school betrokken worden, dat is ook wat het uitgangspunt van Lekstroom is. Dit kan niet vanuit de 8-10 gesprekken (of consulten). Als de ouderbegeleiding/oudergesprekken over het kind thuis, voortgang, etc. ook uit de 8-10 gesprekken 'gehaald' moeten worden, blijft er weinig over voor echte behandeling. Bovendien wordt in de meeste richtlijnen behandelingen aangegeven waar meer dan 10 gesprekken (consulten) voor nodig zijn.

- o Naast bovengenoemd punt is de vraag wat er met overige activiteiten gedaan moet worden, bv tussentijds vragenlijsten scoren, contacten met derden. Vallen die onder gesprekken? En hoe moeten deze activiteiten gedeclareerd worden, komen hier extra codes voor?

D3 SGGZ jeugd

We zijn erg blij dat de GZ psycholoog hoofdbehandelaar kan zijn. Hiermee worden de lijnen tussen GBGGZ en SGGZ eindelijk doorbroken. In het stuk staat als vraag 'aparte kwaliteitseisen', aan wat voor kwaliteitseisen wordt gedacht, wat zijn de ideeën daarover? Wat zou verder het gevreesde misbruik kunnen zijn?

D4 behandeling overig

Doelgroep

Jeugdigen hebben geen problemen van gedragswetenschappelijke aard. Specifiek medisch/paramedische aard zou op vele manieren gelezen kunnen worden. Het gaat hier om psychische problematiek.

Aandachtspunt bij behandeling

Bij de GBGGZ en SGGZ mag ook een HBOer behandelaar zijn (niet hoofdbehandelaar). Aandachtspunt hierbij is dat de hoofdbehandelaar ook inderdaad de verantwoordelijkheid voor het hele behandeltraject waarmaakt, zoals in de tekst gesteld wordt en niet zoals nu vaak in de praktijk gezien wordt, dat de hoofdbehandelaar nauwelijks bemoeienis heeft met de behandeling door een medebehandelaar.

Product A kennis en consultatie voor professionals

Zie ons ingebrachte punt voor 14 juli bij dit stuk (nota van inlichtingen blz 10): wij vinden het niet terecht dat er niets in rekening gebracht kan worden bij consultatie korter dan 60 minuten, ook niet als de aanbieders hierover in overleg met de gemeente kan gaan als de aanbieder het gevoel heeft dat het niet goed loopt. Op deze manier ontstaan onduidelijke discussies over wat wel/niet goed

Op dit punt komen we terug.

Wordt meegenomen bij de productuitwerking.

Dit is aangepast. Gemeenten en aanbieders zullen hier in 'alle redelijkheid' mee omgaan.

<p>lopen betekent en welke vergoeding daar tegenover moet staan. Ook consultatie is gewoon werk en hoort bekostigd te worden.</p> <p><u>Product uitwerking producten zelfredzaamheid (C1) etc.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor ondersteuning zelfredzaamheid zwaar staat oa als kwaliteitseis WO. Uit de tekst i het ons niet helemaal duidelijk of het hier alleen gaat om groepen, zoals dagopvang, naschoolse opvang etc. Als het alleen om groepen gaat, betekent het dat dan dat dit bij bv de vrijgevestigde GZ psychologen wordt weg gehaald, het is nu ook een onderdeel van het werk en onderdeel van behandeling. - Ook hier staat dat er voor infoverstreking tot 60 minuten niet betaald gaat worden, zie 'Kennis en consultatie'. 	<p>Ondersteuning zelfredzaamheid is individueel. Hiervoor geldt een lager tarief dan een jGGZ behandeling. U kunt dit dus wel doen, maar tegen een lager tarief.</p>
<p>Mentaal Beter</p> <p>Met veel interesse heb ik kennis genomen van het verslag van 14 juli van de fysieke overlegtafel inkoop Jeugd 2016.</p> <p>Graag reageer ik hierbij op het document 'Bijlage Product Behandeling, uitwerking producten, doel en kwaliteit CONCEPT' en de vraag uit het conceptverslag van 14 juli “ Is de UMAMI prestatie voldoende verwerkt wanneer de toelichting stelt: ‘En het gaat ook om de groep jeugdigen met ernstige maar stabiele psychische problematiek (zoals angststoornis en depressie) die geen gespecialiseerde behandeling, maar wel een langdurige monitoring nodig hebben.’</p> <p>Mentaal Beter is als curatieve aanbieder van zowel jeugd ggz als volwassenen ggz één van de 7 aanbieders die landelijk deelneemt aan de pilot UMAMI van VGZ en in de stuurgroep zit. Mentaal Beter is samen met HSK bedenker van het 5^e product binnen de generalistische basis ggz. VGZ heeft dit product gekoppeld aan de beleidsregel innovatie van de NZa. Reeds in 2015 heeft Mentaal Beter dit product ook aangeboden binnen het gemeentelijk domein voor Kind en Jeugd GGZ en daarvoor hebben wij een uitgebreide definitie en beschrijving ontwikkeld. Het is goed om te zien dat ook de regio Lekstroom binnen de Jeugdwet het UMAMI product wil invoeren!</p> <p>Graag stel ik als deelnemer van de landelijke pilot, onze kennis beschikbaar voor de inkoop 2016 van dit product voor uw regio. De wijze waarop het product UMAMI nu gedefinieerd is in het document 'Bijlage Product Behandeling, uitwerking producten, doel en kwaliteit CONCEPT', staat ver van de definitie zoals deze reeds bestaat en is opgesteld binnen de huidige pilot.</p>	<p>Wij nemen deze aanvulling mee bij de productuitwerking.</p>

<p>Het UMAMI product betreft <u>geen</u> behandeling voor stabiele psychiatrische problematiek, of langdurige behandel/monitoringtrajecten. Voor cliënten met dit profiel bestaat reeds het product 'Chronisch' binnen de generalistische basis ggz is reeds als volgt gedefinieerd: Het patiëntprofiel dat hoort bij deze prestatie is: 1) Er is sprake van een DSM stoornis 2) De gemiddelde zorgvraagzwaarte betreft risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie. 3) Er is sprake van een laag tot matig risico. Zie hiervoor de beleidsregels van de NZa. Bron: http://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_CU_7137_Beleidsregel_Generalistische_basis_GGZ.pdf.</p> <p>Het product UMAMI betreft in de kern behandeling voor: ambulante cliënten met een NZa patiëntenprofiel dat volgens de beleidsregels van de NZa nu indicatie voor s-ggz inhoudt, waarbij hoofdzakelijk monodisciplinaire behandeling als eerste aangewezen is. <i>Primaire Inclusiecriteria:</i> 1) Er is sprake van een DSM-IV stoornis én 2) <u>Hoog risico</u> of hoge complexiteit als zodanig gedefinieerd door de NZa in haar beleidsregels. 3) Er is sprake van matig tot ernstige zorgvraagzwaarte die volgens de richtlijnen monodisciplinair behandeld kunnen worden in gemiddeld 1.300 minuten.</p> <p>Dit betreft uitdrukkelijk geen cliënten waarbij n.a.v. het NZa patiëntenprofiel, (welke gebaseerd is de criteria: DSM-stoornis, ernst, problematiek, risico complexiteit en beloop klachten) sprake is van een van de volgende vier integrale prestaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basis GGZ Kort (BK) - Basis GGZ Middel (BM) - Basis GGZ Intensief (BI) - Basis GGZ Chronisch (BC) 	
<p>Leestalent</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Art 6: Opdrachtgever behoudt zich het recht voor om onderzoek te doen naar de behandelopbrengsten en financiële opbrengsten van aanbieder, die zijn verkregen door inschakeling van een derde. Kunt u aangeven wat voor onderzoek u hier bedoelt, en op welke wijze dit uitgevoerd gaat worden? 2. Art 7 lid 3: op 15 januari moet een reële inschatting van de eindafrekening van het jaar ervoor (per gemeente) aangeleverd worden. U geeft bij art7 een termijn aan van 14 dagen na het einde van het afgelopen jaar. Dat is wel heel kort dag om per gemeente uitgesplitst aan te leveren. Wij stellen als datum 15 	<p>Er is nog niet uitgewerkt op welke wijze dit zal gebeuren.</p> <p>Nee, gemeenten moeten dan hun jaarrekening opmaken en hebben die inschatting nodig. Het hoeft ook niet op de euro nauwkeurig, het gaat om een inschatting.</p>

<p>februari voor, kunt u akkoord gaan met dit voorstel?</p> <p>3. Art 20 lid 1: Opdrachtgever (of een door opdrachtgever daartoe aangewezen derde) is te allen tijde gerechtigd verwachte en onverwachte controle uit te voeren op de inhoudelijke kwaliteit en op presentie- en financiële administraties van aanbieder op basis van het nog op te stellen protocol.</p> <ol style="list-style-type: none"> Wat voor controles worden hier bedoeld? Met wat voor reden wilt Opdrachtgever deze controles uitvoeren? Een controle op de gehele financiële administratie van aanbieder lijkt ons niet gewenst. Wie gaat dit betalen? <p>Wij stellen voor hier het volgende aan toe te voegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> De controles worden ten allen tijde uitgevoerd door een daartoe bevoegde instantie, zoals een accountant. indien uit de uitslag van de controles blijkt, dat aanbieder rechtmatig heeft gehandeld, de volledige kosten van de controle ten laste van de opdrachtgever komen. <p>4. Art 20 lid 3 Wij stellen voor, indien een verzoek om een second opinion gedaan wordt door Opdrachtgever, de opdrachtgever ook de kosten van deze second opinion voor zijn rekening neemt. Kunt u hiermee akkoord gaan?</p> <p><u>Naast de inhoudelijke vragen over de deelovereenkomst, zouden wij graag van u vernemen of de planning van het proces voor de inkoop jeugd 2016 voor zorgregio Lekstroom al bekend is.</u> Leestalent schrijft bij een groot aantal zorgregio's in, dat vraagt om een goede organisatie om alle verschillende procedures naast elkaar te kunnen plannen en uitvoeren. Om ook in uw regio tijdig in te kunnen schrijven zouden wij graag door u op de hoogte worden gesteld van de planning die hiervoor is opgesteld.</p>	<p>Dit onderwerp is nog niet uitgewerkt. De reden is gelijk aan die van de zorgverzekeraars: het kunnen controleren of de zorg daadwerkelijk is geleverd, en voor het juiste tarief in rekening is gebracht, om fraude te voorkomen.</p> <p>3 C: de kosten voor de controle zijn inderdaad voor rekening van opdrachtgever, en mogen uitsluitend worden gedaan door een daartoe bevoegde instantie. Gemeenten hebben onlangs een controleprotocol vastgesteld waarin richtlijnen staan ten aanzien van de accountantscontrole. Dit controleprotocol wordt binnenkort verstuurd naar de aanbieders.</p> <p>De aanpak van de bestuurlijke aanbesteding 2016 kunt u vinden op de website van de gemeente Houten: https://www.houten.nl/ondernemers/aanbestedingen/bestuurlijke-aanbesteding-jeugd-2016/</p>
<p>Driestar Educatief</p> <p>ART 7</p> <ol style="list-style-type: none"> Aanbieder declareert enkel de zorg zoals deze tussen aanbieder en lokaal team is overeen gekomen in een beschikking of het hulpverleningsplan, of een geldige verwijzing beschikbaar -> Het is voor ons als aanbieder nooit exact aan te geven hoe lang een behandeling duurt (en dus: welke DBC de behandeling uit zal komen). Wij kunnen dus niet vooraf met 100% zekerheid zeggen welke zorg gedeclareerd wordt. Op dit moment geven wij aan dat we 'met een zekere waarschijnlijkheid' kunnen stellen dat bij een dyslexiebehandeling productcode 42 gedeclareerd wordt (de gemiddelde en meest 	<p>Wij vragen u om zo goed mogelijk de reële doorlooptijd in te schatten, maar wij begrijpen dat dit vaak niet precies mogelijk is. De reden dat wij dit vragen is om het administratieve proces rond facturatie zo snel mogelijk te laten lopen: als de administratie weet welke factuur komt, kunnen zij die betalen en hoeft er dan geen aparte check meer bij het lokale team te gebeuren.</p>

<p>voorkomende tijd die een behandeling duurt).</p> <p>2. Wat is een verplichtingnummer?</p> <p>3. Aanbieder declareert maandelijks volgens de landelijke iJW standaard. Artikel 3 t/m 7 gaat uit van een pxq financiering waarover maandelijks gefactureerd kan worden. Wij werken (dyslexiezorg) met DBC financiering, dit betreft een totaalprijs op basis van de minuten-staffel waarin de behandeling uit komt. Pas achteraf is te factureren. Wel kunnen wij een overzicht geven van het OHW om een indicatie te geven van het gedane werk. De JW303 code wordt door ons dan ook niet gebruikt, het gaat hier om de JW321. Hierover heb ik al eerder contact gehad met de regio...</p> <p>In de deelovereenkomst betr. dyslexie staat een tyfout: aangesloten bij NRD of ND, ND moet KD (kwaliteitsinstituut dyslexie) zijn. Daarnaast wordt er gesproken over de mogelijkheid dat de routing tijdens de loop van het contract verandert. Aan welke wijzigingen wordt gedacht? Komt er weer een dyslexieoverleg waarin wij als aanbieders mee kunnen denken?</p>	<p>Verplichtingnummer is het nummer dat wij aanbieders geven, om het factuurproces te versnellen; de financiële administratie kan de factuur dan snel matchen met de verplichting, zodat de betaling sneller kan lopen.</p> <p>Wij willen graag over op uurfacturen, ipv DBC's en vragen aanbieders hieraan mee te werken.</p> <p>We nemen dit mee. De vervolgaanpak dyslexie is nog niet vastgesteld.</p>
<p>De Waag</p> <p>Over het document tot punt 7 heb ik geen opmerkingen. Over punt 7, facturering de volgende opmerking:</p> <p>Declaratie doen wij op basis van de landelijke standaarden en via de landelijke portals (Vecozo). Als dit mogelijk is, dan gaan wij maandelijks de afgesloten DBC's factureren. Wij declareren alleen DBC's en geen geschreven minuten.</p> <p>Wellicht is er verwarring over jeugdhulp en jeugd GGZ. Zoals eerder afgesproken hanteren de jeugd GGZ instellingen gedurende 3 jaar de DBC systematiek.</p> <p>Voor de zekerheid voeg ik in de bijlage een document van de VNG toe.</p>	<p>Hier is geen sprake van verwarring, maar een verzoek van regio Lekstroom om over te gaan op uurfacturering ipv DBC's. Regio Lekstroom gaat geen voorschotten meer verstrekken.</p>