

Waar moeten we rekening mee houden bij de onafhankelijke toets op het onderdeel all-in tarief?

1. Kies niet voor een all-in tarief omdat er wat indirecte tijd betreft teveel ongelijkheid is tussen de verschillende organisaties / producten. Een organisatie die ambulante hulp bij de cliënt thuis levert heeft bijvoorbeeld meer reistijd dan een organisatie die in de eigen praktijk de zorg verleend. Niet voor niets kiezen de meeste zorgregio's daarom ook niet voor een all-in tarief.
2. Maak onderscheid tussen instellingstarief en niet-instellingstarief.
- 2 Voor ons geldt een andere vraag : al eerder hebben wij aangegeven dat de aanpassing van de tarieven licht en midden niet leiden tot een reëel tarief. Dit hebben we ook al eerder aangegeven- maar er zijn geen aanpassingen op gedaan. No show is niet beïnvloedbaar door de aanbieder- en het middelen van tarieven (los van alle CAO/OVA per branche) geeft geen reëel resultaat. Daarnaast is in de kostprijsberekening geen rekening gehouden met de arbeidsmarktproblematiek (opleidingseisen) en de OVA indexatie en het hoge no show gehalte.
- 3 Er is een grote mate van variatie tussen diverse producten en (vermoedelijk) zorgaanbieders in de verhoudingen tussen directe en indirecte tijd, naast indirect niet cliëntgebonden tijd. Gezien de beperkte populatie en variatie in producten/expertise is het daarmee noodzakelijk dat hierin een realistische modus gevonden wordt die recht doet aan de situatie van alle zorgaanbieders. Hierdoor is het noodzakelijk om de doelgroepen concreter te definiëren (en daarmee ontstaan meerdere producten) om te komen tot een gedegen all-in kostprijs/tarief. Risico is uiteindelijk wel dat blijkt dat de onderlinge verschillen dusdanig zijn dat de massa/populatie te klein zal worden voor een bepaling van een all-in tarief.

In het all-in tarief moet transparant onderbouwd alle componenten terugkomen van de uren inzet en de daaraan verbonden opslagen zoals bijv. overhead en materiele kosten. Het heeft de voorkeur om dit op te bouwen vanuit de jaaruren systematiek waarbij een volle Fte medewerker start met 1872 uur contractduur (GGZ CAO 36 uren werkweek) per jaar, waar vervolgens afgepeld wordt op facturen als verlof, feestdagen, LFB uren, opleidingen, ziekteverzuim, productiviteit (lees: hoeveel % van je werkbare uren kan je daadwerkelijk tijd in je agenda voor vastleggen), etc.

Naar ons idee is in het voorgaande onderzoek, voor zover wij kunnen overzien gezien de beperkte informatie die wij hierover hebben gekregen, onvoldoende of géén rekening gehouden met verlofperiodes (x aantal uur per jaar waar een medewerker niet inzetbaar is) of bijv. ziekteverzuim en/of een realistische productiviteitscorrectie.

- 4 Het allerbelangrijkste zijn heldere definities. We weten inmiddels dat deze niet duidelijk waren ten tijde van het KPO. Daarmee is het dus zeer de vraag hoe bruikbaar en representatief de aangeleverde data van aanbieders zijn. Wij maken hier ons grote zorgen over, welke worden bevestigd door de uitkomsten die nu voorliggen.

Daarnaast wordt er in het rapport van VDO gepoogd een vergelijking met tarieven van omliggende regio's te maken. Ook dit kan alleen maar als tarieven o.b.v. dezelfde definities en declaratieregels met elkaar worden vergeleken. Houdt hier rekening mee met zo'n vergelijking, anders kan dit net zo goed achterwege worden gelaten.

Ten derde is ons niet helder hoe de tarieven exact tot stand zijn gekomen, ook niet na de validatie. Wat is het percentage opslag voor I-CGT bijvoorbeeld? Het is totaal niet herleidbaar en transparantie hierin ontbreekt, antwoord in NvI niet toereikend.

Onderbouwing WAAROM er voor all-in tarieven wordt gekozen en mogelijkheid om hierover met de regio in gesprek te gaan ontbreekt ook. Dit is een keuze met grote gevolgen voor aanbieders, waar nu aan voorbij wordt gegaan. Dit had voor de uitvoering KPO en aanlevering van data al helder en besproken moeten zijn. Op de vraag hierover in de NvI wordt slechts geantwoord dat het in andere regio's ook wordt gehanteerd. Wat zegt dat? Is Lekstroom ook na gegaan hoe dat in deze regio in de praktijk uitpakt?

5 Hartelijk dank voor het kunnen aanvullen van de uitvraag.

Omdat de vragen in de chat niet beantwoord werden tijdens de sessie (inclusief de vraag hoe we beantwoording alsnog tegemoet konden zien), hieronder onze input en onze vragen nogmaals:

* De voorwaarden in de overeenkomst worden ook bezwaarlijk ervaren (met name de vrijbrief tot wijzigingen). Alles is nu enkel op het onderzoek gefocust, maar dat is niet uitsluitend het bezwaar. Gaat de gemeente de bezwaren op de voorwaarden ook opnieuw in overweging nemen?

* Het is duidelijk geworden in de NvI en dit gesprek dat de eigen keuzes van de gemeente mbt wat wel/niet declarabel is zoals no-show dit in het algemeen ook bezwaarlijk is voor zorgaanbieders. Wat is de reden dat de gemeente dit niet in heroverweging neemt?

* Welke visie zit er achter de keuze voor een all-in-tarief?

Voor wat betreft de uitvraag, rekening te houden met:

* Bereidheid vanuit de gemeente om het principe van all-in tarief ook ter onderzoek te stellen en eventueel daar vanaf te stappen.

* Met het formuleren van de opdracht meenemen dat de uitvraag (en daarmee ook de antwoorden) van het onderzoek ter discussie staan

* In de formulering van de opdracht ook de vraag meegeven of een nieuw onderzoek wenselijk is.

6 1. advies: doe geen toets, maar een nieuw onderzoek. de onderzoeksdefinitie was fout, de aangeleverde data was onjuist. Toetsen heeft geen zin, dat gaat nooit door partijen geaccepteerd worden.

2. tav een goede partij voor toets of nieuw onderzoek: kijk naar de partijen die bv in ZuidHolland Zuid en Rivierenland goed werk hebben gedaan. En kijk ook naar hun rapport daar, dat zou gewoon gekopieerd kunnen worden !!

3. Heroverweeg het standpunt tav all in prijzen. dit is veel te gecompliceerd en leidt tot onacceptabele situaties. Hiervoor is nu onvoldoende draagvlak.

4.en als je toch all in prijzen wilt bepalen: houdt voor de GGZ rekening met:

- normale dossiervoering ca 10 % vd totale tijd

- communicatie met ouders, school etc, 5-10 % van de totale tijd

- rapportage naar huisarts en sociaal team, ca 5 % van de totale tijd

- diagnostisch onderzoek uitwerken, 40 - 60 % van de totale tijd

- intern overleg met regiebehandelaar (verplicht): 0 - 5 % van totale tijd

- MDO met psychiater, 0 - 5 % van totale tijd

en besef dat de differentiatie zo hoog is, dat werken met gemiddelden niet functioneert

5.ik sta ter beschikking voor verder overleg / hulp

7 Zoals ook in de chat aangegeven is me nog steeds niet duidelijk welke richting er wordt gekozen in het onderzoek in de wetenschap dat op de gehanteerde methoden in dit kostprijsonderzoek vele vragen zijn gesteld. De belangrijkste vraag is die van 'of Regio Lekstroom aanleiding ziet om het kostprijsonderzoek opnieuw te laten uitvoeren.' In dit verband heeft het in mijn optiek dan ook geen zin om parameters aan te voeren die ik van belang vind voor de toets die jullie voorstellen. Immers, de uitgangspunten van het eerdere onderzoek zijn goeddeels niet te vergelijken met datgene wat wel nodig is om tot een reële uitkomst te komen. De vraagstelling impliceert mogelijk dat jullie vasthouden aan een 'all-in tarief' en daar zit nu alle pijn. Ik heb dit eerder gememoreerd in een uitgebreide email, zowel aan VDO als ook via de vragenmodule van de aanbesteding. Ik verwijs jullie dan ook naar de gestelde vragen 98 t/m 102 en 455 t/m 456. In mijn beleving voldoende input voor het trekken van de enige en juiste conclusie om een nieuw en degelijk onderzoek te laten plaatsvinden.

8 Onze belangrijkste aandachtspunten zouden zijn:

- Duidelijkheid van de richtlijnen voor en definities van CCT, I-CGT en N-CGT en de daaruit volgende definities en berekende opslagen van productiviteit en declarabiliteit. Zeker ook omdat VDO in het onderzoek zelf aangegeven heeft dat hiervoor geen richtlijnen gegeven waren en zij dus algemene definities hebben geformuleerd, en dat het bepalen van de richtlijnen buiten hun positionering valt maar significante impact heeft op de berekening. (specifiek in paragrafen 3.4 en 5.2 van het rapport). De onduidelijkheid van de definities heeft ook impact gehad op de aangeleverde gegevens door aanbieders voor de uitvraag .

- Op ditzelfde gebied: aandacht voor de (grote) verschillen in de verhouding CCT/I-CGT tussen verschillende producten, bv. de grotere hoeveelheid reistijd naar cliënten die ambulante producten met zich meebrengen.

- De indexatie van tarieven, en in hoeverre de berekende tarieven bij ingang van het contract nog reëel zullen zijn met de huidige stijgende kosten op alle vlakken. Zeker ook gezien aangegeven is dat de eerste indexatie pas per 1-1-2024 zal plaatsvinden,.

In het algemeen lijkt het ons goed om alle gestelde vragen over het kostprijsonderzoek in de beide nota's van inlichtingen mee te nemen in de toetsing, dus ook de nog niet beantwoorde vragen uit de tweede nota, omdat hierin waarschijnlijk alle zorgen en opmerkingen van de verschillende aanbieders aan bod zijn gekomen.

9 Clientgebonden Directe en indirecte tijd vs. Niet cliëntgebonden tijd

10 •Rekenmethodiek, de gehanteerde methodiek bevatte fouten;

- Juiste berekening van de productiviteit (aantal productieve contracturen);
- Juiste berekening van de productiviteitsopslag op het tarief;
- Geef inzicht in de gehanteerde percentages direct – indirect en niet client gebonden tijd;
- Representativiteit van het aantal zorgaanbieders in het kostprijsonderzoek, o.b.v. type, aantal en grootte per zorgsoort. Overhead kan sterk verschillen per type organisatie;
- Neem geen delen van kostprijsonderzoeken van andere bureau's over, doe een integraal volledig eigen onderzoek. Het Berenschot onderzoek waar (deels) naar verwezen wordt, is maar onder een zeer beperkt aantal zorgaanbieders uitgevoerd en is daardoor onvoldoende representatief en tevens verouderd;
- Toets voorafgaand of de zorgaanbieders het eens zijn met de opdracht zoals deze wordt geformuleerd aan het onafhankelijk bureau;
- Toetsing op de juistheid van de gegeven input van zorgaanbieders (heeft iedereen de uitgangspunten begrepen en klopt de gegeven input, in vergelijking met omliggende regio's);
- Duidelijkheid over all in tarief, waarom is hiervoor gekozen, zonder dit vooraf te bespreken met de zorgaanbieders? Vraag de voor-en nadelen van all-in tarief uit bij de zorgaanbieders.
- Een all-in tarief vraagt een andere berekeningsmethodiek dan een P*Q tarief, dit is in het onderzoek van van Dam Oosterbaan verkeerd uitgevoerd;
- Bepaal een reëel percentage direct en indirect client gebonden tijd, per zorgsoort (kijk naar omliggende regio's);
- Formuleer heldere definities voor: productiviteit, direct client gebonden tijd, indirect client gebonden tijd, niet client gebonden tijd;
- Vergelijk de omliggende regio's op basis van dezelfde criteria, in dit onderzoek is het all-in tarief vergeleken met P*Q regio's waar indirect client gebonden tijd wel gefactureerd mag worden (= appels met peren vergelijken);
- Goede verhouding cao inschaling / personeel per zorgsoort (dit verschilt per zorgsoort). Houd rekening met het feit dat zorgmedewerkers ook in loonsverhoging in ervaringsjaren krijgen, naast CAO verhoging.
- Kies voor een bureau met ervaring in de jeugdzorg en kijk naar goede voorbeelden uit andere regio's (ZOU).

11 Waren de definities van de vragen helder voor de aanbieders.

Of bij het vergelijken met andere regio's ook gekeken is naar de voorwaarden of alleen het tarief.

Is er rekening gehouden in de all-in tarief met afstemming tussen behandelaren bij crisissen en of vervolgplaatsingen, waar een cliënt niet bij is

De regio beschrijft dat alle behandelaren SKJ geregistreerd zijn, dit is een kostbare aangelegenheid. Veel regio's werken daarom voor de GGZ met het kwaliteitsstatuut GGZ, waar wordt gewerkt met toebedeeld werk zoals beschreven in de Jeugdwet 2015. zijn de kosten van de SKJ gediscoteerd in de all-in prijs.

Was bij aanvang duidelijk dat het ging om een all-in prijs?

MDO's zijn van groot belang om strak te kunnen sturen op een behandeling, als bij ieder MDO de cliënt moet aansluiten wordt het een grote administratieve organisatie, zijn deze kosten meegerekend? wat als de cliënt niet instaat is om aan te sluiten?

In de product beschrijving worden een aantal ICGT gezien als CGT, dat vergt aanpassing van het EPD, dat is kostbaar en ingewikkeld, als iedere regio haar eigen voorwaarden gaat stellen. Lekstroom is hierin een relatieve kleine regio.

zijn er antwoorden gekomen op de vragen die gesteld zijn door de aanbieders aan het bureau?

Door gebruik te maken van de mediaan en niet van een gemiddelde is er gekozen voor een gunstig tarief voor de regio, de grote aanbieders met crisisgevoelige cliënten kunnen voor dit tarief geen zorg leveren. De uitschieters naar boven komen van de SGGZ aanbieders die meer uren specialisten moeten inzetten bij crisis gevoelige cliënten, deze aanbieders zijn met deze rekenwijze niet erkend voor hun inzet.

Wil de regio kosten besparen, dan is de grootste winst te behalen in het verminderen van administratieve lasten, zowel bij de aanbieders als bij de regio zelf. De overheadkosten van de aanbieders en de regio's zijn de afgelopen jaren explosief gegroeid door alle ingewikkelde handelingen om een beschikking aan te vragen. Ook is het administratiesysteem binnen de jeugdwet in Nederland gebaseerd op wantrouwen en kosten reductie. Dit systeem kosten meer dan dat het nu oplevert. Kosten die nu niet terecht komt bij de jongeren die dat nodig hebben.

12 Zoals inmiddels door veel partijen is aangegeven: de cijfers aan VDO zijn aangeleverd zonder dat er heldere uitgangspunten en definities bekend waren. Een toets is - zoals gisteren ook uitgebreid aan de orde kwam - wellicht feitelijk onmogelijk.

Verder voor wat betreft een all-in tarief het volgende. Zoals gisteren ook uitgebreid aan de orde is gekomen bevat een all-in tarief tal van verkeerde prikkels, die als zeer ongewenst beschouwd kunnen worden. Ik noem twee belangrijke. Ten eerste kan een instelling die de zwaardere / zware / complexe multiprobleem problematiek behandelt nooit uitkomen met de toeslag voor indirecte tijd die als "gemiddeld" in het tarief wordt verdisconteerd. Immers, deze behandelingen vragen vaak (zeer) veel indirecte tijd. Om "uit te komen" zal er dus gestuurd moeten worden naar een gemiddelde Zorgvraagzwaarte, dus ook lichtere enkelvoudige problematiek behandelen, hetgeen niet altijd als gewenst kan worden beschouwd. Ten tweede ligt binnen de regio nu een gemiddeld tarief op tafel ongeacht de beroepsgroep. Bij zwaardere problematiek horen zwaardere functies en die zijn gemiddeld duurder dan wat voor lichtere problematiek nodig is. Er zal dus binnen de sector druk komen om met lichtere functies te gaan werken, om maar binnen het gemiddelde tarief te kunnen blijven. Ook dit zal zeker niet gewenst zijn.

Binnen de volwassenenzorg werken we sinds dit jaar met het Zorg Prestatie Model (ZPM), waarbij de tarieven ook de indirecte tijd bevatten. We adviseren u de tarieftabel te raadplegen, welke is vastgesteld door de NZA, na zeer grondig onderzoek waar alle partijen zich binnen de GGZ achter hebben geschaard. Deze tabel is gedifferentieerd naar setting: mono disciplinair (eenvoudige problematiek) en multidisciplinair (complexe problematiek). Naast dit tarief onderscheid op basis van de setting die nodig is waarbinnen de patiënt wordt behandeld is er ook onderscheid naar functieniveau van de behandelaar. Tenslotte is er voor iedere cel (setting / beroep) tariefdifferentiatie naar diagnostiek / behandeling / groepsbehandeling. Qua structuur is dit is een betrekkelijk evenwichtig geheel, waarbij adequaat rekening wordt gehouden met het profiel van een instelling en de zorgvraagzwaarte die zij behandelt (met de daarbij passende behandelaarsprofielen). Juist ook om de ongewenste effecten te voorkomen. Voor wat betreft de tarieven zoals deze door de NZA zijn vastgesteld: deze gelden dus voor Volwassenen. Het tarief bevat twee componenten: de kostencomponent voor de behandelaar zelf alsmede de opslag voor overhead etc. + daaroverheen de opslag voor de indirecte tijd. De eerste component is voor een behandelaar in de Jeugd grosso modo hetzelfde als voor een behandelaar in de Volwassenenzorg: Een GZ Psycholoog bijvoorbeeld valt in dezelfde FWG schaal, heeft hetzelfde opleidingsbudget, heeft dezelfde kamer en drinkt dezelfde koffie. De tweede component: de toeslag voor indirect tijd verschilt. Zoals bekend is er met de behandeling van kinderen en jeugdigen substantieel meer indirecte tijd gemoeid dan met de behandeling van Volwassenen. De tarieven in deze tabel zijn dus te laag voor de K&J sector. Maar wel goed als indicatief startpunt / ijkpunt. De eerlijkheid gebiedt me te zeggen dat het onze ervaring is dat er in de jaarlijkse onderhandelingen met de zorgverzekeraars meestal wel een paar procentpunten op dit tarief worden ingeleverd.

Overigens spreek ik nog graag mijn waardering uit voor uw besluit om een pas op de plaats te maken en opnieuw met elkaar het gesprek aan te gaan.

13 Het laten toetsen van de berekeningswijze van de uurtarieven. Zij hanteren een verkeerde methodiek. Graag verwijs ik naar de in 2021 gepubliceerde "Inzicht in tarieven" van o.a. Jeugdzorg Nederland en VNG.

Daarnaast is het nodig om de gehanteerde parameters te toetsen óf op de juiste verwerking en interpretatie van de door aanbieders aangeleverde gegevens óf op de juiste externe bronnen en de validatie/toetsing daarvan bij de aanbieders.

Heeft de juiste / volledige uitvraag plaats gevonden.

Is de bepaling van het margepercentage voldoende objectief en terecht toegepast.

In hoeverre zijn de indirecte clientgebonden uren als gemiddelde te hanteren voor in all-in tarieven

Is het reizen van/naar cliënten, of juist de ambulante behandelingen op eigen locaties voor alle producten en soorten aanbieders voldoende vergelijkbaar om in all-in tarief te verwerken.

De toetsen of het niet beter is, om het volledige KPO opnieuw uit te laten voeren, door een bureau dat wel het vertrouwen van de aanbieders heeft, n dat transparant en reëel te werk gaat.

14 - Bij de uitvraag van het kostprijsonderzoek was niet duidelijk hoe de uitvraag geïnterpreteerd moest worden.

- Doordat het een all-in tarief is kunnen vergelijkingen met andere regio's niet 1 op 1 worden gemaakt.

- De toeslagen worden alleen berekend over de uren na afslag improductiviteit, Bij de uitvraag is deze systematiek niet zodanig benoemd waardoor een te laag % is opgegeven.

15 Ga niet toetsen want vertrouwen in onderzoek komt niet meer terug. Zonde van geld en tijd

Geen all in tarief gaan gebruiken. Is niet werkbaar, gaat ten koste van kwaliteit en ten koste van vertrouwen partnerschap

GGZ is specifieke, ander vakgebied dan overige jeugdzorg. Interventies GGZ kunnen niet hetzelfde benaderd en vergoed worden als overige Jeugdzorg

Lekstroom heeft zorgvuldige zorgaanbieders ernstig tekort gedaan in de manier waarop ze de antwoorden hebben geformuleerd na de vragen Nota van Inlichtingen. Dit liet geen enkele ruimte voor vertrouwen, respect en deskundigheid. Deze schade aan het beoogde partnerschap vraagt om inzet Lekstroom richting herstel wil je samen verder kunnen.

16 - Tussen doelgroepen en organisaties zitten grote verschillen. Zorg aan VG en GGZ cliënten is zwaarder dan zorg aan andere doelgroepen. En de complexiteit van de cliënten bij een grote aanbieder is hoger dan een vrijgevestigde. In het kostprijsonderzoek moet je hier wel rekening mee houden en niet het gemiddelde van alle compleet verschillende doelgroepen/aanbieders samen.

-Doe een toets op de inhoud en niet op het proces. Hoe komen we tot reële tarieven.

17 •uitstel en opschorting verhoogd ook de kostprijs van de zorgaanbieder

•verwachting voor 2023 dat hogere FWG ingezet dient te worden, gezien de krapte op de arbeidsmarkt

•Indien wordt vastgehouden aan het afhandelen/-wentelen van no-show op zorgaanbieders moet er een factor in overheadkosten worden opgenomen die de inzet, proces- en administratiekosten afdekt.

•Indexatie hanteren welke de aanstaande reële tarieven ook reëel houdt. Bij totstandkoming van kostprijs wordt verdeelsleutel betrokken CAO's gebruikt. Bij de ontwikkeling van de kostprijs (indexatie) moet ook deze verdeelsleutel gebruikt worden ipv de OVA die niet accuraat is voor ontwikkeling loonkostencomponent van zorgaanbieders.

•in kostprijsonderzoek werd brutoloon aangegeven (mediaan voor bruto uurloon). Duidelijker voor aanbieders aangeven welke FWG schaal verwacht ingezet te worden voor transparantie in onderbouwing kostprijs.

18 Dat er bij kind en jeugd als er kwaliteit van werken wordt gevraagd (en daar wil ik voor staan) er zeker 35% indirecte tijd is. Contacten met scholen en anderen om het gezin heen, ouders en kind willen daar lang niet altijd bij zijn. bovendien, met ouders/kind erbij, zou het een MDO worden van een uur, terwijl het nu om bv telefonisch contact van 15 minuten gaat. Hoe duur willen we de zorg hebben? Onderzoeken/testen/ vragenlijsten versturen en uitwerken / verslagen schrijven/ reistijd naar scholen en gezinnen, etc. Dat kan niet in eigen tijd gedaan worden, of er moet een opslag van minimaal 35% op het tarief komen. Daarnaast komt nog de administratieve handelingen, die met het nieuwe contract zeker niet minder worden. Er is in de activiteiten weinig verschil tussen vrijgevestigden en instellingen. sterker nodig: vrijgevestigden gaat vaker naar scholen en gezinnen toe bij ambulante hulp.

Verder qua toets: duidelijke definities en uitleg en goede communicatie, ook rekening houdend met solo praktijken die niet met CAO's en dergelijke te maken hebben.

19 Ik denk dat het belangrijk is om te weten wat wij mee moeten nemen in het nieuwe all-in tarief.

- * Nieuwe akkoord CAO Jeugdhulp en invloed op interne kosten.

- * Verwachting stijgende kosten tot correctieprijs in 2024.