



Vereniging van  
Nederlandse Gemeenten

HANDREIKING

# Curatieve GGZ-zorg door kinderartsen



### **Colofon**

Voor inkopers bij gemeenten en samenwerkingsverbanden en ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra waar kinderartsen werkzaam zijn.

Uitgegeven door: Ministerie van VWS in samenwerking met de VNG en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Versie: 1.0

Datum: 17 juli 2015

### **Opmaak**

Chris Koning (VNG)

# Inhoudsopgave

<b>1 GGZ-zorg door kinderartsen ook onder Jeugdwet</b>	<b>4</b>
1.1 Advies Zorginstituut Nederland	4
1.1.1 ADHD	5
1.1.2 Voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd	5
1.1.3 Eetstoornissen	5
1.1.4 Psychiatrische stoornissen	6
1.1.5 Overige stoornissen blijven binnen Zorgverzekeringswet	6
1.2 Consequenties voor verschillende stakeholders	6
1.3 Afspraken ADHD-zorg 2015	7
<b>2 GGZ-zorg door kinderartsen</b>	<b>9</b>
2.1 Omvang van de zorg	9
2.2 Zorgaanbieders	9
2.3 Verwijzing	10
2.4 Zorgproces Jeugd met ADHD	10
2.5 Bekostiging onder de zorgverzekeringswet	11
2.6 Overgeheveld budget naar de Jeugdwet	12
<b>3 Inkoop van Jeugd-GGZ door gemeenten</b>	<b>13</b>
3.1 Gemeenten kopen samen Jeugdhulp in	13
3.2 Wie is de verantwoordelijke gemeente (woonplaatsbeginsel)	14
3.3 Inkoop GGZ-zorg door kinderartsen binnen de Jeugdwet	14
3.3.1 Zorgproducten kunnen doorlopen in 2016	14
3.3.2 Overwegingen om Jeugd-GGZ door kinderartsen in te kopen	15
3.3.3 Advies aan gemeenten	15
3.3.4 Declaraties en prestaties	15
3.4 Kwaliteitseisen en hoofdbehandelaarschap Jeugd-GGZ	16
3.5 Beleidsinformatie Jeugd	17
3.6 Gegevensuitwisseling cliënten in zorg	18
3.7 Programma van eisen	19
3.8 Samenvatting aandachtspunten inkoopgesprek	19
<b>Bijlage A. Kwaliteitseisen Jeugdwet</b>	<b>20</b>

# 1 GGZ-zorg door kinderartsen ook onder Jeugdwet

Met de invoering van de Jeugdwet op 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor Jeugdhulp. Ook de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen is sinds die datum vanuit de Zorgverzekeringswet en AWBZ overgeheveld naar de Jeugdwet. De gemeenten hebben daarom voor 2015 afspraken gemaakt met diverse aanbieders van jeugdhulp, waaronder de Jeugd-GGZ. De GGZ-zorg geleverd door psychologen en psychiaters wordt in 2015 ingekocht en betaald door de gemeente.

In 2014 bleek dat naast het bekende GGZ-aanbod een beperkt aantal cliënten met gedragsproblemen en psychische stoornissen zorg ontvangt van kinderartsen in ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (hierna: ZBC's). Deze GGZ-zorg door kinderartsen is onderwerp van deze handreiking, niet de GGZ-zorg geleverd door psychologen of psychiaters.

De afbakening tussen het somatische en het GGZ-karakter van de zorg door kinderartsen heeft extra tijd gevraagd en voor de ADHD-zorg door kinderartsen is daarom een overbruggingsregeling afgesproken. Met het advies van het Zorginstituut Nederland d.d. 13 april en de reactie van de minister van VWS d.d. 23 juli en de circulaire van de NZa d.d. 6 juli 2015 is duidelijk geworden welke zorg door kinderartsen als GGZ-zorg wordt aangemerkt waarmee deze zorg onder de Jeugdwet valt.

Deze handreiking beoogt gemeenten en samenwerkingsverbanden te ondersteunen bij het maken van afwegingen om indien gewenst voor 2016 en verder inkoopafspraken te maken voor de GGZ-zorg door kinderartsen. Omdat er geen sprake is van recht op zorgcontinuïteit vanuit de Jeugdwet zijn gemeenten niet verplicht deze zorg te contracteren. Tegelijkertijd beoogt deze handreiking ook de betrokken zorgaanbieders inzicht te geven in de wijze waarop gemeenten de zorginkoop organiseren.

## 1.1 Advies Zorginstituut Nederland

De zorg die kinderartsen bieden valt ook nu nog (2015) voor het grootste deel onder de Zorgverzekeringswet, maar deze zorg kenmerkt zich door een gecombineerd somatisch en GGZ-karakter. De afbakeningsvraag tussen Zorgverzekeringswet en Jeugdwet heeft het ministerie van VWS daarom voorgelegd aan het Zorginstituut Nederland (hierna: ZIN). Gevraagd is om nadere duiding voor GGZ-gerelateerde behandelingen door kinderartsen. Het ZIN-rapport geeft per diagnose een korte beschrijving van de aandoening, de vereiste zorg en adviseert over het wettelijke domein waar de behandeling van de diagnose onder valt. Hieronder is per diagnose het advies van ZIN en de reactie van minister en NZa samengevat.

De door het ZIN geschetste afbakening tussen de Zorgverzekeringswet en Jeugdwet betekent dat kinderartsen vanaf 2016 niet langer zorg voor jeugdigen met een diagnose ADHD of psychiatrische stoornissen kunnen declareren bij de zorgverzekeraars.<sup>1</sup> Kinderartsen kunnen wel zorg voor jeugdigen registreren en declareren bij de verzekeraar wanneer deze gerelateerd is aan de behandeling van een somatische aandoening of diagnostiek gericht op het uitsluiten van somatische aandoeningen.

<sup>1</sup> Voor ADHD geldt in 2015 een overgangsregeling, zie paragraaf 1.3.

### 1.1.1 ADHD

ADHD is een psychische stoornis die valt onder de DSM-classificatie 'Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit'. Kenmerken zijn impulsief gedrag, concentratieproblemen, rusteloosheid en leerproblemen. De symptomen beginnen in de kindertijd en werken veelal belemmerend bij het dagelijks maatschappelijk functioneren. Volgens de multidisciplinaire richtlijn<sup>2</sup> uit 2005 is somatisch onderzoek een noodzakelijk onderdeel van het diagnostisch proces. Het doel van het somatisch onderzoek is primair het uitsluiten van een aantal somatische aandoeningen die de symptomen kunnen verklaren en het opsporen van mogelijke contra-indicaties en interferenties van medicatie.

De diagnose en behandeling van ADHD valt onder het domein van de geneeskundige GGZ, welke voor jeugdigen tot 18 jaar is overgeheveld naar de Jeugdwet. ZIN adviseert dan ook aan de Nederlandse Zorgautoriteit deze diagnose uit de declaratiestructuur van kindergeneeskunde te verwijderen. NZa heeft besloten dat alle lopende trajecten voor een ADHD-behandeling per 31-12-2014 hard worden afgesloten om in 2015 bekostiging via Jeugdwet mogelijk te maken. Verder zijn er binnen de declaratiestructuur kindergeneeskunde voldoende mogelijkheden om het somatisch onderzoek (het uitsluiten van somatische aandoeningen) te registreren waarmee deze wordt betaald door de zorgverzekeraar.

De door de kinderarts voorgeschreven extramuraal psychofarmaca blijven onder de Zorgverzekeringswet vallen.

### 1.1.2 Voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd

Als de voedings- en eetstoornissen bij zuigelingen en in de vroege kindertijd het gevolg zijn van een onderliggende somatische oorzaak dan valt de diagnostiek en behandeling van de stoornis onder het domein van medisch specialistische somatische zorg en daarmee onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als voedingsstoornissen een gedragsmatige oorzaak hebben dan zal een kind in eerste instantie naar een kinderarts worden verwezen om een somatische oorzaak uit te sluiten. Deze diagnostiek valt onder de Zvw.

Als de kinderarts somatische oorzaken uitsluit dan kan er sprake zijn van een psychische stoornis. Een jeugdpsychiater of -psycholoog zal de diagnostiek en behandeling dan uitvoeren. Deze zorg valt onder de Jeugdwet. Als een kind ernstige somatische gevolgen ondervindt van een voedingsstoornis met een gedragsmatige oorzaak dan zal de kinderarts deze somatische problematiek behandelen. Deze behandeling valt onder de Zvw. Een goede samenwerking tussen en afstemming van de behandeling van de kinderarts en jeugdpsychiater of -psycholoog is hierbij vereist.

Voor de declaratie van deze zorg door kinderartsen adviseert ZIN aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van kindergeneeskunde onder de Zorgverzekeringswet.

### 1.1.3 Eetstoornissen

Eetstoornissen zijn psychische stoornissen waarbij het doen en denken rond eten verstoord zijn. Kenmerkend voor eetstoornissen zijn een sterke preoccupatie met eten en gewicht en een verstoord lichaamsbeeld. In de DSM-classificatie zijn drie eetstoornissen te onderscheiden: anorexia nervosa, boulimia nervosa en 'eetstoornis niet anderszins omschreven' (NAO). Volgens de multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen<sup>3</sup> is het uitgangspunt van elke eetstoornis dat deze integraal behandeld wordt.

De diagnostiek en behandeling van eetstoornissen valt onder het domein van de Jeugdwet. Echter,

<sup>2</sup> Multidisciplinaire richtlijn ADHD, Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen, 2005

<sup>3</sup> Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen; diagnostiek en behandeling van eetstoornissen, 2006

voordat de psychische problematiek behandeld kan worden moeten eerst ernstige somatische gevolgen van de eetstoornis voldoende hersteld zijn. De behandeling van de somatische gevolgen behoort tot de deskundigheid van de kinderartsen en valt daarmee onder de medisch specialistische zorg op grond van de Zvw. Als de meest ernstige somatische gevolgen van de eetstoornis hersteld zijn dan zal de jeugdpsychiater of -psycholoog de psychische problematiek behandelen. Deze behandeling valt onder het domein van de Jeugdwet.

Voor de declaratie van de somatische gevolgen van eetstoornissen adviseert ZIN aan de NZa om deze diagnose te behouden binnen de declaratiestructuur van kindergeneeskunde onder de Zorgverzekeringswet.

De door de kinderarts voorgeschreven extramurale psychofarmaca blijven onder de Zorgverzekeringswet vallen.

#### **1.1.4 Psychiatrische stoornissen**

De behandeling van psychische stoornissen – waaronder autisme en depressie – valt onder het domein van de geneeskundige GGZ. Bijvoorbeeld als een kind wordt doorverwezen naar de kinderarts met somatische klachten zoals hoofdpijn of buikpijn waar uiteindelijk een psychische oorzaak (bijvoorbeeld depressie) aan ten grondslag ligt.

Binnen de DBC-systematiek voor kindergeneeskunde zijn voldoende mogelijkheden om diagnostiek en behandeling van somatische aandoening te declareren bij de zorgverzekeraar. Deze codes kunnen ook worden gebruikt voor het uitsluiten van somatische aandoeningen en behandeling (bij comorbiditeit) van de somatische aandoening te registreren en te financieren.

De diagnostiek en behandeling van specifiek de psychiatrische stoornissen valt onder het domein van de Jeugdwet. ZIN adviseert daarom aan de NZa de diagnosecodes specifiek voor psychiatrische stoornissen te verwijderen uit de declaratiestructuur voor kindergeneeskunde onder de Zorgverzekeringswet. NZa heeft besloten dat in verband met de overheveling naar de Jeugdwet alle DBC-zorgproducten met de diagnose 'psychiatrische stoornissen' (diagnosecode 7611) bij jeugdigen (tot 18 jaar) op 31 december 2015 'hard' afgesloten worden. Dit betekent dat per 1-1-2016 kinderartsen alleen zorg aan deze jeugdigen kunnen blijven leveren als zijn daarvoor een overeenkomst hebben gesloten met de betreffende gemeente.

De door de kinderarts voorgeschreven extramurale psychofarmaca blijven onder de Zorgverzekeringswet vallen.

#### **1.1.5 Overige stoornissen blijven binnen Zorgverzekeringswet**

Door kinderartsen wordt ook zorg geleverd voor andere diagnoses binnen de diagnosegroep 'gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'. ZIN adviseert deze diagnoses in het domein van de Zorgverzekeringswet te laten. Dit zijn: breath holding spells, encopresis, excessief huilen (huilbaby), bedreigde ontwikkeling kind, slaapstoornissen, functionele klachten.

## **1.2 Consequenties voor verschillende stakeholders**

Omdat het advies van ZIN te laat kwam voor inkoop van jeugdhulp 2015 door gemeenten, doen de zorgverzekeraars voor dit jaar de inkoop van deze vormen van Jeugdhulp bij de ziekenhuizen en ZBC's. Vanaf 2016 wordt het daarmee verbonden budget overgeheveld en zijn gemeenten verantwoordelijk voor de inkoop van alle nieuwe behandelingen van eerdergenoemde ggz-stoornissen.

Gevolgen voor belanghebbenden in 2016	
Jeugdige	Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Jeugdwet. Zij bepalen bij welke aanbieder ze zorg inkopen. Deze keuze bepaalt of de cliënt de zorg bij de bestaande aanbieder kan continueren.
Gemeente	Zij zijn vrij om uitvoeringsbeleid vast te stellen. Gemeenten kunnen kiezen of ze voor GGZ-zorg door kinderartsen afspraken maken met ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra en welke systematiek of voorwaarden daarbij worden gehanteerd.
Aanbieder	De zorgaanbieder kan geleverde zorg in 2016 en verder declareren bij de gemeente op basis van het woonplaatsbeginsel als deze gemeente deze zorg bij hem/haar heeft ingekocht.
Huisarts (e.a. medische verwijzers bijv. jeugdarts)	Artsen kunnen jeugdigen verwijzen naar aanbieders waarmee de gemeente inkoopafspraken heeft gemaakt.

### 1.3 Afspraken ADHD-zorg 2015

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de zorgverzekeraars van Nederland en het Rijk hebben afspraken gemaakt die de continuïteit regelen voor het behandelen van kinderen met ADHD door kinderartsen.<sup>4</sup>

Om te waarborgen dat kinderen net als in 2014 ook in 2015 voor ADHD behandeld kunnen worden door een kinderarts, zijn alle betrokken partijen met elkaar op zoek gegaan naar een pragmatische oplossing. Uitkomst hiervan is dat VNG, VWS en ZN overeen zijn gekomen dat de individuele verzekeraars in opdracht van de VNG namens gemeenten (in een zaakwaarnemers constructie) deze zorg in 2015 (voor schadelastjaar 2015, dus inclusief eventuele doorloop van de behandeling in 2016) kunnen inkopen en afhandelen.

In 2015 wordt inkoop, financiering en de verwerking ten aanzien van de verantwoording op de huidige wijze door de individuele verzekeraars georganiseerd als ware het eigen verzekerden. Uitgangspunt voor de contractering vormen de in 2014 gecontracteerde partijen conform de huidige voorwaarden. Voor het jaar 2016 contracteren gemeenten zelf partijen voor de ADHD-zorg. Zorgverzekeraars voorzien gemeenten hiervoor van de benodigde gegevens.

Met deze oplossing is continuïteit geregeld voor jeugdigen die ook nu al jeugdhulp ontvangen van de kinderartsen. Ook de jeugdigen die in 2015 voor het eerst deze specifieke jeugdhulp willen ontvangen, kunnen met een geldige verwijzing van de huisarts en medisch specialist bij de kinderarts terecht. Voordeel van de oplossing is dat ze aansluit bij de huidige praktijk en voorkomt dat er belastende extra werkzaamheden moeten worden uitgevoerd door gemeenten, aanbieders en verzekeraars. Voor de aanbieders verandert er met deze oplossing niet veel ten opzichte van de huidige situatie.

In verband met de overheveling naar de Jeugdwet moesten DBC-zorgproducten met diagnose ADHD op 31 december 2014 'hard' afgesloten worden. Dit 'hard' afsluiten was nodig om het mogelijk te maken dat de kosten voor ADHD-zorg over het jaar 2014 ten laste van de Zorgverzekeringswet en over het jaar 2015 ten laste van de Jeugdwet worden gebracht. De Nederlandse Zorg Autoriteit heeft de relevante partijen hierover in december 2014 en op 7 juli 2015 per circulaire geïnformeerd.<sup>5</sup>

4 Deze constructie ziet alleen op ADHD-zorg, en niet op de overige psychiatrische aandoeningen geboden door de kinderarts, omdat toen nog niet officieel door het ZIN geduid was dat dit ook onder de Jeugdwet valt.

5 [http://www.nza.nl/1048076/1048107/CI\\_14\\_69c\\_ADHD\\_en\\_overheveling\\_jeugd\\_GGZ.pdf](http://www.nza.nl/1048076/1048107/CI_14_69c_ADHD_en_overheveling_jeugd_GGZ.pdf) en [http://www.nza.nl/1048076/1048107/CI\\_15\\_33c\\_Gedragsproblematiek\\_en\\_psychosociale\\_pediatrie\\_in\\_relatie\\_tot\\_overheveling\\_jeugd\\_GGZ.pdf](http://www.nza.nl/1048076/1048107/CI_15_33c_Gedragsproblematiek_en_psychosociale_pediatrie_in_relatie_tot_overheveling_jeugd_GGZ.pdf)

**DBC-zorgproducten in ziekenhuizen zijn geen DBC's GGZ**

Belangrijk: DBC-zorgproducten zijn de prestaties waarmee ziekenhuizen zorg declareren bij zorgverzekeraars. De systematiek van DBC-zorgproducten is geheel anders dan de DBC's in de GGZ.

De DBC-zorgproducten die ziekenhuizen en ZBC's voor ADHD openen in 2015 kunnen doorlopen in 2016<sup>6</sup>. De zorg in deze overlopende ADHD DBC's komt ten laste van de zorgverzekering. Om deze zorg na afsluiting van de DBC in 2016, wederom te kunnen continueren binnen de Jeugdwet, is een overeenkomst met de gemeente nodig. Voor deze Jeugdigen geldt geen wettelijk overgangsrecht.

---

<sup>6</sup> Voor een initiële DBC geldt een maximale doorlooptijd van 90 dagen. Na afloop van zo'n initiële DBC opent de kinderarts een vervolg DBC. Deze heeft een maximale doorlooptijd van 120 dagen. Dit is korter dan een DBC GGZ waar zowel initiële als vervolg-DBC's een maximale doorlooptijd hebben van 365 dagen.



## 2 GGZ-zorg door kinderartsen

### 2.1 Omvang van de zorg

Zoals beschreven in paragraaf 1.1 bieden kinderartsen zorg aan jeugdigen die op basis van de analyse van ZIN worden aangemerkt als geneeskundige GGZ. Met ingang van 2016 kunnen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) de diagnoses 'ADHD' en 'psychiatrische stoornissen' niet langer registreren en factureren ten laste van de Zorgverzekeringswet.

In onderstaande tabel is een schatting gemaakt van het aantal jeugdigen in 2012 en 2013 in deze doelgroep.

Openingsjaar	Diagnose	Aantal patiënten
2012	ADHD	21.000
2012	Psychiatrische stoornissen	2.400
2013	ADHD	17.000
2013	Psychiatrische stoornissen	2.000

Tabel 1. Aantal jeugdigen behandeld door kinderarts naar diagnose in 2012 en 2013, bron Vektis

Het grootste aantal zorgtrajecten betreft ADHD-zorg. Dit geldt ook voor de kosten zoals weergegeven in tabel 2 hieronder.

Openingsjaar	Diagnose	Kosten
2012	ADHD	€ 9,1 miljoen
2012	Psychiatrische stoornissen	€ 1,4 miljoen

Tabel 2. Kosten GGZ-zorg door kinderarts naar diagnose in 2012, bron Vektis

### 2.2 Zorgaanbieders

Kinderartsen die deze zorg leveren zijn werkzaam in algemeen regionale of academische ziekenhuizen of in ZBC's voor medisch specialistische zorg. Op basis van informatie van Vektis leverden in 2012 vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland en een aantal gespecialiseerde ZBC's deze vormen van zorg.

Artsen, waaronder de kinderarts, vervullen een belangrijke rol bij de diagnostiek en behandeling van kinderen met ADHD. De kinderarts kan zelf geen psychiatrische diagnose stellen maar wel de (medicatie)behandeling op zich nemen. De diagnostiek vindt altijd multidisciplinair plaats, veelal samen met een daarin gespecialiseerde kinder- en jeugdpsycholoog, binnen of buiten het ziekenhuis/ZBC. Sommige van deze zorgaanbieders zijn geheel toegerust op het multidisciplinair werken en hebben alle zorg op één locatie georganiseerd van kinderarts tot (GZ)-psycholoog en kinderpsychiater.

De kinderarts integreert in zijn/haar werk de fysieke en mentale domeinen van gezondheid en levert integrale zorg. Juist deze integrale benadering van de zorg voor het kind, rekening houdende met de sociale en biologische aspecten, zorgt voor een optimale zorg voor het kind.

Tijdens de behandeling door de kinderarts wordt gekeken naar de samenhang en interactie van de stoornis/ziekte en de niet biologische factoren zoals gedrag, leefstijl en sociaal-economische factoren; de interactie tussen soma en psyche. Daarbij heeft de kinderarts kennis van de meest voorkomende bijwerkingen van stimulantia en andere (ADHD-)medicijnen.

Belangrijk bij het beoordelen van de expertise van de kinderarts die deze zorg biedt, is de mate van specialisatie. Te denken valt hierbij aan de specifieke nascholing op dit gebied en de ervaring c.q. het aantal kinderen met ADHD en psychische stoornissen die deze medisch specialist gemiddeld per jaar behandelt.

Overweging voor gemeenten om kinderartsen wel of niet te contracteren is dat veel kinderen, adolescenten en ouders liever niet naar een psychiater gaan met hun problemen. Het stigma dat men krijgt opgelegd door hun omgeving is al groot, hetgeen kan worden versterkt door een gedwongen gang naar de psychiater. Een alternatief buiten de psychiatrie, kan ook een oplossing zijn voor zorgmijders. Als kinderen en ouders geen psychiatrische hulp willen, wordt het zoeken van adequate hulp vaak onnodig lang uitgesteld waardoor een toename van klachten en co-morbiditeit alsmede (psycho)-somatic optreedt, wat tot extra behandelkosten leidt. Een bekend voorbeeld zijn pubers en adolescenten die helaas soms hun toevlucht zoeken in verslavende middelen alvorens zij bij de kinderarts komen.

### 2.3 Verwijzing

Zoals beschreven in paragraaf 1.1 kan de kinderarts als behandelaar van de jeugdige zowel somatische als psychische, psychosociale zorg en/of farmacotherapeutische verlenen.

De huisarts is voor de cliënten van de kinderarts nu de belangrijkste verwijzer. Vaak is de reden voor de verwijzing van een jeugdige naar de kinderarts het vermoeden van een combinatie van somatische en psychische problematiek of louter om somatische problematiek uit te sluiten. Ook andere medische verwijzers zoals de jeugdarts of de psychiater kunnen jeugdigen verwijzen naar een kinderarts. Een psychiater zal met name verwijzen naar de kinderarts voor een behandeling van ADHD zonder een comorbide psychiatrische aandoening.

Met de invoering van de Jeugdwet is de toegang tot de Jeugdhulp veranderd. Gemeenten richten zelf de toegang in passend bij het gemeentelijk beleid. Ook de in de wet aangewezen medische verwijzers kunnen jeugdigen verwijzen, waaronder de huisarts, de jeugdarts en de medisch specialisten. Net als onder de zorgverzekeringswet moeten aanbieders deze verwijzing zorgvuldig registreren en bewaren.

Elk van deze verwijzers kan dus een jeugdige verwijzen naar een kinderarts. De kinderarts kan aan deze jeugdigen een combinatie van somatische en GGZ-zorg leveren. Op basis van de afbakening voorgesteld in het advies van ZIN valt een behandeling door de kinderarts onder de Zorgverzekeringswet of onder de Jeugdwet. De kinderarts kan eigenstandige somatische behandelingen blijven registreren en declareren bij de zorgverzekeraar, waarbij indien nodig voor deze behandeling ook psychologische of farmacotherapeutische zorg kan worden ingezet. Wanneer de zorg door de kinderarts geen (of niet langer een) somatische karakter heeft is de behandeling een GGZ-behandeling die valt onder de Jeugdwet.

#### **Let op: Jeugdwet heeft geen restitutie bepaling**

Om deze GGZ-zorg te kunnen leveren is het van belang dat de zorgaanbieder een overeenkomst sluit met de gemeente waar de gezagsdrager van de jeugdige woont. Onder de Jeugdwet geldt in tegenstelling tot de Zorgverzekeringswet geen restitutie-bepaling voor niet gecontracteerde zorg.

### 2.4 Zorgproces Jeugd met ADHD

De meest voorkomende GGZ-behandeling door de kinderarts is de ADHD-behandeling met medicatie. Hoe vaak het kind controlebezoeken heeft bij de kinderarts loopt zeer uiteen i.v.m. de bijkomende

comorbiditeit. Zoveel als mogelijk wordt samengewerkt met de huisarts en de wijkteams om de patiënt niet in de specialistische zorg te houden.

Voor ADHD-zorg bestaat een multidisciplinaire richtlijn<sup>7</sup> uit 2005 (Trimbos) met daarin een beschrijving van signalering en diagnostiek, farmacotherapie en psychosociale interventies met in de bijlage algemene diagrammen voor de behandeling van kinderen met ADHD. In deze richtlijn wordt gewerkt met een competentiematrix voor de signalering, diagnostiek en behandeling van ADHD. Er wordt gewerkt aan een nieuwe richtlijn waarin onder andere invulling wordt gegeven aan de nieuwe inzichten over de inzet van farmacotherapie voor deze doelgroep.

De effectiviteit van de behandeling van ADHD is onderzocht door de Gezondheidsraad en gepubliceerd in het rapport ADHD: medicatie en maatschappij<sup>8</sup> d.d. 3 juli 2014. Het effect van medicamenteuze therapie op kernsymptomen bij kinderen met ADHD is op groepsniveau op de korte termijn het grootst en bovendien kosteneffectief.

Ook huisartsen kunnen ADHD-zorg leveren aan jeugdigen. Hiervoor heeft het NHG een standaard<sup>9</sup> ontwikkeld. De belangrijkste kernboodschappen van de standaard zijn:

- Ook als kinderen niet voldoen aan de beschreven criteria voor ADHD, maar wel lichte beperkingen in het functioneren vertonen door druk, impulsief of onoplettend gedrag, kunnen dezelfde voorlichting, opvoedingsadviezen en –ondersteuning nuttig zijn.
- Huisartsen kunnen kinderen vanaf 6 jaar zelf begeleiden, mits zij beschikken over voldoende kennis, expertise en samenwerkingsmogelijkheden met andere hulpverleners.
- Behandeling van ADHD zonder comorbide psychiatrische aandoening volgt een stappenplan, te beginnen met voorlichting, ouder- en leerkrachtbegeleiding en eventueel gedragstherapie voor het kind. Bij onvoldoende effect hiervan kan de huisarts methylfenidaat voorschrijven in overleg met ouders, kind en andere behandelaars.
- De huisarts controleert kinderen met ADHD periodiek.

Onbekend is in welke mate huisartsen kinderen deze doelgroep zelf begeleiden.

## 2.5 Bekostiging onder de zorgverzekeringswet

De zorgverzekeraars maken met de inkoopafdelingen van deze aanbieders jaarlijks afspraken over de kwaliteit, de omvang en de tarieven van medisch specialistische zorg waar de kinderartsen onder vallen. De regels voor het maken van deze afspraken worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze regels bevatten onder andere een uitgebreide systematiek van registratieregels, productcodes en afleidingsregels naar deze productcodes. Ook stelt de NZa de maximum-tarieven vast voor de verzekerde producten.

De systematiek van DBC zorgproducten (ook DOT genoemd) gehanteerd in medisch specialistische zorg is anders dan de systematiek gehanteerd in de GGZ, de GGZ-DBC's. In beide systemen wordt aan het eind van de behandeling (of na afloop van de maximale doorlooptijd<sup>10</sup>) een productcode afgeleid uit de gestelde diagnose in combinatie met de voor de cliënt geregistreerde verrichtingen<sup>11</sup>. De gebruikte

7 Multidisciplinaire richtlijn ADHD, Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen, 2005

8 <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkerrein/optimale-gezondheidszorg/adhd-medicatie-en-maatschappij>  
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/12/08/kamerbrief-standpunt-gezondheidsraadadvies-adhd-en-medicatie.html>

9 ADHD bij kinderen, november 2014, [www.nhg.org](http://www.nhg.org)

10 Voor een initiële DBC geldt een maximale doorlooptijd van 90 dagen. Na afloop van zo'n initiële DBC opent de kinderarts een vervolg DBC. Deze heeft een maximale doorlooptijd van 120 dagen. Dit is korter dan een DBC GGZ waar zowel initiële als vervolg-DBC's een maximale doorlooptijd hebben van 365 dagen.

11 Binnen DOT-systematiek zijn dit zorgactiviteiten, binnen DBC-GGZ systematiek zijn dit minuten.

productcoderingen zijn echter geheel anders. Daarmee is ook het facturatieproces en de digitale standaarden in ziekenhuizen anders dan voor de GGZ-DBC's.

De geneeskundige GGZ-zorg die kinderartsen leveren wordt afgeleid naar de productcodes, met bijbehorende maximum-tarieven zoals weergegeven in onderstaande tabellen. De NZa heeft in twee circulaire's aan alle aanbieder van medisch specialistische zorg aangegeven dat deze prestatie, voor zover de cliënten de diagnose 'ADHD' of 'psychiatrische stoornis' hebben, per 2015 niet langer onder de Zorgverzekeringswet vallen<sup>12</sup>. Onder deze beide diagnosecodes zitten nu zowel ambulante als klinische behandelingen, omdat er sprake kan zijn van een combinatie van somatische en GGZ-aandoeningen. Kinderartsen geven aan dat onder de Jeugdwet alleen de ambulante prestatiecodes relevant zijn. Immers, na het uitsluiten van de somatische aandoening is de verdere behandeling ambulant.

In tabellen 3 en 4 hieronder zijn de prestaties en tarieven weergegeven welke kinderartsen niet langer kunnen declareren bij de zorgverzekeraar omdat deze vallen onder de Jeugdwet. Zorgverzekeraars maken productieafspraken voor het totale zorgaanbod van de instellingen met daarbij een tariefpercentage onder dit maximumtarief.

Zorgproductcode	DBC-Zorgproductomschrijving	DBC-Zorgproductomschrijving (consument)	Ziekenhuiskosten
990316025	Gedragsproblemen   Licht ambulant   Kindergeneeskunde overige pediatrie	1 of 2 polikliniekbezoeken bij gedragsproblemen (bij kinderen)	€ 294,22
990316008	Gedragsproblemen   Ambulant middel/ Dag   Kindergeneeskunde overige pediatrie	Poliklinische diagnostiek/ingreep of meer dan 2 polikliniekbezoeken bij gedragsproblemen (bij kinderen)	€ 719,74

Tabel 3. DBC zorgproducten ADHD-zorg door kinderartsen met maximum tarieven 2015

Zorgproductcode	DBC-Zorgproductomschrijving	DBC-Zorgproductomschrijving (consument)	Ziekenhuiskosten
991216013	Diagnosen psychisch/ gedrag overig   Licht ambulant   Kindergeneeskunde psychosociaal	1 of 2 polikliniekbezoeken bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kinderen)	€ 346,52
991216030	Diagnosen psychisch/ gedrag overig   Ambulant middel/ Dag =1   Zonder activiteiten psychosociaal specifiek   Kindergeneeskunde	Poliklinische diagnostiek/ingreep of meer dan 2 polikliniekbezoeken bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kinderen)	€ 811,81
991216029	Diagnosen psychisch/ gedrag overig   Ambulant middel/ Dag =1   Met activiteiten psychosociaal specifiek   Kindergeneeskunde	Poliklinische diagnostiek/ingreep of meer dan 2 polikliniekbezoeken met bijzondere activiteiten bij een aandoening met een psychische oorzaak	€ 1.137,84
991216004	Diagnosen psychisch/ gedrag overig   Poli >6/ Dag >1   Kindergeneeskunde psychosociaal	Meer dan 6 polikliniekbezoeken of meer dan 1 dagbehandeling bij een aandoening met een psychische oorzaak (bij kinderen)	€ 1.461,23

Tabel 4. DBC zorgproducten psychiatrische-zorg door kinderartsen met maximum tarieven 2015

## 2.6 Overgeheveld budget naar de Jeugdwet

Per 2016 ontvangen de gemeenten extra middelen vanwege de overheveling van deze zorg vanuit de zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet. Dit budget is gebaseerd op de gerealiseerde productie door kinderartsen in het jaar 2012. Het gaat hier dus om het totaal van de kosten die in 2012 zijn gemaakt. Voor gemeenten is deze toevoeging niet herkenbaar in het Jeugd-budget en ze hebben de vrijheid om deze extra middelen in te zetten binnen het sociaal domein, dus ook voor andere vormen van Jeugdhulp.

<sup>12</sup> [http://www.nza.nl/1048076/1048107/CI\\_14\\_69c\\_ADHD\\_en\\_overheveling\\_jeugd\\_GGZ.pdf](http://www.nza.nl/1048076/1048107/CI_14_69c_ADHD_en_overheveling_jeugd_GGZ.pdf)

## 3 Inkoop van Jeugd-GGZ door gemeenten

### 3.1 Gemeenten kopen samen Jeugdhulp in

Wanneer de zorg door de kinderarts geen (of niet langer een) somatische karakter heeft is de behandeling een GGZ-behandeling die valt onder de Jeugdwet. Om deze GGZ-zorg te kunnen leveren is het van belang dat de zorgaanbieder een overeenkomst sluit met de gemeente waar de gezagsdrager van de jeugdige woont, zie paragraaf 3.2. Onder de Jeugdwet geldt in tegenstelling tot de Zorgverzekeringswet geen restitutiebepaling voor niet gecontracteerde zorg.

Elke gemeente heeft Jeugdbeleid ontwikkeld dat de basis vormt voor de inkoop van Jeugdhulp. Ze hebben daarin beleidsvrijheid maar hanteren veelal overeenkomstige uitgangspunten passend bij het uitgangspunt van de Jeugdwet.<sup>13</sup> Vaak wordt een term gehanteerd als '1-gezin-1-plan' om aan te geven dat het gezin centraal staat, ook wanneer meerdere aanbieders betrokken zijn bij de verschillende gezinsleden. Daarnaast hebben gemeenten de verplichting passend hulp/zorg of ondersteuning te bieden aan kinderen onder de achttien jaar. Dit vertalen gemeenten naar processen en (regie)verantwoordelijkheden in het sociaal domein.

Gemeenten hebben dus beleidsvrijheid in het uitvoeren van de Jeugdwet maar realiseren zich ook dat onderlinge samenwerking nodig is. Zij werken daarom samen in 42 jeugdzorgregio's.<sup>14</sup>

Eén van de onderwerpen waarop ze samenwerken is de inkoop van specialistische vormen van Jeugdhulp. Deze hulp wordt soms ook ingekocht door meerdere regio's samen. De formele organisatievorm en de wijze waarop de samenwerking wordt vormgegeven kan per regio verschillen. Dit betekent dat ook bij gezamenlijke inkoop en samen geformuleerde voorwaarden, er wel sprake kan zijn van contracten met individuele gemeenten. Dit geldt in 2015 en zal ook in 2016 en verder het geval zijn.

De beleidsvrijheid voor gemeenten komt ook tot uiting in de gemaakte keuze voor inkoopprocedures en overeenkomsten in 2015. Voorbeelden voor de ambulante jeugd-GGZ zijn:

- Bestuurlijke aanbesteding waarbij met belangrijkste aanbieders gesprekken zijn gevoerd over beleidsdoelen, samenwerking en gemeenschappelijk perspectief. Dit leidt tot raamovereenkomsten met een door gemeente voorgesteld tarief per prestatie. Alle aanbieders die voldoen aan de eisen in deze overeenkomst komen in aanmerking om deze zorg te leveren.
- Openbare aanbesteding met als resultaat een raamovereenkomst waarin het tariefniveau per DBC als percentage van het NZa-maximum-tarief of als percentage van het tarief dat de zorgaanbieder in 2014 ontving van de zorgverzekeraar.
- Idem, met een plafond te verrichten zorg in boekjaar 2015.

Omdat jeugdigen in zorg per 1-1-2015 recht hadden op continuïteit van zorg bij dezelfde aanbieder, hebben veel gemeenten overeenkomsten gesloten met alle aanbieders. Vaak waren dit contracten met een looptijd van 1 jaar met een mogelijkheid deze te verlengen. Naar verwachting zullen veel gemeenten bij de inkoop van 2016 vaker transformatiedoelen nastreven. Eén van de elementen daarin kan zijn dat ze wensen met een klein aantal zorgaanbieders contracten aan te gaan en/of een partnerschapsrelatie te ontwikkelen.

<sup>13</sup> [https://www.voordejeugd.nl/images/pdf/factsheet/Factsheet\\_Jeugdwet.pdf](https://www.voordejeugd.nl/images/pdf/factsheet/Factsheet_Jeugdwet.pdf)

<sup>14</sup> Informatie over jeugdhulpregio's 2015 is beschikbaar op de website van de VNG

#### Contact opnemen over inkoop 2016

Wanneer kinderartsen ook in 2016 deze zorg willen blijven bieden aan jeugdigen in 2016, kunnen de ziekenhuizen of ZBC waar zij werkzaam zijn informeren bij de jeugdhulpregio's wat de procedure en het tijdpad zal zijn die bij de inkoop van Jeugdhulp 2016 zullen hanteren. Naar verwachting zullen veel jeugdhulpregio's hier voor de zomer inzicht kunnen geven in het tijdpad. Het kan ook zo zijn dat gemeenten zelf contact opnemen met ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra in het kader van de zorginkoop 2016. Vaak hebben deze regio's ook een website waarop u informatie kunt vinden over het inkoopproces, zoals <http://www.vordegeldersejeugd.nl>, <http://www.inkoopjeugdhulpzeeland.nl/>, <http://www.samenvan14.nl> of <https://www.zorginregiohartvanbrabant.nl/>.

### 3.2 Wie is de verantwoordelijke gemeente (woonplaatsbeginsel)

De verantwoordelijke gemeente is in beginsel de gemeente waar de ouder met het gezag over het kind woont. Dit is het woonplaatsbeginsel dat is opgenomen in de Jeugdwet. Voor kinderen van gescheiden ouders dient de zorgaanbieder bijvoorbeeld te vragen bij welke ouder formeel het gezag over het kind berust. Bij een verhuizing van de gezagsdrager of een wijziging in het gezag, verandert deze situatie en moet de woonplaats opnieuw vastgesteld worden. Gevolg van het woonplaatsbeginsel is ook dat zorg voor Jeugd waarvan de ouders in het buitenland wonen, niet vergoed wordt. Het is aan de gemeente om uiteindelijk de woonplaats van de gezagsdrager definitief vast te stellen.

De verantwoordelijke gemeente maakt de benodigde voorzieningen voor haar burgers beschikbaar. Dit doet zij door overeenkomsten aan te gaan met aanbieders van de diverse vormen van Jeugdhulp. Deze overeenkomsten geven aan wat de voorwaarden zijn waaronder de zorg kan worden geleverd. In tegenstelling tot de zorgverzekeringswet bestaat er geen mogelijkheid om zorg te declareren bij gemeenten bij het ontbreken van een overeenkomst. Wanneer een aanbieder zorg aan een cliënt wil gaan leveren zonder dat daarvoor een overeenkomst bestaat, bijvoorbeeld door een verhuizing van de gezagsdrager zal de aanbieder in gesprek moeten met de nieuwe verantwoordelijke gemeente over de bekostiging van het zorgtraject.

Voor de toepassing van het woonplaatsbeginsel ontwikkelde het Transitiebureau Jeugd een Factsheet en Stroomschema<sup>15</sup>. In veel gevallen maakt de aanbieder op basis van gesprekken met de cliënt een inschatting welke gemeente verantwoordelijk is. Op basis van een overeenkomst met deze gemeente stuurt de aanbieder de factuur naar de betreffende gemeente. De gemeente controleert het woonplaatsbeginsel en informeert de aanbieder wanneer dit niet juist is. Partijen zoeken dan samen naar een passende oplossing. Om discussies over facturen te voorkomen, vragen veel gemeenten om een zogeheten 'start zorg' melding te doen waar ook het woonplaatsbeginsel wordt getoetst.

Voor ziekenhuizen of ZBC's betekent het woonplaatsbeginsel dat aanpassingen moeten worden gemaakt in de ICT-systemen. De woonplaats van de gezagsdrager is binnen de zorgverzekeringswet niet relevant maar binnen de Jeugdwet wel. Ook het afsluiten van een prestaties op het moment van verhuizing van de gezagsdrager, vraagt aanpassing in de registratiesystemen van de aanbieders.

### 3.3 Inkoop GGZ-zorg door kinderartsen binnen de Jeugdwet

#### 3.3.1 Zorgproducten kunnen doorlopen in 2016

Als gevolg van de afspraken zoals beschreven in paragraaf 1.3 maken zorgverzekeraars voor 2015 afspraken met ziekenhuizen voor alle in paragraaf 2.4 genoemde zorgprestaties die gestart zijn in 2015. Deze kunnen doorlopen in 2016. Als gevolg van deze afspraken maken gemeenten over deze vorm van zorg alleen inkoopafspraken voor nieuwe cliënten of cliënten waarvoor het traject ingekocht door

<sup>15</sup> <http://www.vng.nl/onderwerpen/index/decentralisaties-sociaal-domein/jeugdhulp/woonplaatsbeginsel-actueel>

de verzekeraar afloopt in 2016. Deze laatste groep cliënten heeft daarbij geen overgangsrecht zoals bedoeld in de Jeugdwet. Dit betekent dat de gemeente ervoor kan kiezen een andere zorgaanbieder te contracteren voor deze cliënten. Het is belangrijk de cliënt daarover tijdig te informeren. Omdat de gemeente niet weet welke cliënten in zorg zijn, ligt hier een belangrijke rol bij de zorgaanbieder.

### 3.3.2 Overwegingen om Jeugd-GGZ door kinderartsen in te kopen

Gemeenten hebben de keuze of ze voor 2016 en verder Jeugd-GGZ voor de doelgroepen ADHD en psychiatrische stoornissen willen inkopen bij ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra (ZBC).

Op basis van de beschrijving van het zorgaanbod zoals opgenomen in hoofdstuk 2 zijn de overwegingen om Jeugd-GGZ in te kopen bij kinderartsen:

- beschikbaarheid van voldoende aanbod Jeugd-GGZ en daarmee de wachttijden voor deze vorm van jeugdhulp;
- jeugdigen met een gecombineerde somatische en GGZ-problematiek krijgen de mogelijkheid om na somatische deel van de behandeling (betaald door zorgverzekeraar) voor de GGZ-behandeling bij dezelfde behandelaar te blijven (vertrouwensrelatie);
- soms hebben kinderen, adolescenten en ouders de voorkeur voor GGZ-behandeling door een kinderarts boven psycholoog of psychiater;
- huisartsen zullen mogelijk voor Jeugd-GGZ naar kinderartsen willen blijven verwijzen.
- aan jeugdigen die per 1-1-2016 in behandeling zijn bij de kinderarts de mogelijkheid bieden om de behandeling bij deze arts af te maken.

### 3.3.3 Advies aan gemeenten

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 kan de combinatie van somatische en GGZ-zorg kan voor Jeugdigen van belang zijn. Kinderartsen kunnen waar nodig in deze combinatie voorzien, waarbij het somatische deel valt onder de Zorgverzekeringswet. Gemeenten willen het vaak mogelijk maken dat de vertrouwensrelatie tussen cliënt en kinderarts na een somatisch voortraject voortgezet kan worden in een GGZ-zorg behandeling.

Belangrijk startpunt voor het gesprek tussen gemeente en zorgaanbieder is dat de zorg zoals geduid door het ZIN, GGZ-zorg is. Voor gemeenten betekent dit dat zij bij de zorginkoop daarom zoveel mogelijk de kwaliteitskaders en toekomstige ontwikkelingen rond GGZ volgen. Echter, de toekomstige ontwikkelingen rond de Jeugd-GGZ op het vlak van bekostiging en kwaliteitseisen zijn op dit moment in beweging. Doorontwikkeling zal mogelijk regionaal verschillend worden vormgegeven met landelijke afstemming op een aantal thema's. Een voorbeeld is het hoofdbehandelaarschap zoals beschreven in paragraaf 3.4 hieronder.

### 3.3.4 Declaraties en prestaties

Nb. Onderstaande punten worden op dit moment verder technisch verkend, mogelijk leidt dit nog tot een versie 2.0 van de handreiking.

Als gevolg van de bestuurlijke afspraak Jeugd-GGZ voor 2015-2017 hebben meerdere gemeenten de declaratiestandaard Jeugd-GGZ (JW321) overgenomen door het declareren van DBC's GGZ. Het is onduidelijk of deze standaard in de toekomst zal blijven bestaan. Tegelijkertijd is het is voor ziekenhuizen en ZBC's bijna in alle gevallen niet realiseerbaar om dit registratie- en facturatiesysteem te implementeren voor 2016.

Gemeenten hanteren daarom de JW303 standaard voor het digitaal declareren van Jeugd-GGZ door kinderartsen. In een nader af te spreken overgangsperiode kan gebruik gemaakt worden van een fac-

tuur op papier. Gemeenten en aanbieders moeten hier met elkaar over spreken.

Het landelijke voorstel is bij de declaratie van deze zorg aan gemeenten codes te hanteren die gebaseerd zijn op het codestelsel én de afleidingsregels die de aanbieders nu gebruiken om te declareren aan de zorgverzekeraar. Dit is een pragmatische keuze die voor 2016 de impact voor de aanbieders beperkt. De aanbieders kunnen met de bij hen al bekende registratiesystematiek de zorg leveren en de prestaties afleiden zoals opgenomen in de tabellen 3 en 4. Deze worden vervolgens door de aanbieder 1-op-1 omgezet naar codes in de tabellen van gemeenten zoals weergegeven in tabel 5 hieronder.

Zorgproduct code Zvw	Productcode gemeenten	Productomschrijving
990316008	53A01	Behandeling of onderzoek op de polikliniek of dagbehandeling bij gedragsproblemen
990316025	53A02	Consult op de polikliniek bij gedragsproblemen
991216004	53A03	Meer dan 6 polikliniekbezoeken of meer dan 1 dagbehandeling bij een psychische of gedragsaandoening
991216013	53A04	Consult op de polikliniek bij een psychische of gedragsaandoening
991216029	53A05	Behandeling of onderzoek op de polikliniek of dagbehandeling bij een psychische of gedragsaandoening (incl. activiteiten psychosociaal specifiek)
991216030	53A06	Behandeling of onderzoek op de polikliniek of dagbehandeling bij een psychische of gedragsaandoening (excl. activiteiten psychosociaal specifiek)

Tabel 5. Productcodes zoals opgenomen in codetabel bij declaratiestandaard jeugd JW303<sup>16</sup>

Het hanteren van deze codes, met daarachter de registratieregels zoals aanbieders deze nu ook hanteren onder de zorgverzekeringswet, betekent dat deze prestaties een maximale doorlooptijd hebben. Deze maximale looptijd is 90 dagen voor een initiële DBC en 120 dagen voor elk vervolg DBC. Wanneer op zo'n afsluimoment duidelijk is dat het zorgtraject voor een cliënt doorloopt, wordt voor de afgelopen periode een prestatie gedeclareerd en een nieuwe prestatie geopend. Dit lijkt op de systematiek van de DBC-GGZ waar de maximale doorlooptijd 365 dagen is.

Deze handreiking bevat geen tariefadvies. De bedragen opgenomen in tabel 3 en 4 golden in 2015 voor de DBC-zorgproducten voor de diagnoses ADHD en psychiatrische stoornissen. Het is aan gemeenten en aanbieders samen om passende tarieven voor 2016 overeen te komen.

Omdat gemeenten begroten en verantwoord en per boekjaar, zullen gemeenten bij het afsluiten van een boekjaar van de aanbieders een overzicht vragen van de uitgevoerde maar nog niet gedeclareerde werkzaamheden in het af te sluiten jaar. Daarmee kan de gemeente een voorziening opnemen in het volgende jaar voor al gemaakte kosten die thuishoren in het af te sluiten boekjaar.

#### Technische uitwerking

De consequenties hiervan voor de ICT-voorziening van gemeenten en aanbieders vraagt nadere uitwerking. Hierover zijn acties afgesproken tussen brancheorganisaties. Daarbij hebben ook de privacy-aspecten aandacht. Het ministerie werkt aan een veegwet en een ministeriele regeling die verduidelijkt welke informatie vermeld kan worden op een declaratie onder de Jeugdwet.

### 3.4 Kwaliteitseisen en hoofdbehandelaarschap Jeugd-GGZ

In het kader van de Jeugdwet moeten jeugdhulpaanbieders straks in beginsel geregistreerd zijn in het Kwaliteitsregister Jeugd of in het BIG-register. Kinderartsen hebben een BIG-registratie.

<sup>16</sup> <https://www.vng.nl/onderwerpen/index/jeugd/jeugdhulp/nieuws/standaardlijsten-productcodes-wmo-jeugd-nu-beschikbaar>



In NZa-regelgeving rond de DBC's GGZ en de generalistische Basis GGZ zijn extra eisen opgenomen over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. Met ingang van 2015 geldt deze niet meer voor de jeugd-GGZ. De gemeenten zijn na de transitie vrij om het hoofdbehandelaarschap te organiseren, uiteraard binnen de wettelijke verplichtingen en afgesproken kaders.

De kinderarts komt niet voor op de huidige lijst van GGZ-hoofdbehandelaars. Voor de inkoop van Jeugd-GGZ heeft de VNG aan gemeenten geadviseerd om rond het hoofdbehandelaarschap aan te sluiten bij de regelgeving die de NZa vaststelt voor volwassenen. Overweging daarbij is dat deze regelgeving enerzijds is ingesteld om kwaliteit van zorg te borgen maar ook om de kosten te beheersen. Wanneer gemeenten deze eis onverkort opnemen in overeenkomsten met kinderartsen heeft dit consequenties voor de wijze waarop zij deze zorg organiseren. Het is verstandig om hier als gemeenten met deze zorgaanbieders over in gesprek te treden.

Recent is het rapport Meurs<sup>17</sup> verschenen "Hoofdbehandelaarschap als noodgreep". In reactie daarop heeft de minister de sector gevraagd langs deze lijn te komen met een nieuw voorstel dat in kan gaan in 2017 en de NZa om de huidige regelgeving rond het hoofdbehandelaarschap te verlengen in 2016. Het is nog niet helder hoe zorgverzekeraars omgaan met dit advies in het jaar 2016.

Een vergelijkbare situatie doet zich voor rond de registratie van Routine Outcome Measurements (ROM)<sup>18</sup>. Verzekeraars en ook gemeenten vragen aan GGZ-aanbieders effectiviteit te meten door voorafgaand, tijdens het na afloop van de GGZ-behandeling een vragenlijst in te vullen. Door dit structureel te doen ontstaat inzicht in de effectiviteit van de behandeling. Kinderartsen doen nu geen registratie van ROM. Gemeenten kunnen (tijdelijk) afwijken van deze eis en in overleg met aanbieders andere procesafspraken maken over de effectiviteit van de behandeling .

### 3.5 Beleidsinformatie Jeugd

De beleidsinformatie jeugd heeft betrekking op het jeugdhulpgebruik en de inzet van jeugdbescherming en jeugdreclassering. Voor de gemeenten is dit waardevolle informatie, omdat zij vanaf 1 januari 2015 met de inwerkingtreding van de Jeugdwet verantwoordelijk zijn geworden voor het hele jeugdveld. Zij kunnen de beleidsinformatie gebruiken voor de ontwikkeling van jeugdbeleid op gemeentelijk niveau. Daarnaast kunnen de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Veiligheid en Justitie (VenJ) de beleidsinformatie gebruiken om toe te zien op de werking van het nieuwe jeugdstelsel. VWS, VenJ, gemeenten, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de brancheorganisaties van de jeugdhulpaanbieders en de gecertificeerde instellingen hebben gezamenlijk een landelijke dataset voor de beleidsinformatie jeugd<sup>19</sup> uitgewerkt.

Vanaf 1 januari 2015 zijn daarom alle jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen die onder verantwoordelijkheid van gemeenten jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering bieden, verplicht deze set gegevens, zie tabel 5 hieronder, bij het CBS aan te leveren. Het CBS verwerkt deze gegevens vervolgens en publiceert deze op StatLine. Vanuit deze publicaties is het voor iedereen mogelijk om zelf tabellen en grafieken in een bepaalde gemeente of wijk te maken<sup>20</sup>.

17 <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2015/05/18/hoofdbehandelaarschap-ggz-als-noodgreep.html>

18 <http://www.sbggz.nl/>

19 <http://www.voordejeugd.nl/stelselwijziging/verantwoordelijkheid-gemeenten/beleidsinformatie>

20 <http://www.waarstaatjegemeente.nl/>

Informatie per jeugdige
BSN
Geboortedatum
Geslacht
Postcode/gemeente
Datum aanvang jeugdhulp
Datum einde jeugdhulp
Type ingezette jeugdhulp
Verwijzer naar jeugdhulp
Reden beëindiging jeugdhulp

Tabel 5. Informatie die jeugdhulpaanbieders aanleveren via CBS

Periodiek, in de maanden april en oktober, komt de beleidsinformatie jeugd voor alle betrokkenen en andere geïnteresseerden beschikbaar. En de data die de beleidsinformatie jeugd oplevert, kunnen gecombineerd worden met reeds bestaande gegevens van het CBS. Dit kan nieuwe inzichten met betrekking tot het jeugdhulpgebruik en de inzet van jeugdbescherming en jeugdreclassering opleveren.

Voor alle betrokkenen is het goed om te weten dat de Jeugdwet strikte voorwaarden stelt aan de uitvraag van gegevens voor beleidsinformatie. Zo is vastgelegd om welke gegevens het gaat, waaronder welke persoonsgegevens, en moeten de jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen de persoonsgegevens bij het CBS aanleveren. Gemeenten (en het Rijk) mogen de persoonsgegevens in het kader van de beleidsinformatie jeugd niet zelf uitvragen.

Door de landelijke regeling wordt de uitvraag geüniformeerd en hoeven gemeenten zelf minder afspraken over het leveren van beleidsinformatie met jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen te maken. Hierdoor worden de administratieve lasten voor jeugdhulpaanbieders, gecertificeerde instellingen en gemeenten aanzienlijk beperkt. Tegelijkertijd worden de betrouwbaarheid en de kwaliteit van de beleidsinformatie vergroot door de uniforme afspraken over de definities.

Op Youtube staat een animatievideo over de beleidsinformatie voor het jeugddomein. In deze video wordt uitgelegd hoe de beleidsinformatie verzameld wordt, beschikbaar komt en waarom dat op deze wijze gebeurt. Zoekterm: beleidsinformatie jeugd<sup>21</sup>.

### 3.6 Gegevensuitwisseling cliënten in zorg

Jeugdigen die per 1 januari 2015 zorg ontvangen bij een kinderarts kunnen in ieder geval in zorg blijven tot het aflopen van het zorgtraject (DOT). Bij het afsluiten van deze DOT valt een eventueel GGZ-vervolg onder de Jeugdwet. Wij adviseren aanbieders om de jeugdigen die onder behandeling zijn hierover te informeren en tegelijkertijd contact te zoeken met de verantwoordelijke gemeenten over het voortzetten van de behandeling of het overdragen van de cliënt naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Er zijn geen centrale afspraken gemaakt over informatie-uitwisseling tussen aanbieders en gemeenten over deze cliënten in zorg.

Wanneer een cliënt 18 jaar wordt, wordt de geleverde zorg vanaf die dag gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, dus onder de Zorgverzekeringswet. Om continuïteit van zorg te kunnen bieden is het belangrijk dat kinderartsen de cliënten daarover informeren en in gesprek gaan met de zorgverzekeraar van deze cliënten. Over dit onderwerp heeft de NZa een circulaire<sup>22</sup> opgesteld.

<sup>21</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=abDtRURfah0>

<sup>22</sup> <http://www.vng.nl/onderwerpen/index/jeugd/jeugdhulp/nieuws/aanbieders-informeren-over-overgang-van-jeugdwet-naar-zvw>

### 3.7 Programma van eisen

In tegenstelling tot zorg die geleverd wordt binnen de Zorgverzekeringswet zijn er in het kader van de Jeugdwet weinig regels en vereisten centraal vastgelegd. De vereisten voortkomend uit wettelijke kaders en regelingen zijn samengevat in bijlage B. De gehanteerde nummering verwijst naar artikelen in de jeugdwet.

Daarnaast zal van opdrachtnemers worden verwacht dat ze voldoen aan (kwaliteits)eisen die voortvloeien uit de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en boek 7, titel 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek (WGBO).

In overeenkomsten tussen gemeenten (of samenwerkingsverbanden) en aanbieders kunnen aanvullende vereisten en afspraken worden opgenomen. Veel gemeenten stellen als voorwaarde dat bij aanvang van zorg een melding<sup>23</sup> wordt gemaakt aan de gemeente. Ook bevatten veel overeenkomstvoorwaarden voor het proces van facturatie en informatielevering ten behoeve van beleid en verantwoording.

### 3.8 Samenvatting aandachtspunten inkoopgesprek

Zowel de regionaal samenwerkende gemeenten als de aanbieders hebben een keuze te maken of ze samen afspraken willen gaan maken over deze zorg. Gemeenten moeten hiervoor contact leggen met de ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra in de regio. Bijna alle ziekenhuizen in Nederland bieden deze zorg aan. De gemeente kan bij ziekenhuizen doorgaans contact leggen met de afdeling Finance and Control, deze afdeling gaat over de zorgverkoop van de kindergeneeskunde.

In de inkoopgesprekken kunnen de volgende onderwerpen worden geagendeerd:

- Aantal cliënten in behandeling per begin van het jaar;
- Verwacht aantal cliënten op jaarbasis;
- Wachttijden voor aanvang behandeling;
- Combinatie met somatische problematiek;
- Doorontwikkeling Jeugd-GGZ in de regio;
- Hoofdbehandelaarschap Jeugd-GGZ, evt. coulance 2016 n.a.v. rapport commissie Meurs;
- Coulance voor ROM-meting in 2016;
- Tarieven voor deze productcodes (paragraaf 3.3.4) en/of een budget op jaarbasis<sup>24</sup>;
- Procesafspraken en informatie-uitwisseling;
  - Melding aanvang zorg, ook bij verwijzing door huisarts;
  - Declaratieproces, eventueel korte en (midden)lange termijn;
  - Verantwoording;
  - Opgave onder handen werk per einde jaar (i.v.m. afsluiting boekjaar gemeente);
- Bevoorschotting;
- Beleidsinformatie (aan CBS) en verantwoording (aan gemeente);
- Specialisatie en samenwerking binnen het Jeugddomein;
- Toekomstperspectief: blijft aanbieder deze zorg leveren?

<sup>23</sup> <https://www.visd.nl/secties/ketenanalyse-3d/actiepunten-2-keteninformatisering>

<sup>24</sup> Bij het maken van inkoopafspraken is het belangrijk te bespreken dat gemeenten werken met boekjaren en niet met schadelastjaren zoals verzekeraars.

## Bijlage A. Kwaliteitseisen Jeugdwet

- 4.1.1 U verleent verantwoorde hulp, waaronder wordt verstaan hulp van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de jeugdige of ouder.

U bent op zodanige wijze georganiseerd, voorzien van zodanig kwalitatief en kwantitatief personeel en materieel en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde hulp. De jeugdhulpaanbieder en de gecertificeerde instelling<sup>25</sup> betrekken hierbij de resultaten van overleg tussen jeugdhulpaanbieders, het college en cliëntenorganisaties. Voor zover het betreft jeugdhulp die verblijf van een jeugdige of ouder in een accommodatie gedurende ten minste een etmaal met zich brengt, draagt de jeugdhulpaanbieder er tevens zorg voor dat in de accommodatie geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de jeugdige of ouder.

U neemt bij uw werkzaamheden de zorg van een goede hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op u rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor u geldende professionele standaard

- 4.1.2 U werkt volgens een (mondeling overeengekomen) plan (hulpverleningsplan of plan van aanpak) welke is overlegd met de jeugdige en de ouders en is afgestemd op de behoefte van de jeugdige

Indien gewenst wordt het plan binnen veertien dagen op schrift gesteld

Het plan wordt vastgesteld uiterlijk binnen zes weken nadat is komen vast te staan welke jeugdhulpaanbieder of gecertificeerde instelling betrokken wordt

- 4.1.3 U bewaakt, beheerst en verbetert op een systematische wijze de kwaliteit van uw hulpverlening.

Ter uitvoering hiervan draagt u, afgestemd op de aard en omvang van uw instelling, zorg voor:

- het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de hulp;
- Het aan de hand van deze gegevens op systematische wijze toetsen of de wijze van uitvoering leidt tot verantwoorde hulp;
- het op basis van de uitkomst van deze toetsing zo nodig veranderen van de wijze waarop u bent georganiseerd

- 4.1.5 U bent in het bezit van een verklaring omtrent het gedrag (VOG) van personen die in hun opdracht beroepsmatig of niet incidenteel als vrijwilliger in contact kunnen komen met jeugdigen

<sup>25</sup> Een kindbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering mogen uitsluitend uitgevoerd worden door een gecertificeerde instellingen. Gecertificeerde instellingen mogen geen jeugdhulp aanbieden. In deze kwaliteitseisen wordt op meerdere plaatsen gesproken over jeugdhulpaanbieder en/of gecertificeerde instelling. U bent jeugdhulpaanbieder of gecertificeerde instelling en moet de kwaliteitseisen ook als zodanig lezen.

of ouders aan wie de jeugdhulpaanbieder jeugdhulp verleent

De VOG is niet eerder afgegeven dan drie maanden voordat de betrokkene bij u in dienst kwam

Indien u vermoedt dat een persoon niet langer voldoet aan de eisen voor het afgeven van een VOG verlangt u dat deze persoon zo spoedig mogelijk opnieuw een VOG verklaring overlegt, die niet ouder is dan drie maanden.

- 4.1.6 Uw instelling heeft een meldcode waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling

De meldcode is zodanig ingericht dat zij er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden

U bevordert de kennis en het gebruik van die meldcode onder degenen die binnen uw instelling werkzaam zijn.

- 4.1.7 U doet aan de ingevolge de Jeugdwet met het toezicht belaste ambtenaren onverwijld melding van:
- iedere calamiteit die bij de verlening van jeugdhulp of jeugdreclassering heeft plaatsgevonden, en
  - geweld bij de verlening van jeugdhulp of jeugdreclassering.

U verstrekt bij en naar aanleiding van een melding als hierboven bedoeld aan de ingevolge de Jeugdwet met toezicht belaste ambtenaren de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens, die voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.

- 4.1.8: Binnen uw organisatie is een vertrouwenspersoon in de gelegenheid gesteld zijn taak uit te oefenen

De vertrouwenspersoon is in bezit van een VOG

De VOG is niet eerder afgegeven dan drie maanden voordat de vertrouwenspersoon bij u in dienst kwam

Indien u vermoedt dat de vertrouwenspersoon niet langer voldoet aan de eisen voor het afgeven van een VOG, verlangt u dat de vertrouwenspersoon zo spoedig mogelijk opnieuw een VOG overlegt, die niet ouder is dan drie maanden

- 4.2.1 U heeft een regeling getroffen voor de behandeling van klachten over gedragingen van voor uw organisatie werkzame personen jegens een jeugdige of ouder in het kader van de verlening van jeugdhulp

U brengt de regeling op passende wijze onder de aandacht van jeugdigen en ouders

De klachtencommissie bestaat uit ten minste drie leden waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor u.

U zorgt ervoor dat bij de behandeling van een klacht niet wordt deelgenomen door een persoon op wiens gedraging de klacht rechtstreeks betrekking heeft

U borgt dat de klachtencommissie binnen een redelijke, vastgelegde, termijn na indiening van de klacht de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de instelling, schriftelijk en met redenen omkleed in kennis stelt van haar oordeel over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen

U borgt dat de klachtencommissie bij afwijking van de vastgestelde termijn met redenen omkleed mededeling doet aan de klager, degene over wie is geklaagd en, indien dit niet dezelfde persoon is, de jeugdhulpaanbieder of de gecertificeerde instelling, onder vermelding van de termijn waarbinnen de klachtencommissie haar oordeel over de klacht zal uitbrengen

U borgt dat de klager en degene over wie is geklaagd door de klachtencommissie in de gelegenheid worden gesteld mondeling of schriftelijk een toelichting te geven op de gedraging waarover is geklaagd

U borgt dat de klager en degene over wie is geklaagd zich bij de behandeling van de klacht kunnen laten bijstaan

Klachten kunnen worden ingediend door of namens de jeugdige of ouder of door een nabestaande, indien de jeugdige of ouder is overleden

U deelt binnen een maand na ontvangst van het oordeel van de klachtencommissie de klager en de klachtencommissie schriftelijk mee maatregelen genomen zijn en zo ja, welke. U deelt aan de klager en klachtencommissie met redenen omkleedt en met een nieuwe termijn mee als u afwijkt van de eerdergenoemde maand.

- 4.2.5 U heeft een cliëntenraad ingesteld die, binnen het kader van hun doelstelling in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van jeugdigen en ouders aan wie jeugdhulp wordt verleend, behartigt

U heeft schriftelijk het aantal leden van de cliëntenraad, de wijze van benoeming, welke personen tot lid kunnen worden benoemd, de zittingsduur van de leden en de materiële middelen waarover de cliëntenraad ten behoeve van zijn werkzaamheden kan beschikken, geregeld.

U heeft de voorzieningen getroffen die noodzakelijk zijn voor de benoeming van de leden van de cliëntenraad. U treft de bedoelde voorzieningen opnieuw telkens wanneer de cliëntenraad gedurende twee jaren niet heeft gefunctioneerd wegens het ontbreken van het in de regeling vastgestelde aantal leden.

- 4.2.6 U stelt de cliëntenraad in staat in ieder geval in de gelegenheid advies uit te brengen over elk voorgenomen besluit dat u of een door u in stand gehouden organisatorische verbanden of locaties betreft, inzake:
- een wijziging van de doelstelling of grondslag;
  - het overdragen van de zeggenschap of fusie of het aangaan of verbreken van de samenwerking met een andere jeugdhulpaanbieder;
  - de gehele of gedeeltelijke opheffing, verhuizing of ingrijpende verbouwing van de locatie waarin de jeugdhulp wordt geboden;

- d. een belangrijke wijziging in de organisatie;
- e. een belangrijke inkrimping, uitbreiding of andere wijziging van de werkzaamheden;
- f. het benoemen van personen die rechtstreeks de hoogste zeggenschap zullen uitoefenen bij de leiding van de arbeid;
- g. de begroting en de jaarrekening;
- h. het algemeen beleid inzake de aanvang en de beëindiging van de hulpverlening;
- i. voedingsaangelegenheden van algemene aard en het algemene beleid op het gebied van de veiligheid, de gezondheid of de hygiëne en de geestelijke verzorging van, de maatschappelijke bijstand aan en recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor jeugdigen;
- j. de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de te verlenen hulp;
- k. de vaststelling of wijziging van een regeling inzake de behandeling van klachten en de aanwijzing van personen die belast worden met de behandeling van klachten;
- l. wijziging van de medezeggenschapsregeling, en de vaststelling of wijziging van andere regelingen die gelden voor jeugdigen en ouders aan wie jeugdhulp wordt verleend of ten aanzien van wie een kindbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering wordt uitgevoerd, of
- m. het belasten van personen met de leiding van dat onderdeel van het jeugdhulpaanbod waarin gedurende het etmaal jeugdhulp wordt verleend aan jeugdigen die in de regel langdurig in de accommodatie verblijven.

U vraagt advies op een zodanig tijdstip dat het wezenlijk van invloed kan zijn op het te nemen besluit

- 4.2.7 U neemt geen van een schriftelijk uitgebracht advies afwijkend besluit dan nadat daarover, voor zover dat redelijkerwijs mogelijk is, ten minste eenmaal met de cliëntenraad overleg is gepleegd.

U neemt geen van een schriftelijk uitgebracht advies afwijkend besluit dan nadat daarover, voor zover dat redelijkerwijs mogelijk is, ten minste eenmaal met de cliëntenraad overleg is gepleegd.

Ten aanzien van de onderwerpen genoemd in artikel 4.2.6, onderdelen i tot en met m, neemt u, behoudens voor zover het besluit door u moet worden genomen krachtens een wettelijk voorschrift, geen van een door de cliëntenraad schriftelijk uitgebracht advies afwijkend besluit, tenzij de commissie, zoals hieronder bedoeld, heeft vastgesteld dat de jeugdhulpaanbieder of de gecertificeerde instelling bij afweging van de betrokken belangen in redelijkheid tot zijn voornemen heeft kunnen komen.

U doet van een besluit inzake een onderwerp waarover de cliëntenraad schriftelijk advies heeft uitgebracht, schriftelijk, en voor zover hij van het advies afwijkt onder opgave van redenen, mededeling aan de cliëntenraad.

- 4.2.8 U verstrekt de cliëntenraad tijdig, en desgevraagd, alle inlichtingen en gegevens die deze voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig heeft

U verstrekt de cliëntenraad voorts ten minste eenmaal per jaar mondeling of schriftelijk algemene gegevens omtrent het beleid dat in het verstreken tijdvak is gevoerd en in het komende jaar zal worden gevoerd

4.2.9 U kunt aan de cliëntenraad schriftelijk verdergaande bevoegdheden dan de in deze paragraaf genoemde bevoegdheden toekennen. Een zodanig besluit wordt schriftelijk aan de cliëntenraad medegedeeld.

4.2.10 U waarborgt, indien u een rechtspersoon bent als bedoeld in artikel 3 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, in de statuten dat de jeugdigen en ouders aan wie jeugdhulp wordt verleend of ten aanzien van wie een kinderbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering wordt uitgevoerd, invloed kunnen uitoefenen op de samenstelling van het bestuur. De regeling houdt ten minste in dat één bestuurslid wordt benoemd op bindende voordracht van de cliëntenraad of cliëntenraden, tenzij deze van de mogelijkheid een voordracht te doen geen gebruik heeft onderscheidenlijk hebben gemaakt.

Dit is niet van toepassing indien het bestuur van de jeugdhulpaanbieder of de gecertificeerde instelling bestaat uit één of meer personen die deze functie uitoefent onderscheidenlijk uitoefenen op grond van een arbeidsrelatie waaraan een geldelijke beloning is verbonden. In dat geval is het eerste lid van overeenkomstige toepassing op de samenstelling van het orgaan dat belast is met het toezicht op of de goedkeuring van besluiten van het bestuur.

4.2.11 U stelt in overeenstemming met de cliëntenraad of cliëntenraden een uit drie leden bestaande commissie van vertrouwenslieden in, waarvan één lid door hen wordt aangewezen, één lid door de cliëntenraad of cliëntenraden kan worden aangewezen en één lid door beide andere leden wordt aangewezen, of wijst een door één of meer cliëntenorganisaties en één of meer organisaties van jeugdhulpaanbieders of gecertificeerde instellingen ingestelde commissie van vertrouwenslieden aan die tot taak heeft te bemiddelen en zo nodig een bindende uitspraak te doen:

- a. op verzoek van de cliëntenraad, in geschillen met u over de uitvoering van de artikelen 4.2.6, 4.2.7, eerste en derde zin, 4.2.8, eerste zin, en 4.3.2, of
- b. op verzoek van de jeugdhulpaanbieder of de gecertificeerde instelling, indien deze ten aanzien van een onderwerp, genoemd in artikel 4.2.6, onderdelen i tot en met m, waarover door de cliëntenraad een schriftelijk advies is uitgebracht, een van dat advies afwijkend besluit wenst te nemen.

4.3.1 U stelt jaarlijks een verslag op over de naleving van de jeugdwet over het voorafgaande jaar met betrekking tot regels omtrent de kwaliteit van de jeugdhulp onderscheidenlijk de kwaliteit van de uitvoering van de taken, het klachtrecht en de medezeggenschap.

In dit verslag geeft u in ieder geval aan:

- a. of en op welke wijze zij jeugdigen en hun ouders bij hun kwaliteitsbeleid hebben betrokken;
- b. de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan;
- c. welk gevolg zij hebben gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende hulp;
- d. een beknopte beschrijving van de klachtenregeling;
- e. de wijze waarop zij de klachtenregeling onder de aandacht hebben gebracht van betrokken jeugdigen, ouders en pleegouders;
- f. de samenstelling van de klachtencommissie;
- g. in welke mate de klachtencommissie haar werkzaamheden heeft kunnen verrichten met inachtneming van de waarborgen;
- h. het aantal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten;



- i. de strekking van de oordelen en aanbevelingen van de klachtencommissie;
- j. de aard van de maatregelen, bedoeld in artikel 4.2.1, laatste zin, en
- k. op welke wijze de artikelen 4.2.7 tot en met 4.2.11 zijn toegepast.

4.3.2 U maakt binnen tien dagen na vaststelling van het verslag doch uiterlijk voor 1 juni, de volgende zaken openbaar:

- a. het verslag;
- b. de op schrift gestelde uitgangspunten voor het beleid, waaronder begrepen de algemene criteria, welke bij de verlening van jeugdhulp onderscheidenlijk de uitvoering van de taken worden gehanteerd;
- c. de notulen dan wel de besluitenlijst van de vergaderingen van het bestuur, voor zover deze algemene beleidszaken betreffen, en
- d. de klachtenregeling en van andere voor jeugdigen en ouders geldende regelingen, alsmede een regeling als bedoeld in artikel 4.2.5, tweede zin/paragraaf.

De openbaarmaking geschiedt op een door u te bepalen wijze. U verstrekt de jeugdigen en ouders op hun verzoek een afschrift.

Voor het op verzoek verstrekken van afschriften kan een tarief in rekening worden gebracht, ten hoogste gelijk aan de kostprijs, tenzij ten aanzien van de jeugdhulpaanbieder of de gecertificeerde instelling de Wet openbaarheid van bestuur van toepassing is.

U zendt het verslag voor 1 juni van het jaar van vaststelling aan Onze Ministers en aan de ingevolge artikel 9.2 met het toezicht belaste ambtenaar, alsmede aan organisaties die in de regio de belangen van de jeugdigen, ouders of pleegouders in algemene zin behartigen.

