

Exit

RECEPT
?

aanpak

INTERPRET
CODE

EXECUTION

IMPACTANALYSE MPJ

NAAR EEN NIEUW PRESTATIECODE MODEL VOOR INSPANNINGS-GERICHTE BEKOSTIGING - CONCEPT

KLANT
KENMERK
AUTEUR(S)
DATUM
VERSIE

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
2905/RW
Garrit Schumacher, Roel van Weert, Patrick Tazelaar
15 augustus 2022
Concept v4

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Achtergrond en aanleiding	4
1.2	Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	5
1.3	Onderzoeksverantwoording	6
1.4	Leeswijzer	6
2	Huidige situatie	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Beschrijving huidige situatie op hoofdlijnen	7
2.3	Werking per hoofdprocesstap	9
2.3.1	<i>Contractering</i>	9
2.3.2	<i>Zorgtoewijzing</i>	9
2.3.3	<i>Zorglevering</i>	9
2.3.4	<i>Declaratie</i>	10
2.3.5	<i>Verantwoording</i>	11
2.3.6	<i>Sturing en control</i>	11
2.4	Ervaren problemen in de huidige situatie	12
3	MPJ en voorziene werking	14
3.1	Inleiding	14
3.2	Algemene beschrijving	14
3.3	Werking per hoofdprocesstap	16
3.3.1	<i>Contractering</i>	16
3.3.2	<i>Zorgtoewijzing</i>	17
3.3.3	<i>Zorglevering</i>	17
3.3.4	<i>Declaratie</i>	17
3.3.5	<i>Verantwoording</i>	18
3.3.6	<i>Sturing & control, beleid en contractmanagement</i>	18

4	Impact MPJ ten opzichte van de huidige situatie	20
4.1	Inleiding	20
4.2	Contractering	20
4.3	Zorgtoewijzing	23
4.4	Zorglevering	24
4.5	Declaratie	26
4.6	Verantwoording	28
4.7	Impact van het MPJ voor zorgprofessionals	28
4.8	Impact van het MPJ voor andere rollen	30
4.9	Samenvattende conclusie	30
5	Slotbeschouwing	32
5.1	Inleiding	32
5.2	De voorziene werking van het MPJ is in beeld gebracht en mede gebaseerd op een aantal aannames	32
5.3	Het MPJ leidt tot andere werkwijze bij gemeenten en aanbieders ten opzichte van de huidige inspanningsgerichte variant met productcodes en vraagt een andere ontwerpgedachte	32
5.4	Het MPJ heeft de potentie om bij te dragen aan het beperken van administratieve lasten, maar realisatie van deze potentie hangt af van de definitieve invulling van randvoorwaarden, uitwerking en toepassing;	33
5.5	We adviseren verdere uitwerking en analyse om de implementatie van het MPJ verder voor te bereiden	34
Bijlage 1	37	
Bijlage 2	38	

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en aanleiding

Onder regie van het programma vermindering productcodes is een nieuw model met prestatiecodes voor de jeugdzorg ontwikkeld. Het doel van dit model is om het administratieve proces van zorgtoewijzing, zorgregistratie en verantwoording drastisch te vereenvoudigen en dat met name zorgprofessionals minder tijd kwijt zijn aan administratieve handelingen. Belangrijke kenmerken van dit model zijn:

- a. Het model prestatiecodes jeugd (MPJ) is een product van vertegenwoordigers van gemeenten, jeugdzorgaanbieders en jeugdzorgprofessionals/hulpverleners, met daarin de minimaal benodigde informatie die zij nodig hebben voor toewijzing en declaratie;
- b. Het model is geïnspireerd op het Zorgprestatiemodel (ZPM) van de NZa voor de GGZ;
- c. Omdat jeugdhulp breder is met jeugd- en opvoedhulp als begeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking, is het model voor jeugdhulp hierop aangepast. Het MPJ doet geen uitspraken over (de hoogte van) tarieven;
- d. Andere belangrijke kenmerken/uitgangspunten van dit model zijn:
 - i. Het model veronderstelt een scheiding tussen het proces van toewijzing en het proces van verantwoording;
 - ii. Toewijzing gebeurt op basis van maximaal 26 prestatiecodes (worden er mogelijk 23 exclusief JB/JR¹) en declaratie gebeurt met zes kwalificatieniveaus²;
 - iii. Declaratie en verantwoording jeugdhulp zonder verblijf op bestede normtijd (15 minuten, uur, halve dag, hele dag) per kwalificatieniveau;

¹ Aantal van 23 prestatiecodes op basis van informatie opdrachtgever over gemaakte afspraken over JB/JR.

- iv. Bij jeugdhulp met verblijf wordt de normtijd bepaald door de duur (aantal etmalen) van het verblijf van de cliënt, aangezien hier veelal meerdere professionals worden ingeschakeld;
- v. Prijsstelling is vrij en de 'knop' voor gemeenten om maatwerk in te kopen;
- vi. Het model veronderstelt verder dat het proces van verantwoording is gestandaardiseerd, gestructureerd en landelijk verankerd.

Het MPJ is een model voor prestatiebekostiging. De 'prestaties' bepalen welke vergoeding een zorgaanbieder krijgt voor jeugdzorg. De prestatie is de geleverde inzet in termen van genormeerde tijd per kwalificatieniveau. Het ministerie beoogt de huidige productcodes die nu worden gebruikt door gemeenten die inspanningsgericht (p x q) bekostigen te vervangen door de prestatiecodes van het MPJ. De veronderstelling is dat het MPJ eenvoudiger is, minder administratieve lasten kent en ruimte voor innovatie biedt. Dit model is vooralsnog niet bedoeld voor die situaties waarin gemeenten en regio's de zorg en ondersteuning op een andere manier bekostigen, zoals output- of taakgericht.

² Aantallen 26 codes en zes kwalificatieniveaus zoals opgenomen in MR versie 16.

Het Protocol prestatiecodes jeugd (onderdeel van het MPJ) is voorbereid door het Programma productcodes voor jeugd- en opvoedhulp, jeugdbescherming³ en jeugdreclassering, dat in 2020 van start is gegaan. Er is gestart met de ondertekening, op 11 juni 2020, van het convenant “Stoppen met tijdschrijven”. Het convenant is getekend door Jeugdzorg Nederland, VNG, FNV/CNV en VWS. Het convenant is daarna ook omarmd door de Nederlandse GGZ en de VGN. De Nederlandse GGZ heeft echter in december 2021 aangegeven het model niet te ondersteunen.

1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Of het MPJ daadwerkelijk ook toepasbaar is in de Jeugdwet moet nader worden onderzocht. Een impactanalyse kan helpen om een gedegen en volledig beeld te krijgen van de impact van dit instrument. Het ministerie van VWS heeft Significant Public gevraagd een impactanalyse uit te voeren op het MPJ in de status zoals het op het moment van onderzoek is.

De centrale vraag voor deze impactanalyse luidt: *Wat wijzigt er in de werkwijze van de gemeente door het Model prestatiecodes Jeugd (hierna: MPJ) en daaruit afgeleid de werkwijze bij de aanbieder?*

De scope van de analyse is de impact van het MPJ op meerdere hoofdprocesstappen in beeld te brengen: het contracteren, de zorgtoewijzing, de levering van zorg, het berichtenverkeer, het declareren, verantwoording en sturing en verantwoording. Daarbinnen leggen we focus op de impact van deze nieuwe werkwijze voor zorgprofessionals in de toegang en de zorgverlening.

³ 'Jeugdbescherming' is hetzelfde als (het uitvoeren van)

kinderbeschermingsmaatregelen. Omdat de Jeugdwet slechts de term 'kinderbeschermingsmaatregelen' kent, wordt in officiële stukken slechts die term gebruikt. Beleidsstukken bevatten echter vaak het woord 'jeugdbescherming'.

Belangrijke subvragen voor het onderzoek zijn:

- a. Hoe gaan gemeenten het model toepassen in de praktijk? (bij contractering, zorgtoewijzing, zorglevering, informatie-uitwisseling, declaratie en verantwoording);
- b. Hoe verhoudt zich dat tot de huidige praktijk van gemeenten die inspanningsgericht bekostigen? Wat zegt dit over het verschil?
- c. Wat betekent dit voor zorgprofessionals in het primaire proces (zorgtoewijzing en zorgverlening)? Is de omvang van de beoogde tijdsbesparing voor zorgprofessionals in te schatten?
 - i. Wanneer wordt uitgegaan van de uitgangspunten van het model (ideaal scenario);
 - ii. Wanneer wordt uitgegaan van hoe de gemeenten het model gaan toepassen in de praktijk (realistisch scenario).
- d. Wat betekent dit voor betrokkenen in de ondersteunende processen (inkopers, administratie, controllers, contract- en leveranciersmanagement, verantwoording, beleid, et cetera)?

Met behulp van de antwoorden op deze vragen kan vervolgens, met nader onderzoek, antwoord gegeven worden op vragen als: wat zijn de voor- en nadelen van het model ten opzichte van de huidige manier van werken? Wat zijn de kosten en besparingen (in tijd en in euro's)? De antwoorden op deze vragen zijn geen onderdeel van deze impactanalyse.

1.3 Onderzoeksverantwoording

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een aantal verschillende onderzoeksactiviteiten. Dit zijn in uitgevoerde volgorde de onderzoeksactiviteiten:

- a. Bestudering van diverse (achtergrond)documenten, zie bijlage A;
- b. Online interviews met opdrachtgever, met zeven van de elf leden van de werkgroep en met één voormalig lid van de werkgroep;
- c. Online groepsinterview met het Ketenbureau, in aanwezigheid van twee werkgroepleden;
- d. Vijf online focusgroepen van twee uur met verwijzers, professionals, inkoop- en contractmanagers, financial controllers bij gemeenten. In afwijking van ons aanvankelijke onderzoeksvoorstel is om praktische redenen gekozen voor gemixte focusgroepen in plaats van focusgroepen per functiegroep / perspectief. In totaal hebben 40 personen deel genomen aan deze focusgroepen. Bij elk van deze focusgroepen was tenminste het eerste uur een lid van de werkgroep aanwezig om vragen over het MPJ te beantwoorden;
- e. Online interview met programmamanager invoering Zorgprestatie model (ZPM) van de NZa;
- f. Uitvraag bij enkele gemeenten – specifieke vragen over 'berichtenverkeer';
- g. Navraag bij enkele ICT-leveranciers – specifieke vragen over tijdlijnen voor implementatie.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven wij de huidige situatie van de inspanningsgerichte bekostigingsvariant waarna wij in hoofdstuk 3 ingaan op de werking van het MPJ. Hoofdstuk 4 geeft vervolgens inzicht hoe gemeenten het MPJ gaan toepassen in de praktijk en wat de verschillen zijn met de huidige werkwijze. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen, voor zover mogelijk, beantwoord. Tot slot bevat hoofdstuk 5 een beknopte slotbeschouwing.

2 Huidige situatie

2.1 Inleiding

Om de impact van (de invoering van) het MPJ in beeld te brengen is het nodig eerst de huidige situatie te beschrijven. De beschrijving vindt u in dit hoofdstuk.

2.2 Beschrijving huidige situatie op hoofdlijnen

Er zijn **drie uitvoeringsvarianten** voor de administratieve afhandeling van toewijzing en declaratie voor Wmo en Jeugdwet. Deze uitvoeringsvarianten leggen een verbinding tussen inkoop, inrichting van de zorgadministratie en het veilig en efficiënt uitwisselen van gegevens met de berichtenstandaarden iWmo en iJw. Het gaat om de taakgerichte, outputgerichte en inspanningsgerichte variant. Deze laatste is ook wel bekend als P(rice) maal Q(uantity). Aangezien het MPJ een alternatief voor productcodes is voor de **inspanningsgerichte variant**, beschrijven we alleen deze.

In 2021 ontvingen 424.300⁴ jongeren onder 23 jaar jeugdzorg zonder verblijf. Uit de database gemeentelijke zorginkoop 2021 blijkt dat circa 85% van het aantal gemeenten⁵ een of meerdere vormen van jeugdzorg inkopen volgens de **inspanningsgerichte variant**.

4

<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85099NED/table?ts=1652942921836>

⁵ [Database gemeentelijke zorginkoop 2021 en bijbehorende legenda | Publicatie | Vindplaats Inkoop Sociaal Domein](#)

Gemeenten kopen de Jeugdzorg naar eigen inzicht in. Ze werken daarbij veel samen in 42 jeugdhulpregio's. Sinds 2015 hebben deze samenwerkende gemeenten zorgproducten gedefinieerd, ingekocht en in contracten vastgelegd. Sinds 2015 is **het aantal zorgproducten en bijbehorende productcodes** sterk toegenomen omdat de zorgproducten naar het eigen inzicht van gemeenten konden worden samengesteld. Soms vragen ook zorgaanbieders om een nieuwe productcode die toepasbaar is voor 'hun' product. Er bestaat, in tegenstelling tot de verzekerde zorg, geen landelijke regulering met verplichting tot het uitsluitend gebruik van landelijke productcodes en prestatieomschrijvingen.

Er bestaat wel een landelijke productcodelijst. Deze telt 573 productcodes, hiervan zijn er 201 die betrekking hebben op/toegepast worden binnen de inspanningsgerichte variant. Gemeenten mogen echter afwijken van deze landelijke productcodelijst. Op dit moment zijn er circa 4021 verschillende productcodes in omloop⁶ voor de drie uitvoeringsvarianten die ook nog verschillend geoperationaliseerd worden door gemeenten.

De gemeente stelt voor de diverse vormen van jeugdhulp een vooraf gedefinieerde set aan producten, diensten en spelregels op. Gemeenten die samen (regionaal) inkopen hanteren in beginsel dezelfde set. Deze set staat centraal in de informatie-uitwisseling tussen gemeenten en aanbieders via het gestandaardiseerde **berichtenverkeer**. Doel van deze uitwisseling is dat beide partijen hetzelfde beeld hebben over welke zorg wordt verleend aan jeugdigen.

⁶ Bron: [Ketenbureau Eindrapportage 'Vooronderzoek naar gebruik productcodes Wmo en Jeugd'](#)

De informatie-uitwisseling doorloopt op hoofdlijnen per cliënt de volgende stappen. Nadat in gesprek met de cliënt is bepaald dat de inzet van Jeugdhulp nodig is, stuurt de gemeente een **toewijzing** naar de aanbieder. Dit is feitelijk de opdracht tot verlenen van Jeugdhulp binnen de contractafspraken. In deze toewijzing kan gedetailleerd zijn vermeld welke producten de aanbieder moet leveren, hoeveel, hoe vaak en hoe lang. De aanbieder informeert de gemeente over de start en het einde van de **levering** via de berichten 'Start zorg en ondersteuning' en 'Stop zorg en ondersteuning'. Wanneer de toewijzing niet meer volstaat, bijvoorbeeld omdat de toegewezen zorgvorm, het benodigde volume, de doorlooptijd, budget of de intensiteit anders is geworden, kan de aanbieder een bericht 'Verzoek om **wijziging**' sturen naar de gemeente. Na beoordeling door de gemeente ontvangt de gemeente een aangepaste toewijzing. De **declaratie** van de uitgevoerde zorgactiviteiten op cliëntniveau vindt maandelijks plaats⁷. Na (geautomatiseerde) controle van de declaratieberichten **betaalt** de gemeente. Op jaarbasis vindt **controle** plaats door de accountant. Deze checkt of aannemelijk is dat de declaraties juist zijn en conform contractafspraken.

Om de administratieve lasten te verminderen in het sociaal domein is dit berichtenverkeer gestandaardiseerd. Dit heeft onder andere geleid tot afspraken die zijn vastgelegd in de [berichtenstandaarden iWmo en iJw](#)⁸.

⁷ <https://i-sociaaldomein.nl/wiki/view/5673e772-ea76-45db-86d3-318b79bfbea3/drie-uitvoeringsvarianten>

⁸ [iStandaarden](#)

⁹ Gebaseerd op verstuurde iJW 301 en iJW 323 berichting in 2021.

¹⁰ [Bestanden · Administratieve en financiële processen en verantwoording · Ketenbureau i-Sociaal Domein](#)

¹¹ [Afsprakenkaart: nieuwe fase · Ketenbureau i-Sociaal Domein](#) en [Bestanden · De Afsprakenkaart · Ketenbureau i-Sociaal Domein](#)

Ondanks deze landelijke standaarden, maken veel gemeenten gebruik van eigen definities en administratieve afspraken. Enerzijds heeft dit te maken met de beleidsruimte waar gemeenten gebruik van kunnen maken in hun beleids- en inkoopprocessen. Anderzijds blijken de landelijke standaarden veel ruimte te geven voor lokale of regionale invulling. Dit is met name lastig wanneer aanbieders werken voor meerdere gemeenten of jeugdhulpregio's. Circa 37% van alle jeugdhulpaanbieders leverde in 2021 jeugdzorg in meer dan vijf gemeenten⁹. Deze aanbieders kunnen dus te maken hebben met een veelheid van contractvoorwaarden

Om de veelheid van contractvoorwaarden terug te dringen, heeft het Ketenbureau **standaard administratieprotocollen**¹⁰ en een **afsprakenkaart**¹¹ ontwikkeld. Deze beide hulpmiddelen nemen de beleidsvrijheid van gemeenten als vertrekpunt. Deze verminderen dus niet de variëteit aan producten, productcodes en financieel-administratieve spelregels. Ze verminderen wel de ruis en misverstanden over deze afspraken. Ze bieden dus vooral duidelijkheid. Belangrijk effect van deze hulpmiddelen is dat gemeenten zich in toenemende mate bewust zijn van deze variëteit aan contractvoorwaarden.

Beleidsvrijheid van gemeenten en verzoeken van zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren tot én een groei in productcodes én een grote variëteit aan producten, productcodes en financieel-administratieve spelregels en afspraken geleid. Dit leidt in de huidige situatie tot een feitelijke en door professionals ervaren hoge administratieve last in de jeugdzorg.

2.3 Werking per hoofdprocesstap

2.3.1 Contractering

In de fase van contractering beschrijft de gemeente of regio in de aanbestedingsdocumenten bekostigingsafspraken zoals de definitie van producten (productenboek), de declaratieregels, de tarieven (per product per afgesproken tijdseenheid), verantwoording en sturing en control. Gemeenten mogen daarbij besluiten om de standaardproductcodelijst niet te gebruiken en zelf andere/nieuwe productcodes te hanteren. In beide gevallen leggen gemeenten of regio's naar eigen inzicht de inhoudelijke interpretatie van productcodes en de daarbij behorende spelregels naar eigen inzicht vast in overeenkomsten met aanbieders. Dus ondanks het bestaan van landelijke productcodes is er geen landelijke interpretatie van deze codes. In een onderzoek uit 2020 kwam naar voren dat de spreiding groot is: er zijn gemeenten die alleen maar met de landelijke productcodes werken (100%) en er zijn gemeenten bij wie slechts 2% van de productcodes voorkomt op de landelijke lijst¹². Voortschrijdend inzicht in de uitvoeringsfase van gemeenten resulteert met enige regelmaat, vooral bij een nieuwe contracteringsronde, in nieuwe producten, aangepaste productomschrijvingen en/of aangepaste tarieven. Sinds 2015 hebben de meeste gemeenten en regio's één of meerdere wijzigingen doorgevoerd in hun lokale of regionale afsprakenstelsel voor de toeleiding en bekostiging van jeugdhulp, met kleine of grote impact op afspraken op het gebied rond bekostiging.

¹² Ketenbureau i-Sociaal Domein: Eindrapportage 'Vooronderzoek naar gebruik productcodes Wmo en Jeugd' 3-12-2020

2.3.2 Zorgtoewijzing

De toewijzing wordt gedaan door een toegangsmedewerker van een gemeente op het niveau van een productcode. De aanbieder mag enkel de toegewezen en contractueel overeengekomen productcode declareren. Het is hiernaast ook mogelijk dat een jeugdige via een andere verwijzer, niet de gemeente, bij een aanbieder terecht komt. In dit geval selecteert de professional het bijpassende product en stuurt een verzoek om toewijzing naar de gemeente. Vanwege het detailniveau van de productcodes komt het regelmatig voor dat bij een wijzigende zorgbehoefte of alsnog gebleken onvolledige diagnose de toewijzing niet passend (meer) is. In deze gevallen verstrekt de gemeente een aangepaste toewijzing (herbeoordeling).

Het is ook mogelijk om een toewijzing te relateren aan een productcategorie (aspecifiek toewijzen). Een aanbieder mag bij een aspecifieke toewijzing alle productcodes binnen de productcategorie declareren waarvoor deze is gecontracteerd. Hierdoor zal het minder vaak voorkomen dat een nieuwe toewijzing nodig is bij een wijzigende zorgvraag. Alleen bij uitbreiding van de zorgvraag (denk aan intensiteit of doorlooptijd) is dan een aangepaste toewijzing nodig.

2.3.3 Zorglevering

De professionals schrijven de tijd (per tijdseenheid) die ze besteden aan het leveren van zorg op een productcode. Welke tijd declarabel is hangt sterk af van de contractuele afspraken. Een paar voorbeelden:

- a. Directe tijd is altijd declarabel maar de afspraken rond indirecte cliëntgebonden tijd zijn divers;
- b. Er bestaan verschillende afspraken over declareren van reistijd of over de situatie waarin een cliënt niet komt naar de afspraak;

-
- c. De vraag of contact met de omgeving van de cliënt (familie, school) of interne afstemming over een cliënt onder direct cliëntgebonden tijd valt, kan per gemeente verschillen;
 - d. De eenheid waarin bestede tijd gedeclareerd kan worden is divers. Gemeenten hebben de vrijheid om per vijf minuten, tien minuten of een andere tijdseenheid te laten declareren.

Tot slot moet de geschreven tijd worden vertaald naar de gecontracteerde productcodes. Grotere aanbieders hebben veelal een geautomatiseerde vertaaltabel gemaakt van interne producten/eenheden naar externe productcodes zodat medewerkers enkel de tijd op de bekende interne producten/eenheden kan schrijven¹³ en hun administratieve systeem aansluit op de verschillende afspraken met gemeenten.

Maar door de diversiteit aan eisen moet de zorgprofessional toch vrij specifiek noteren welke activiteiten voor welk cliënt zijn uitgevoerd. Als automatisering hierin niet ondersteunend is, heeft de zorgprofessional te maken met al deze spelregels en moet tijd op de juiste prestatie van de betreffende gemeente worden geschreven.

Professionals hebben in ieder geval te maken met de begrenzing (intensiteit, duur, omvang) vermeld in de toewijzing.

Tijdens de zorglevering komt het regelmatig voor dat benodigde zorg voor een cliënt niet past binnen de afgegeven toewijzing. Dit betekent dat er een gewijzigde toewijzing nodig is voordat de bijgestelde zorg geleverd kan worden. Wijzigingen kunnen vanaf 1 januari 2021 worden doorgegeven met behulp van het JW 317-bericht. Met dit bericht kunnen meerdere soorten van wijzigingen worden aangegeven, ook een tijdelijke of vroegtijdige stop van de zorglevering, correctie van

¹³ <https://open.overheid.nl/repository/rnl-df8f3127-2f2d-41f7-9237-c8a7bb4381d5/1/pdf/nader-onderzoek-inbedding-beleidsinformatie-in-ict-systemen-grote-jeugdhulpaanbieders.pdf>

de start- en stopberichten of aanpassingen van een lopende toewijzing. In 2021 zijn er in totaal 29.490 iJW 317-berichten verstuurd (in totaal zijn er in 2021 983.869 toewijzingsberichten, iJW 301, gestuurd)¹⁴. Het is niet mogelijk om deze berichten nader te specificeren naar wijzigingssoort.

Gemeenten en regio's gebruiken op dit moment niet allemaal de JW 317-berichten. In veel gevallen wordt de huidige toewijzing JW 301 stopgezet en wordt een nieuwe toewijzing JW 301 afgegeven. Het is niet mogelijk om op landelijk niveau de inhoud van de berichten te analyseren (type wijziging en/of reden van het stoppen van een toewijzing) waardoor we geen uitspraken kunnen doen over het aantal wijzigingen/gestopte toewijzingen als gevolg van een afwijkende zorgvraag. Op basis van informatie van enkele gemeenten die op dit moment a-specifiek toewijzen wordt een inschatting gegeven dat bij 4 tot 8 procent van de toewijzingen er sprake is van een wijzigende zorgvraag die niet in 1 productcode valt. Bij enkele gemeenten die het JW 317 inzetten wordt voor gemiddeld 11 procent van de toewijzingen een verzoek om wijziging goedgekeurd door de gemeenten. Dit geeft een indicatief beeld maar is geen representatieve steekproef.

2.3.4 Declaratie

Bij ambulante zorg declareert de aanbieder per product een tijdseenheid conform de definities in het contract. De tijdseenheid staat vast in het contract. De gemeenten kunnen conform de i-standaarden kiezen uit de volgende opties: minuut, uur, etmaal, dagdeel of week. De declaratie kan hiernaast uit verschillende tijdseenheden per type professional bestaan.

¹⁴ Bron: Ketenbureau i-Sociaal Domein. Het Ketenbureau is in overleg met ZIN om meer inzicht te krijgen in de inhoud van de berichten.

Het gecontracteerde tarief is meestal opgebouwd uit de functiemix (gemiddelde verdeling van de werkzaamheden van professionals binnen het gecontracteerde product) van professionals die mogen werken binnen de betreffende prestatie. Dit betekent dat er voor een zorgaanbieder met meerdere contracten een grote variëteit is aan producten en bijbehorende declaratieregels.

Bij verblijfszorg declareert de aanbieder een verblijfsproduct per etmaal. De gemeente kan ervoor kiezen om het verblijfsproduct wel of niet samen te voegen met de ambulante ondersteuning in een prestatiecode. Ook dit is een bron van gemeentelijke variatie in contracten tussen gemeenten en aanbieders.

Het komt voor dat declaratieregels door gemeenten worden afgekeurd. Op basis van informatie van een jeugdzorgregio werd duidelijk dat gemiddeld 11% van de declaratieregels afgekeurd wordt. Omdat declaratieberichten (net als andere berichten) versleuteld zijn, kunnen we geen analyse maken van de reden voor deze afkeuringen. We kunnen dus niet vaststellen in welke mate afgekeurde declaratieregels het gevolg zijn van de hiervoor geschetste variëteit..

2.3.5 Verantwoording

Voor de verantwoording is als hulpmiddel een [landelijk accountantsprotocol](#)¹⁵ ontwikkeld inclusief een format voor de productieverantwoording. Het protocol helpt gemeenten en zorgaanbieders om hun administratieve lasten te beperken door te zorgen voor een eenduidige, uniforme financiële productieverantwoording en accountantscontrole voor zorgaanbieders. Accountants van aanbieders stellen hun controleverklaring over de productieverantwoording van aanbieders op met dit landelijke, algemene controleprotocol. Dit protocol is niet verplicht opgelegd en gemeenten kunnen van het protocol afwijken en een eigen werkwijze afspreken.

¹⁵ <https://i-sociaaldomein.nl/groups/view/5ea6369f-953a-486d-95bd-b75f014a11b9/administratieve-en-financiele-processen-en-verantwoording/files/5c496123-edb9-440f-83e9-145ed48258f1>

2.3.6 Sturing en control

Het berichtenverkeer heeft niet als doel gehad om stuurinformatie te genereren voor gemeenten. In de praktijk maken gemeenten wel vaak gebruik van het berichtenverkeer om beleidsinformatie te verzamelen over het zorggebruik door inwoners bij inspanningsgerichte zorg per aanbieder. In de inspanningsgerichte variant bestaat die informatie uit de startdatum en stopdatum van het ingezette product en de door de aanbieder gedeclareerde tijd per periode. De kwaliteit en het koppelen van het berichtenverkeer is echter niet altijd toereikend om stuurinformatie over zorgpaden/-trajecten uit de berichten te genereren, blijkt uit een onlangs verschenen rapport van CBS¹⁶. Naast het gebruik van informatie kennen gemeenten een diversiteit aan (samenhangende) sturingsmogelijkheden om grip te krijgen op de doelmatigheid, kwaliteit en uitgaven aan jeugdhulp. Bij de inspanningsgerichte variant zien we op hoofdlijnen (in meer of mindere mate) de volgende sturingsmogelijkheden terug:

- a. Contractering: afspraken over de inhoud van producten, tarieven en budgettaire grenzen op casusniveau en/of uitgaven op totaalniveau per periode, voorwaarden voor bijstelling van de zorg, duur en intensiteit van de zorg;
- b. Casusniveau: toeleiding en toegang tot hulp, inhoud perspectief of hulpverleningsplan, periodieke check op het perspectief, terugkeerplan, zorgpad van cliënten, duur van zorginzet product en/of traject, et cetera;
- c. Aanbiedersniveau: monitoring van de uitnutting van toewijzing, monitoring van plafondafspraken, voortgangsoverleg over realisatie van het contract en ontwikkel/transformatieopgaven, toezicht handhaving. Contractmanagement van de gemeente vindt soms plaats met individuele aanbieders of soms door middel van overleg of ontwikkelafspraken.

¹⁶ <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2022/21/vooronderzoek-gebruik-ijw-berichten-voor-statistiek>

2.4 Ervaren problemen in de huidige situatie

Gemeenten hebben door de decentralisatie nieuwe teams/afdelingen moeten opbouwen van toegangs- en wijkteams maar ook backofficeteams die zich met berichtenverkeer, administratie, financiën, monitoring, etc. bezighouden. Het aandeel van voor jeugdzorg beschikbaar geld dat besteed moet worden aan indirecte functies bij gemeenten en zorgaanbieders is daarmee gestegen¹⁷. In een context van financiële tekorten op jeugdzorg/sociaal domein bij veel gemeenten is dit (uitgaven aan de backoffice en stijging van het jeugdzorg gebruik) een dubbel probleem.

Bekend is dat ook (grotere) zorgaanbieders die met meer gemeenten en meer regio's te maken hebben, hun indirecte functies variërend van zorgverkoop, relatiemanagement, contractmanagement, zorgadministratie en financiële afdeling sinds 2015 hebben zien groeien. Alleen zo konden zij meebewegen met en voldoen aan de verschillende invullingen die gemeenten geven aan contracten, aan zorglevering conform de toewijzing en aan eisen die gesteld worden aan de declaratie.

¹⁷ <https://open.overheid.nl/repository/ronl-c4f10ab8-4d16-477b-9caa-e96044ede474/1/pdf/inzicht-in-besteding-jeugdhulpmiddelen.pdf>

¹⁸ https://www.ordz.nl/documenten/publicaties/2019/09/10/de-paarse-lijnen-uit-de-landelijke-schrapdag-jeugd_-Aanpak-vermijdbare-administratieve-lasten-voor-professionals|BPSW

¹⁹ Een toewijzing is een opdracht aan de aanbieder om zorg en ondersteuning te leveren aan de inwoner. De gemeente bevestigt dat er hulp aan de inwoner mag worden geleverd. Dit betekent ook dat de gemeente de declaratie hiervoor zal betalen. Voor het informeren van de zorgaanbieder wordt het berichtenverkeer gebruikt. Met een beschikking wordt een inwoner in kennis gesteld van het besluit van

Jeugdprofessionals (jeugdhulpverleners), zelfstandig werkzaam of werkend bij aanbieders, ervaren administratieve lasten. Als zij met jeugdigen werken uit verschillende gemeenten hebben zij veelal te maken met uiteenlopende producten en administratieve werkwijzen. Zo zijn ze (te) veel tijd kwijt aan tijdschrijven. Het is de grootste administratieve ergernis van jeugdprofessionals.¹⁸ Zo moeten zij de juiste productcode opzoeken die behoort bij de betreffende gemeente waar de cliënt vandaan komt en daarbij rekening houden met de soms per gemeente verschillende afspraken over welke tijd direct is en gedeclareerd mag worden, hoe omgegaan moet worden met reistijd, hoe omgegaan wordt met absenties in groepsbehandeling of dagbesteding, beschikbare budgetrestricties en no shows. Verder geven ze aan dat het proces om te komen tot een beschikking¹⁹ op verschillende manieren wordt uitgevoerd. Gemeenten passen een van de twee opties uit de modelverordening toe: 1. er wordt alleen een beschikking verstuurd als ouders daarom vragen of de gemeente dit wenselijk acht of 2. er wordt standaard een beschikking verstuurd. Dit kost volgens jeugdprofessionals onnodig veel tijd en energie²⁰. Jeugdprofessionals hebben primair voor dit vak gekozen om hulp te bieden aan jeugdigen. Een toenemende administratieve last staat haaks op die motivatie want er blijft minder tijd over voor het bieden van hulp. Het jeugddomein is mede hierdoor minder aantrekkelijk om in te werken. Uit onderzoek²¹ blijkt dat de toegenomen uitvoeringslasten een belangrijke rol spelen in de verklaring van hoog ziekteverzuim en vertrek van professionals uit de jeugdsector.

het college van B en W over het al dan niet toekennen van zorg en ondersteuning. Dit is een besluit waartegen de inwoner eventueel bezwaar kan maken en in beroep kan gaan. Alhoewel beide de consequentie zijn van een besluit van de gemeente, richt de toewijzing zich op de zorgaanbieder vanuit de contractrelatie, terwijl de beschikking de inwoner in kennis stelt van het genomen besluit.

²⁰ <https://www.ordz.nl/documenten/publicaties/2019/09/10/de-paarse-lijnen-uit-de-landelijke-schrapdag-jeugd>

²¹ <https://pointer.kro-ncrv.nl/oplossen-regeldruk-jeugdzorg-geen-kwestie-zwaaien-haagse-toverstaf> & <https://www.fnv.nl/nieuwsbericht/sectornieuws/zorg-welzijn/2021/09/administratiedruk-jeugdzorg-woekert-voort-ondanks>

Om professionals te ontlasten, proberen zorgorganisaties het primair proces te faciliteren en de administratieve handelingen die door professionals uitgevoerd moeten worden zo eenvoudig mogelijk te maken. Dit doen zij onder meer door de registratie en administratie zo in te regelen dat het tijdschrijven van professionals achter de schermen automatisch gekoppeld wordt aan de juiste betaalregel uit het juiste contract. Dit bespaart de professional registratietijd. Maar zorg verlenen zonder tijdschrijven blijkt in veel organisaties een utopie. Zorgorganisaties hebben vanuit hun verantwoordelijkheid voor continuïteit van de organisatie, veelal behoefte aan inzicht hoe medewerkers hun tijd besteden. Denk hierbij aan de registratie van reistijd, opleiding en training, intervisie en overlegtijd over cliënten. De wijze waarop en de mate waarin tijd geschreven moet worden door professionals hangt niet alleen af van de eisen vanuit opdrachtgevers (contracten) maar hangt ook af van de eisen die hier vanwege interne sturing en verantwoording, door de zorgorganisatie zelf aan gesteld worden.

Op basis van die informatie kan tijd bijgestuurd worden, dit kan helpen om de bedrijfsvoering efficiënter te maken, denk aan capaciteit en efficiency, maar ook voor kwaliteitsverbetering en interne leerprocessen.

Tot slot merkt ook de cliënt iets van de toegenomen administratieve lasten. Uit onderzoek blijkt dat de cliënt merkt dat de professional bezig is met en mede gestuurd wordt door een systeemwereld van productcodes en beschikbaarheid van zorg (wachtlijsten).²² Men ervaart spanning tussen enerzijds 'de systeemwereld van productcodes en tijdschrijven' en anderzijds de waarde van 'ruimte en vertrouwen geven aan professionals'.

²² <https://www.ordz.nl/documenten/publicaties/2021/12/14/clientervaringsonderzoek>

3 MPJ en voorziene werking

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de voorziene werking van het MPJ voor de processen die we in de impactanalyse onder de loep nemen. Een deel van de voorziene werking van het MPJ volgt uit de bestudeerde documenten en interviews met de projectgroep die is belast met de ontwikkeling van het MPJ. Op een aantal onderdelen is het MPJ nog in ontwikkeling en hebben wij in overleg met de werkgroep aannames gedaan voor de voorziene werking. Daar waar wij deze aannames hebben gedaan, hebben we dit in de beschrijving weergegeven.

De voorziene werking van het MPJ is per proces beschreven in de navolgende paragrafen:

- a. Contractering;
- b. Zorgtoewijzing;
- c. Zorglevering (incl. Informatie-uitwisseling);
- d. Declaratie;
- e. Verantwoording.

Per proces beschrijven we de inrichting van het MPJ en de voorziene werking van het MPJ in de belangrijkste stappen van dat proces. De voorziene werking is beschreven aan de hand van documenten en (nog) niet vastgelegde uitgangspunten en spelregels die op basis van gesprekken met projectgroepleden in beeld zijn gebracht.

3.2 Algemene beschrijving

Het MPJ introduceert een vereenvoudigde indeling of taal voor het toewijzen en declareren van zorg voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant. Toewijzen vindt plaats op een beperkt aantal hulpvormen en prestatiecodes. Declaratie vindt plaats op kwalificatieniveau van de professional per tijdseenheid. In het ambulante deel in tijdseenheden van 15 minuten. In het groep-/verblijfdeel wordt onderscheid gemaakt tussen 'wonen': een gewone veilige verblijfssituatie enerzijds, en aanvullend 'zorg': de aanvullende ondersteuning/begeleiding/behandelcomponent anderzijds. Het 'woon'deel wordt op prestatiecode per etmaal gedeclareerd. Aanvullende 'zorg' wordt voor een cliënt als ambulante zorg gedeclareerd op basis van het kwalificatieniveau van de zorg/hulpverlener per vijftien minuten.

Op dit moment zijn in het concept 'protocol prestatiecodes Jeugdwet' de volgende prestaties en kwalificatieniveaus opgenomen:

Hulpvorm	Prestatiecode
1. Begeleiding	1.1. Persoonlijke verzorging
	1.2. Begeleiding basis
	1.3. Begeleiding specialistisch
Behandeling (2.1. en 2.2.) en Crisis (3.1) geldt voor opvoed/opgroeiproblematiek, licht verstandelijk beperkten en GGZ.	
2. Behandeling	2.1. Behandeling basis al dan niet GGZ
	2.2. Behandeling specialistisch al dan niet GGZ
3. Crisis	3.1. Crisis ambulante al dan niet GGZ
4. Groep	4.1. Groep licht
	4.2. Groep middel
	4.3. Groep zwaar
	4.4. Groep Opvang plus
5. Kindergeneeskunde	5.1. Kindergeneeskunde
6. Gezinsgericht	6.1. Gezinsgericht licht
	6.2. Gezinsgericht middel
	6.3. Gezinsgericht zwaar
7. Pleegzorg	7.1. Pleegzorg voltijd

	7.2. Pleegzorg deeltijd
8. Residentieel anders	8.1. Residentieel licht leefgroep
	8.2. Residentieel middel behandelgroep
	8.3. Residentieel zwaar 3-milieu
9. Gesloten	9.1. Jeugdzorg+
10. Vervoer	10.1. Vervoer groepsvervoer
	10.2. Vervoer individueel
	10.3. Vervoer met rolstoel
Voor Jeugdbescherming en jeugdreclassering geldt 11, 12 en 13 alleen als de gemeente gekozen heeft voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant voor jeugdbescherming en jeugdreclassering.	
11. Jeugdbescherming gedwongen kader en jeugdreclassering	11.1. Jeugdbeschermingsmaatregel en jeugdreclassering uitgevoerd door GI.
12. LET jeugdbescherming gedwongen kader	12.1. Jeugdbeschermingsmaatregel uitgevoerd door LET.
13. Jeugdbescherming vrijwillig kader	13.1. Jeugdbescherming in het vrijwillige kader uitgevoerd door een GI.

Tabel 1. Concept prestatiecodes

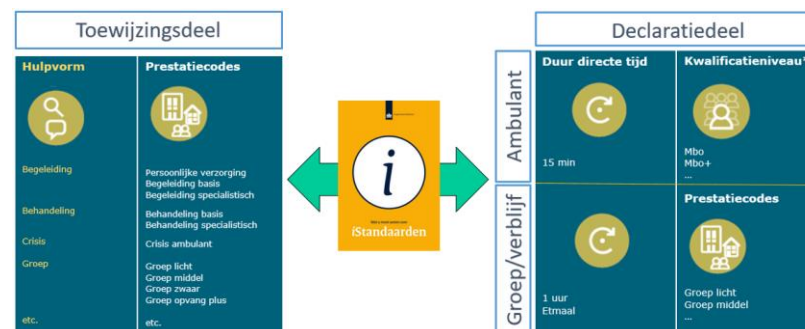
Kwalificatieniveau	Toelichting
Mbo	Afgeronde opleiding op mbo-niveau. Voorbeeld van een beroep is activiteitenbegeleider.
Hbo	Afgeronde opleiding op hbo-niveau. Voorbeeld van een beroep is jeugdzorgwerker.
Hbo+	Afgeronde opleiding op hbo-niveau met relevante werkervaring en/of aanvullende relevante opleidingen (cursussen). Voorbeeld van een beroep is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.
Wo	Afgeronde opleiding op wo-niveau. Voorbeeld van een beroep is psycholoog.
Wo +	Afgeronde opleiding op wo-niveau. Voorbeeld van een beroep is psychotherapeut.
Medisch specialist (AMS)	Een beroepsopfenaar die als medisch specialist is ingeschreven in het BIG-register. Een voorbeeld van beroep is psychiater.

Tabel 2. Concept kwalificatieniveaus

Toewijzing en declaratie hebben dus gedeeltelijk een andere 'taal', de toewijzing geschiedt op prestatiecode en de declaratie op kwalificatieniveau per prestatiecode. Via iStandaarden en berichtenverkeer wordt dit op persoonsniveau (cliënt) gekoppeld.

Zo is te volgen welke hoeveelheid van welk kwalificatieniveau geleverd is binnen een toewijzing van een cliënt.

Voor kwalificatieniveaus is gekozen omdat meer dan 80% van kosten personeelskosten zijn. Veronderstelling is dat deze niveaus vastliggen in onder meer cao's en daaruit voortvloeiende personeelskosten.



In aanvulling op het model zijn in de projectgroep mondeling drie zaken benoemd die randvoorwaardelijk zijn voor het goed laten werken van het MPJ-model. Het betreft uitgangspunten voor het ontwerp van het MPJ. Het betreft de volgende drie zaken:

Landelijke afspraken als fundament voor lokale uitvoering. En handhaving daarvan. Het MPJ gaat uit van verplichte landelijke afspraken. Daarbij gaat de werkgroep uit van een landelijk georganiseerd toezicht op het op juiste wijze toepassen van de spelregels van het MPJ. Dit kan bijvoorbeeld via de geschillencommissie sociaal domein en/of de jeugddoelgroep. De toezichthouder dient partijen aan te kunnen spreken. Dit is nodig omdat in de huidige praktijk blijkt dat zowel gemeenten als zorgaanbieders de neiging hebben af te wijken van landelijke afspraken over standaarden.

-
- a. *Aanbieders verantwoorden inzet en resultaat op aanbiedersniveau en niet op casusniveau. Verantwoording over de inhoud van zorg is primair op casusniveau tussen professional en cliënt.* In de relatie gemeente en aanbieder wordt inzet en resultaat verantwoord op aanbiedersniveau en niet op casusniveau. Het 'goede gesprek' kan dan gaan over de inzet per kwalificatieniveau en het resultaat in termen van de landelijke outcome indicatoren²³.
- b. *Berichtenverkeer en declaratiecodes alleen voor toewijzen en declareren van zorg dus niet als monitor en stuurinformatie.* In de huidige situatie blijkt dat gemeenten informatie die gebruikt wordt bij toewijzing en declaratie, ook gebruiken voor sturing en monitoring van (financiële gevolgen van) zorggebruik op individueel cliëntniveau. De projectgroep ziet dit als oneigenlijk en wil de informatie zo eenvoudig en functioneel mogelijk houden waarbij het niet de bedoeling is dat gemeenten de informatie uit het berichtenverkeer in het MPJ voor deze doeleinden gebruiken. Daarbij veronderstelt de projectgroep dat gezien de tekorten die breed voorkomen bij gemeenten, detailsturing op basis van informatie uit het berichtenverkeer tot op heden z'n meerwaarde niet heeft bewezen.

3.3 Werking per hoofdprocesstap

3.3.1 Contractering

In de contractering werken gemeenten in de aanbestedings- en contractdocumenten afspraken uit op het gebied van bekostiging, producten, de tarieven, de declaratieregels, verantwoording en sturing en control. Het MPJ gaat uit van landelijk gedefinieerde prestaties, declaratieregels en verantwoordingsregels. Deze set is vastgelegd in het protocol prestatiescodes jeugd als onderliggende set regels van een Ministeriële Regeling. Gemeenten en aanbieders gaan daarmee uit van één en dezelfde set spelregels.

Gemeenten werken in hun contracten met aanbieders uit welke van de 26 prestatiecodes ze willen contracteren bij de betreffende (groep van) aanbieders. Dit kan een groot deel van deze codes zijn bij aanbieders die verschillende zorgprestaties leveren, of één code voor aanbieders die een beperkte aantal zorgprestaties leveren. De gemeente kan in de aanbestedingsdocumenten percelen definiëren waarin per perceel de set aan zorgprestaties is vastgelegd.

Binnen een prestatiecode kunnen verschillende professionals actief zijn en verschillende diensten worden aangeboden. In het contract leggen gemeente en aanbieder vast wat het tarief is voor de direct cliëntgebonden tijd van een bepaald kwalificatieniveau van een zorgprofessional voor een bepaalde prestatiecode. In het contract kunnen gemeenten en aanbieders ervoor kiezen om een bepaald kwalificatieniveau uit te sluiten van een bepaalde zorgprestatie bijvoorbeeld omdat het niet logisch is dat het betreffende kwalificatieniveau zorg levert in die betreffende prestatie. De opstellers van het MPJ gaan er hierbij echter wel vanuit dat het uitsluiten van kwalificatieniveaus terughoudend wordt toegepast zodat de aanbieder maximale vrijheid heeft om een passend kwalificatieniveau in te zetten voor de activiteiten.

In de contractering leggen gemeenten en aanbieders de overeengekomen tarieven vast. Het tarief in het contract is in het MPJ gekoppeld aan een kwalificatieniveau of prestatiecode met verblijf. Het staat gemeenten vrij om tarieven voor kwalificatieniveaus te differentiëren tussen aanbieders, tussen prestaties of tussen percelen met zorgprestatie(s).

De gemeente contracteert tarieven voor de directe tijd. Dit betekent dat in dit tarief de indirect cliëntgebonden tijd en andere indirecte tijd als opslag is verwerkt. Per prestatie en/of kwalificatieniveau kunnen deze opslagen verschillen waardoor het mogelijk is dat gemeenten verschillende tarieven per prestatie en kwalificatieniveau gaan hanteren.

²³ <https://www.nji.nl/monitoring/outcome-indicatoren>

Het MPJ gaat uit van zogenaamde reële tarieven. Reëel betekent dat deze een goede afspiegeling vormen van de alle kosten die zijn gemoeid met de levering van de zorg. De borging van de definitie van het begrip 'reële tarieven' is geregeld in de AMvB reële prijs Jeugdwet. Deze is ten tijde van het uitvoeren van dit onderzoek nog in voorbereiding en valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

3.3.2 *Zorgtoewijzing*

De toegangsmedewerker van de gemeente of de zorgprofessional van de aanbieder (bij verwijzing van de huisarts) wijst op basis van een zorgvraag een prestatie toe aan de cliënt inclusief een geldigheid (van- en tot-datum). De gemeente stuurt bij akkoord een bevestiging van deze toewijzing. Omdat er een beperkte landelijke set van prestatiecodes is en er op een hoger abstractieniveau wordt toegewezen, nemen de opstellers van het MPJ aan dat dit proces efficiënter is, de doorlooptijd korter en dat het aantal herindicaties zal afnemen. Het is ook mogelijk om specifiek toe te wijzen (dus voor meerdere prestatiecodes),

Het MPJ maakt een beweging naar minder en dus ruimere categorieën voor toewijzing van zorg (de prestatiecodes) en gaat er vanuit dat zorgprofessionals (en hun organisaties) deskundig zijn om te doen wat nodig is om gezamenlijk met de cliënt opgestelde behandeldoelen te realiseren. Bij dat vertrouwen in zorgprofessionals past een vorm van toewijzen die ruimte laat aan die professional om te doen wat nodig is, vergelijkbaar met het a-specifiek toewijzen zonder maximum budget. Met het MPJ wordt echter alleen de verwijzingstaal (prestatiecodes) gewijzigd. Het blijft voor gemeenten mogelijk om voorwaarden aan de toewijzing in het berichtenverkeer toe te voegen zoals een maximum budget.

3.3.3 *Zorglevering*

Zodra de zorgtoewijzing heeft plaatsgevonden, levert de aanbieder de zorg aan de cliënt. Administratief gebeurt dit dan binnen het kader van de toegewezen prestatiecode. De professionals die de zorg leveren bij een aanbieder zijn door hun werkgever op basis van diploma's en ervaring (in de praktijk verworven competenties) ingedeeld in het bijpassende kwalificatieniveau. Iedere professional heeft daarmee een 'eigen' code. De professional schrijft de uren die zijn besteed aan de betreffende cliënt op zijn of haar code. Voor ambulante hulp schrijft de professional uitsluitend de zogenaamde direct cliëntgebonden tijd ten behoeve van declaratie- en verantwoordingsdoelstellingen in tijdseenheden van vijftien minuten zoals is opgenomen in het contract. De professionals hoeven voor de declaratie geen indirect cliëntgebonden tijd of andere activiteiten te administreren. Deze werkwijze is voor iedere cliënt (ongeacht de herkomst gemeente) gelijk.

Hiernaast merkt de professional tijdens de zorglevering dat er minder vaak gewacht moet worden op een akkoord van de gemeente bij een veranderende hulpvraag omdat, zolang de hulpvraag binnen de brede beschikte prestatiecode valt, de oorspronkelijke toewijzing blijft gelden.

Omdat de declaratie binnen het MPJ enkel is gebaseerd op directe tijd is het in principe mogelijk om de planning te gebruiken voor de declaratie. Dit kan als de tijdsblokken in de agenda van de professional gebaseerd zijn op de spelregels van het MPJ en daarmee direct de basis vormen voor een declaratie. In dat geval hoeft de professional administratief alleen aan te geven dat de patiënt is geweest.

3.3.4 *Declaratie*

In het MPJ zijn twee vormen van declaratie mogelijk: declaratie van ambulante zorg en declaratie van verblijfszorg.

Ambulante zorg | Bij ambulante vormen van zorg wordt een tijdseenheid (directe cliëntgebonden tijd) per vijftien minuten gedeclareerd per kwalificatieniveau per prestatiecode. Per aan een cliënt toegewezen prestatiecode, wordt de direct cliëntgebonden tijd administratief per kwalificatieniveau aan deze prestatiecode gekoppeld. Per prestatiecode is daarmee inzichtelijk hoeveel tijd ieder kwalificatieniveau heeft geschreven. Dit vormt – samen met het gecontracteerde tarief per kwalificatieniveau -de basis voor de declaratie van de kosten aan de gemeente.

Verblijfszorg | Voor verblijfsproducten geldt dat declaratie plaatsvindt op de prestatiecode waarop is toegewezen, declareren wordt hier gedaan in blokken van een uur (groep) of een etmaal (verblijf). Eventuele extra individuele jeugdhulp die geleverd wordt, wordt apart gedeclareerd volgens de declaratiewijze voor ambulante hulp (op kwalificatieniveau en per kwartier).

De dagen die een cliënt verblijft in verblijfszorg legt de aanbieder vast in de administratie. Deze registratie vormt de basis voor de declaratie.

De declaratiewerkwijze is voor iedere aanbieder en gemeente die met het MPJ werkt hetzelfde.

3.3.5 Verantwoording

Het MPJ gaat ervan uit dat financiële verantwoording van geleverde zorg plaatsvindt op basis van geleverde uren per kwalificatieniveau per toewijzing van een cliënt. Het MPJ maakt daarbij gebruik van de al bestaande iStandaarden voor verantwoording, zij het dat deze dan worden aangepast op het MPJ. Het MPJ beoogt daarmee niets wezenlijks te veranderen aan de verantwoording. Rechtmatigheid van zorg kan op dezelfde wijze worden vastgesteld als in de huidige situatie.

3.3.6 Sturing & control, beleid en contractmanagement

Het MPJ kent een aantal veronderstellingen over de wijze van sturing op de jeugdhulp en uitgaven. De ontwerpgedachte van het MPJ is gebaseerd op de volgende principes:

- a. Gemeenten monitoren de inzet van jeugdhulp op groepen van cliënten, op het niveau van prestatiecodes en (eventueel) in relatie tot het overeengekomen totaalbudget voor een groep van cliënten. Gemeenten monitoren de zorg niet op het niveau van een individuele cliënt;
- b. Gemeenten hebben de mogelijkheid om vergelijkingen uit te voeren (benchmark) op het niveau van de prestatiecodes tussen verschillende aanbieders, tussen gemeenten en regio's. Dat levert een beeld op van de samenstelling van de ingezette professionals (kwalificatieniveaus), de bestede behandeltijd en de duur van de ingezette zorg waarbij de gemeente kan kijken wat de overeenkomsten en verschillen zijn. De veronderstelling van het MPJ hierbij is dat de personele lasten immers de grootste veroorzakers zijn van de kosten in de jeugdhulp;
- c. Op basis van de inzichten uit a. en b. is een gemeente in staat om te leren over de inzet van jeugdhulp en kan in gesprek met een aanbieder bijsturing plaatsvinden over de inzet van professionals, bestede behandeltijd en duur van de jeugdhulp. Het uitgangspunt hierbij is dat op basis van het gezamenlijke inzicht consensus wordt gevormd over de (eventuele) acties voor bijsturing in de zorg en daarmee in de uitgaven. Wel kan een gemeente budgettaire grenzen in de overeenkomst opnemen voor het totaal te leveren zorg in een bepaalde prestatiecode, of op het niveau van de aanbieder als geheel. De gedachte in het MPJ is om budgettaire grenzen op casusniveau (individueel niveau van de cliënt) – en daarmee sturing op het niveau van de cliënt – te vermijden, maar het MPJ sluit het maken van deze vorm van afspraken, gefaciliteerd via het berichtenverkeer, niet uit.

Er zijn ook gevolgen voor het contractmanagement. Het gesprek dat gemeenten en aanbieder periodiek voeren over geleverde zorg en andere contractafspraken, zal op basis van andere informatie gevoerd worden. De veronderstelling is dat het MPJ het gesprek meer zal gaan over 'juiste inzet van de juiste kwalificatieniveaus' terwijl het minder zal gaan over individuele gevallen of over (sub)producten. De verwachting is dat er daardoor meer ruimte zal zijn voor 'het goede gesprek' over 'de bedoeling' van het stelsel en de hulp. Opstellers van het MPJ beogen daarbij dat het inzicht in de ingezette zorg (hoeveelheid uren per kwalificatieniveau) dat voortvloeit uit het MPJ gecombineerd gaat worden met de outcome indicatoren. Daarmee kunnen gemeente en zorgorganisatie een meer evenwichtig gesprek voeren over de ingezette zorg en het daarmee behaalde 'resultaat'.

4 Impact MPJ ten opzichte van de huidige situatie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk richten we ons op verschillen tussen de huidige situatie en de voorziene werking van het MPJ, zoals omschreven in hoofdstuk 3, per processtap voor gemeenten die op dit moment gebruikmaken van inspanningsgerichte bekostiging. Ook beschrijven we daarbij mogelijke interpretatie(s) van gemeenten over het MPJ. In tekstblokken geven we waar relevant per processtap de vragen van de focusgroepen. Tot slot kijken we naar de impact voor zorgprofessionals en de impact op ondersteunende processen voor andere rollen (inkopers, administratie, controllers, contract- en leveranciersmanagement, verantwoording, beleid, et cetera).

4.2 Contractering

Binnen de hoofdprocesstap 'contracteren' vinden verschillende subprocessen of -activiteiten plaats²⁴. We onderscheiden binnen 'contracteren' de volgende vijf subprocessen:

- 1.1. Producten en kwaliteitseisen definiëren;
- 1.2. (Administratieve) spelregels afspreken;
- 1.3. Tarieven onderbouwen en vaststellen;
- 1.4. Overig: instructie toegang, budgetgrenzen, innovatie/transformatie, etc;
- 1.5. Vastleggen afspraken in contracten en in systemen.

In **stap 1.1**, vervalt met de invoering van het MPJ de noodzaak om gemeentelijk of samen met meerdere omliggende gemeenten te komen tot een nieuw productenboek van te leveren en te contracteren producten. Door de landelijke standaard met

omschrijvingen van de prestaties is er al goede basis waarvan gemeenten vervolgens een lokale vertaling maken met lokale eisen en kwaliteitscriteria. Dit zorgt ervoor dat het voor de gemeente eenvoudiger wordt om (gezamenlijk) een lokaal productenboek op te stellen. Het MPJ gaat uit van een landelijk aantal van 23/26 prestatiecodes zoals in hoofdstuk 3.2 beschreven.

Verschillende deelnemers van de focusgroepen vragen zich af of de prestatiecodes zodanig gedefinieerd zijn dat gemeenten (en aanbieders) er hetzelfde mee om gaan. Men ziet als risico dat gemeenten verschillende interpretaties maken van begrippen als licht, midden en zwaar. Dit geldt voor de hulpvormen 'groep', 'gezinsgericht' en 'residentieel'. Hetzelfde is het geval voor het onderscheid tussen basis en specialistisch bij de hulpvormen 'begeleiding' en 'behandeling'. Interpretatieruimte kan leiden tot situaties waarin een zorgaanbieder alsnog per contractpartij zal moeten kijken welke prestatiecode van toepassing is.

In het protocol prestatiecodes jeugd zijn de omschrijvingen van de prestatiecodes bewust op hoofdlijnen gehouden. De praktijk heeft namelijk geleerd dat meer definities of scherpere definities tot op heden voornamelijk heeft geleid tot meer productcodes.

Ten tijde van het onderzoek zijn deze voorlopig uitgewerkt in het protocol. Bij de prestaties gezinsgericht, groep en residentieel maakt het MPJ onderscheid naar groepsgrootte. Bij de prestaties behandeling en specialistisch maakt het MPJ onderscheid naar enkelvoudige en meervoudige problematiek. Na de door het

²⁴ Een visuele weergave van de subprocesstappen per hoofdprocesstap treft u in bijlage 1.

ministerie van VWS uit te voeren internetconsultatie over het MPJ kan dit nog leiden tot aanscherping van de beschrijving van de prestatiecodes.

Gemeenten geven aan dat de eenmalige vertaling van de huidige producten naar prestaties (eenmalig) arbeidsintensief zal zijn. Dit kan ook wisselen per gemeente omdat er een spreiding is in het aantal productcodes per contract/gemeente. De gemeenten beschikken niet altijd over alle informatie om een goede vertaling te maken en vragen dan waarschijnlijk informatie op bij de aanbieders om de vertaling van de huidige naar de nieuwe situatie te kunnen doen. Het is volgens deze gemeente wenselijk dat bij de invoering ondersteuning wordt geboden bij deze conversie (zoals het verzamelen en delen van best practices, het opstellen van richtlijnen en/of indien mogelijk het opstellen van een landelijk 'was-wordt'-tabel of tool voor conversie zodat de huidige veelheid aan producten op verschillende plaatsen in het land op dezelfde wijze worden toegewezen aan een prestatiecode). Overigens gelden dergelijke inspanningen bij alle nieuwe werkwijzen die gemeenten introduceerden de afgelopen jaren en zijn deze derhalve niet uniek voor de introductie van het MPJ.

In **stap 1.2** legt de gemeente de (administratieve) spelregels vast die gelden tussen gemeente en aanbieders. Doordat wordt uitgegaan van een landelijke set aan spelregels die voor iedereen gelijk zijn, betekent dit met name voor aanbieders dat zij in contracten met verschillende gemeenten dezelfde spelregels hebben. Ten tijde van de implementatie in diverse gemeenten en regio's vraagt dit – net als bij alle wijzigingen van de systematiek voor bekostiging - tijd en aandacht om deze systeemwijziging goed in te regelen. Op termijn als steeds meer gemeenten en aanbieders met het MPJ gaan werken neemt de herkenbaarheid en het leereffect toe en daarmee de investering navenant af. Dit levert met name voordeel op voor aanbieders die met veel gemeenten of regio's te maken hebben.

In **stap 1.3** onderbouwt de gemeente de tarieven en stelt deze vast. Dit moet zowel in de huidige als in de nieuwe situatie gebeuren. Voor de nieuwe situatie is daarbij de AMvB reële prijs jeugd van belang (in lijn met convenant bevorderen continuïteit jeugdhulp)²⁵, die overigens ook gaat gelden voor de andere uitvoeringsvarianten. Een eventuele impact vloeit niet zozeer voort uit het MPJ, maar als gevolg van de inwerkingtreding van deze AMvB. Volgens deze AMvB moeten gemeenten de tarieven onderbouwen waarbij de opslagen, zoals de opslag van indirecte tijd, inzichtelijk moet worden gemaakt. Gemeenten beschikken veelal niet over deze informatie en zullen, net zoals bij de Wmo, waarschijnlijk kostprijsonderzoeken uitvoeren waarbij aanbieders worden gevraagd om een inschatting te geven van deze opslagen. Het kan zijn dat, mede om die reden, aanbieders indirecte tijd gaan registreren ook al is dat niet vereist vanuit het MPJ. Verderop komen we terug op een mogelijke andere reden voor aanbieders om toch naast de directe cliëntgebonden tijd ook andere tijdsregistraties uit te voeren.

Gemeenten moeten op een andere manier dan de huidige situatie tarieven onderbouwen omdat er geen tarief per product maar een tarief per kwalificatieniveau wordt vastgesteld. De onderliggende kostprijsparameters zijn min of meer dezelfde

²⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2021/07/01/convenant-bevorderen-continuïteit-jeugdhulp>

als in de huidige situatie. Het MPJ gaat uit van een tarief per tijdseenheid (etmaal, uur, vijftien minuten) directe tijd. Zoals in hoofdstuk 3.2 is beschreven, bevat dit tarief opslagen voor indirecte cliëntgebonden tijd en indirecte niet-clientgebonden tijd en andere tijd- of kostenopslagen.

Onderligger voor tarieven en de declaratie is dat het personeel van zorgaanbieders door de zorgaanbieder moet worden ingeschaald op **kwalificatieniveau**. In het MPJ stellen zorgaanbieders ook het opleidingsniveau vast en op welk niveau een medewerker mag functioneren. En er is ook een mogelijkheid om in de praktijk verworven competenties te laten toetsen en vast te leggen. Hierbij kan worden aangesloten bij de kwalificatieniveaus die onderscheiden worden in de Cao jeugdzorg. Ook de na- en bijscholingsvereisten voor beroepsregistratie voor het SKJ en BIG zijn per kwalificatieniveau bepaald.

Vanuit de focusgroepen is een aantal aandachtspunten benoemd over het werken met **kwalificatieniveaus**:

- a. De koppeling van kwalificatieniveau aan tarieven vereist dat deze zuiver in de administratie zijn verwerkt. In de huidige situatie is men daar minder strikt in en vinden administratieve aanpassingen veelal later plaats en minder frequent dan het moment waarop een verandering plaatsvindt.
- b. Het kwalificatieniveau mbo+ is (vooralsnog) niet in het model opgenomen. Vanuit het belang van erkenning voor deze groep professionals is aangegeven te overwegen deze wel toe te voegen ook al maakt dit in de tariefstelling naar verwachting niet zoveel uit.
- c. Het MPJ laat ruimte aan gemeenten om bij een prestatiecode bepaalde kwalificatieniveaus uit te sluiten in het contract. Hierdoor kunnen verschillen tussen gemeenten over gecontracteerde kwalificatieniveaus per prestatiecode ontstaan die mogelijk kunnen leiden tot inefficiëntie aan de

kant van aanbieders. In de huidige situatie is het ook mogelijk dat de gemeente bepaalde kwalificatieniveaus uitsluit in de gecontracteerde functiemix. Aanbieders kunnen mogelijk voor een eigen intern product niet vrij kiezen uit de professionals die ze mogen inzetten. Ook levert dit een risico op voor het goed onderling kunnen vergelijken van inzet van kwalificatieniveaus tussen aanbieders of gemeenten.

In de focusgroepen is ook stilgestaan bij de keuze in het MPJ om tarieven per tijdseenheid **directe tijd** te gebruiken. Kenmerk van de jeugdzorg is dat de mate van directe cliëntgebonden tijd sterk afhankelijk is van de context waarin de hulp wordt geleverd, type doelgroep dat de aanbieder bedient en organisatie van de inzet van verschillende professionals (kwalificatieniveaus). Het gevolg is dat de mate van indirect cliëntgebonden tijd per professional en per kwalificatieniveau sterk kan verschillen. Sommige type jeugdhulp wordt verleend op basis van een voorgeschreven methodiek (al dan niet *evidence based*) waarin veel multidisciplinair overleg plaats vindt tussen professionals of er veel reflectie tussen professionals een noodzaak is. Dit kan tot situaties leiden waarin het tarief voor bepaalde specifieke kwalificatieniveaus in een prestatiecode – als gevolg van een hoge opslag voor indirecte uren - heel hoog lijken²⁶ en sterk kan verschillen tussen aanbieders of bepaalde prestatiecodes. Dit kan mogelijk resulteren tot een sterk gedifferentieerde tariefstructuur die verschilt per aanbieder of prestatie.

Aandachtspunt hierbij is dat gemeenten in de huidige situatie veelal werken met één tarief per productcode waarbij het de vraag is of dit zonder meer mogelijk is in het MPJ (een tarief per prestatie-kwalificatieniveau). Een ander aandachtspunt betreft de uitlegbaarheid van (substantiële) tariefverschillen aan bijvoorbeeld raadsleden, omdat zij de systematiek achter deze verschillen niet eenvoudig kunnen doorgronden. Dit is een aandachtspunt bij de verdere implementatie.

²⁶ De uiteindelijke kosten voor de geleverde zorg zijn in principe niet hoger of lager zijn dan in de huidige situatie maar er kan een beeld ontstaan dat sommige aanbieders (te) hoge tarieven rekenen.

Tot slot voorziet men dat de gemeente een groot aantal tarieven blijft houden zoals dat nu voor de diversiteit aan producten het geval is. Dit komt omdat per zorgorganisatie de **overhead** c.q. coördinatiekosten wordt bepaald en als overheadcomponent wordt verwerkt in het tarief per direct zorguur. Dit zal resulteren in verschillende tarieven per aanbieder binnen dezelfde prestatie. Voorbeeld is de hbo+’er die zowel behandeling levert in een intramurale setting als in een wijkteam c.q. outreachende werkwijze. Aan een outreachende werkwijze zijn nu eenmaal meer indirecte uren verbonden. In dit licht is ook de vraag gesteld of niet aangesloten kan worden bij de ‘setting’ van het ZPM zodat de opslagen per type aanbieder eenduidig zijn. Op dit moment is dit niet voorzien.

Een ander genoemd aandachtspunt betreft de definitie van ‘directe tijd’. De definitie – of de interpretatie van de definitie – van directe tijd zou zich alleen kunnen richten op ‘face-to-face’ tijd die de professional besteedt met de cliënt. Dit zou ertoe kunnen leiden dat aanbieders en professionals begeleiding en behandeling dan zo veel mogelijk gaan uitvoeren via face-to-face contact terwijl er ook andere manieren van behandeling zijn of worden ontwikkeld. Bij de uitwerking en implementatie van het MPJ dient hierbij te worden stil gestaan.

In **stap 1.4** worden andere afspraken concreet gemaakt bijvoorbeeld over innovatie / transformatie, budgetgrenzen, etc. Het MPJ wijzigt hier in beginsel niets in. De bedoeling van het MPJ is dat het niet nodig is om vooraf budgetafspraken te maken per prestatiecode maar wel het goede gesprek te hebben over de inzet van kwalificatieniveaus in combinatie met het geleverde resultaat. Het staat de gemeente/regio vrij om bij het MPJ ook budgetafspraken te maken op casus- en/of aanbieder niveau. Het MPJ introduceert primair een andere taal van toewijzen en declareren. Afspraken over innovatie, transformatie en budgetgrenzen maken gemeenten in de nieuwe ‘taal’ van het MPJ. De introductie van het MPJ lijkt vooralsnog beperkt van invloed te zijn op de inhoud van afspraken over innovatie en transformatie.

In **stap 1.5** worden de afspraken vastgelegd in contracten en wordt het contract getekend. De (relevante) inhoud van de contracten wordt vastgelegd in de systemen van gemeente en aanbieders. De huidige productprijsmatrix wordt een prestatiecode-kwalificatieniveau-prijs-matrix en wordt dus een matrix met drie dimensies. Deze moet na het definitief worden van de contracten door gemeente en aanbieders worden verwerkt in systemen. De eerste keer zal dit meer werk zijn dan bij voortzetting van de huidige situatie, net als bij iedere systeemwijziging. In de periode daarna neemt de investeringstijd af omdat de administratieve organisaties al zijn ingericht op de werkwijze van het MPJ. Het zijn vooral de tarieven die wijzigen bij een nieuwe contractperiode en mogelijk de te contracteren prestatiecodes of perceeldefinities. Voor zorgaanbieders die in meerdere regio’s leveren, levert het voordeel op dat prestaties en kwalificaties voor alle regio’s en gemeenten hetzelfde zijn zodat zij maar één keer hun administratieve organisatie hierop hoeven aan te passen. In paragraaf 4.9 komen we nog terug op de impact van het parallel hanteren van verschillende uitvoeringsvarianten.

4.3 Zorgtoewijzing

Binnen de hoofdprocesstap ‘zorgtoewijzing’ vinden verschillende subprocessen of -activiteiten plaats. We onderscheiden binnen ‘zorgtoewijzing’ de volgende vijf subprocessen:

- 2.1. Aanvragen jeugdhulp;
- 2.2. Beoordelen aanvraag;
- 2.3. Verzoeken om toewijzing (bij niet gemeentelijke verwijzers);
- 2.4. Toewijzen/afwijzen jeugdhulp;
- 2.5. Verzoek tot wijziging (incl. beoordeling, toewijzing/afwijzing jeugdhulp).

In stap 2.1 verandert er niets als gevolg van het MPJ. Het aanvragen van hulp blijft hetzelfde. Alleen de verwijzing of bepaling welke hulp er nodig is, wordt eenvoudiger omdat er minder prestatiecodes zijn ten opzichte van de huidige situatie waar naar kan worden verwezen. In stap 2.2 wordt de aanvraag beoordeeld. Dit wijzigt niet. Ook in de nieuwe situatie vinden deze activiteiten plaats.

In stap 2.3 wordt een verzoek om toewijzing gedaan. Dat vindt bij het MPJ plaats in een eenvoudigere taal met ten opzichte van de huidige situatie veel minder categorieën: de toewijzing vindt plaats door de hulpvraag te koppelen aan één van de 26 prestatiecodes in plaats van de een van de gecontracteerde productcodes. Voor de zorgprofessional is het daarmee eenvoudiger om de juiste prestatiecode te selecteren. Vanwege de eenheid in taal (prestatiecode) en omschrijving op hoofdlijnen van de prestatie hoeft de professional minder (of geen) zoekwerk te verrichten naar de juiste prestatie bij het verwerken van administratie over de uitgevoerde begeleiding of behandeling en vindt er naar verwachting minder discussie plaats over de 'correcte' code.

In stap 2.4 vindt toewijzing plaats van de aangevraagde jeugdzorg. De taal van de toewijzing is gewijzigd met het MPJ. Aan de wijze van toewijzen of de vorm waarin wordt toegewezen verandert niets. Ook met het MPJ kan een gemeente zoals nu (i) specifiek toewijzen (ii) specifiek toewijzen zonder maximum budget voor een prestatie categorie. (iii) specifiek toewijzen met een maximum budget voor een prestatie categorie. (iv) generiek toewijzen met een maximum budget zonder prestatie categorie. NB: het specifiek toewijzen (ad i) van het MPJ is vergelijkbaar aan het a-specifiek toewijzen in de huidige situatie. In plaats van productcategorie wordt een prestatiecode toegewezen en in plaats van een product wordt een kwalificatieniveau binnen de prestatiecode gedeclareerd.

Stap 2.5 komt in de huidige situatie met enige regelmaat voor gedurende de zorglevering. Hiervan zijn geen landelijke getallen bekend, wel is bekend dat dit bij enkele gemeenten het om tussen de 4% en 11% van de toewijzingen gaat, zie ook 2.3.3. De verwachting is dat met het MPJ het aantal verzoeken tot wijziging zal afnemen. Verzoeken tot wijziging moeten worden beoordeeld en toegewezen of afgewezen. Hier gaan we in de hoofdprocesstap 'zorglevering' op in bij de subprocesstap 3.5 'bijstellen zorg of afsluiten zorg'.

4.4 Zorglevering

Binnen de hoofdprocesstap 'zorglevering' vinden verschillende subprocessen of activiteiten plaats. We onderscheiden binnen 'zorglevering' de volgende vijf subprocessen:

- 3.1. Vaststellen aanwezigheid legitimatie en opstellen zorgplan;
- 3.2. Inplannen zorgmomenten en levering van zorg;
- 3.3. Registratie van geleverde zorg;
- 3.4. Evaluatie van zorg;
- 3.5. Bijstellen zorg óf afsluiten zorg.

In de stappen 3.1 en 3.2 wijzigt er niets als gevolg van het MPJ ten opzichte van de huidige werkwijze.

In stap 3.3 registreert de zorgprofessional de geleverde zorg. De tijd die aan het leveren van zorg besteed wordt, wordt vastgelegd en gekoppeld aan de cliënt en zijn 'legitimatie' (toewijzing, verleningsbesluit). Veelal wordt ook de indirecte cliëntgebonden tijd vastgelegd en gekoppeld aan cliënt maar dit is niet nodig voor het MPJ.

Registratie van zorg kan zowel in de huidige situatie indien voor de producten enkel directe tijd geschreven mag worden als in het MPJ via (i) planning = realisatie (ingeplande afspraken worden gebruikt om declaratieregels op te baseren), (ii) planning = realisatie tenzij (een professional kan kiezen om handmatig een wijziging door te voeren in planning = realisatie), (iii) realisatie (dat wil zeggen tijdschrijven).

Volgens de ontwerpgedachte (zie paragraaf 3.3.6) van het MPJ is het niet nodig om de prestatie te limiteren op een maximaal budget per prestatie maar de mogelijkheid wordt technisch niet afgesloten en het werken met 'streefwaarden' maakt onderdeel uit van de filosofie. Het is op voorhand niet in te schatten in welke mate gemeenten die een maximum budget per product hanteren dit overnemen naar een maximum budget per prestatiecode met als achterliggende gedachte voldoende financiële grip te houden. In dat geval zal de

zorgprofessional, net als in de huidige situatie, moeten controleren of er voor de cliënt voldoende budget heeft om de zorg te leveren. Bij een niet toereikend budget moet contact worden opgenomen met de gemeente voor een aangepaste toewijzing.

In de situatie waarin het MPJ is ingevoerd hoeft de professional alleen in het cliëntdossier bestede directe tijd te registreren. Het kwalificatieniveau van de professional is bekend. Het is vervolgens de backoffice die, geautomatiseerd, op basis van die registratie in het cliëntdossier de zorg kan koppelen aan een prestatiecode (contractregel) en een tarief. Voor professionals die zelfstandig werken of in dienst zijn bij een kleine zorgorganisatie kan dit proces minder gefaciliteerd zijn. Door invoering van het MPJ zijn er minder prestatiecodes en heeft elke professional een eigen kwalificatieniveau.

In de focusgroepen kwam de vraag hoe een aanbieder moet omgaan met de volgende situatie:
Een cliënt heeft de prestatiecode begeleiding basis waarbij kwalificatieniveaus tot max hbo zijn goedgekeurd door de gemeente. De aanbieder heeft alleen op het moment dat de begeleiding nodig is enkel een professional met een wo-kwalificatieniveau beschikbaar.
Kan de aanbieder deze professional inzetten en op welk kwalificatieniveau wordt de inzet van deze medewerker vervolgens gedeclareerd?
De veronderstelling in het MPJ is dat een aanbieder een professional kan inzetten als deze een hoger kwalificatieniveau heeft. Conform contractafspraken zal de inzet dan niet op wo, maar op hbo-niveau worden vergoed. Omgekeerd mag dat niet.

Wat eveneens verandert met het MPJ is dat er genormeerde tijdseenheden vastgelegd zijn in het MPJ. Het betreft etmalen, uren of kwartieren (vijftien minuten). Voor bepaalde onderdelen in de zorg moeten professionals in de huidige situatie gedetailleerd tijd schrijven (ten behoeve van declaratie) en kunnen registratievereisten per gemeente of regio verschillen. Registratie per minuut komt nu

nog voor. Dit vervalt in de nieuwe situatie door de genormeerde tijdseenheden. Tijdschrijven voor de zorgprofessional wordt daarmee eenvoudiger.

Voor de declaratie in het MPJ is het niet langer nodig om andere tijd dan de direct cliëntgebonden tijd te schrijven. De vraag is of na invoering van het MPJ zorgaanbieders deze werkwijze ook gaan hanteren. Zoals in paragraaf 2.4 aangegeven, zouden zorgaanbieders vanuit bedrijfsvoeringsoptiek ook aan hun zorgprofessionals kunnen vragen om meer informatie over bestede tijd te registreren. Dit blijkt ook uit de gesprekken met de focusgroepen. Het is daarmee niet uitgesloten dat ondanks dat het voor de declaratie niet nodig is, de zorgaanbieder zelf toch van haar professionals vraagt om de tijd te schrijven op interne codes voor bijvoorbeeld indirect cliëntgebonden tijd, reistijd, opleidingstijd, et cetera. Tegelijkertijd zijn er wel twee voorbeelden, GGZ organisaties, die werk gemaakt hebben van het stoppen met (vermijdbaar) tijdschrijven. De medewerkers geven in één van deze gevallen aan zo'n 90 minuten minder tijd te besteden aan tijdschrijven per week. De kans is groot dat de vrijgekomen tijd wordt opgevuld met andere activiteiten, zoals iets langer spreken met cliënten of andere indirecte werkzaamheden. Ook is het mogelijk dat medewerkers de tijd schreven in hun eigen tijd. Hoe dit er ook uit zal gaan zien: het tijdschrijven wordt met de introductie van het MPJ eenvoudiger omdat er zoals bij het opstellen van het beoogde model geen verschillen per gemeenten meer zijn.

Bij verblijfszorg geldt dat als professionals extra individuele behandeling of begeleiding leveren, zij dit moeten registreren zoals ook de ambulante zorg geregistreerd wordt. Met verblijf zonder extra behandeling is er een vergoeding/prijs per etmaal.

In **stap 3.4** wijzigt er in beginsel niets. De zorg wordt periodiek geëvalueerd. De evaluatie kan drie uitkomsten hebben. De zorg wordt ongewijzigd voortgezet (A). De zorg moet worden bijgesteld (B). Dit kan binnen de bestaande toewijzing en het verleningsbesluit maar kan ook de grenzen van de huidige toewijzing overschrijden. Tot slot kan ook tot het afsluiten van de zorg besloten worden (C).

In **stap 3.5** geven professionals gevolg aan de uitkomsten van de evaluatie van zorg. Bijstellen van toegewezen zorg komt in de huidige situatie regelmatig voor omdat de toewijzing heeft plaatsgevonden op een specifiek en afgebakende productcode. Bij wijzigingen in de zorg komt het voor dat er dan sprake is van een ander zorgproduct (andere productcode). In dat geval wordt dan een verzoek tot wijziging gedaan. Dit kan betrekking hebben op de productcode maar ook op de duur/lengte, et cetera. Met het MPJ zal minder vaak bijstelling van toegewezen zorg nodig zijn omdat de prestatiecodes ruimere categorieën zijn in vergelijking met de huidige productcodes. Voor andere verzoeken tot wijziging bijvoorbeeld op budget/duur/lengte zien we geen impact van het MPJ. Maar volgens de ontwerpgedachte van het MPJ zullen gemeenten deze beperkingen (budget/duur/lengte) minder hoeven in te zetten waardoor eventuele verzoeken tot wijziging van deze beperkingen minder nodig zijn. Het is op dit moment niet mogelijk om op landelijk niveau de inhoud van het huidige berichtenverkeer te analyseren (de eventuele restricties aan een toewijzing) waardoor we geen inzicht hebben in het huidig aantal toewijzingen met beperkingen (budget/duur/lengte). Dit beeld komt overeen met het vooronderzoek van CBS naar de mogelijkheden om het berichtenverkeer te gebruiken voor beleidsinformatie²⁷.

²⁷ <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2022/21/vooronderzoek-gebruik-ijw-berichten-voor-statistiek>

4.5 Declaratie

Binnen de hoofdprocesstap 'declaratie' vinden verschillende subprocessen of -activiteiten plaats. Binnen 'declaratie' onderscheiden we de volgende vijf subprocessen:

- 4.1. Declaratie opstellen en versturen;
- 4.2. Beoordelen declaratie;
- 4.3.a. Afwijzen declaratie;
- 4.3.b. Betalen declaratie;
- 4.4. Controle en correctie afgewezen declaratie;
- 4.5.a. Beoordelen en afwijzen declaratie;
- 4.5.b. Beoordelen en betalen declaratie.

In **stap 4.1** is het de zorgorganisatie die de declaratie samenstelt en verstuurt naar gemeenten. In de huidige situatie gebeurt dit op basis van bestede tijd gekoppeld aan een productcode die valt binnen de toewijzing van de cliënt. Het tarief hangt aan het product. Met invoering van het MPJ vindt dit plaats op directe tijd (genormeerde eenheden) van professionals met een kwalificatieniveau en daaraan gekoppeld tarief waarin indirecte tijd en overheadcomponenten zijn verwerkt. Om tot genormeerde tijden te komen moeten er spelregels bekend zijn over het af- of opronden naar genormeerde tijdseenheden. Wordt een contact van 10 minuten met de cliënt afgerond naar een kwartier? En wat doe je bij een contact van 50 minuten? Voor de zorgadministratie van de aanbieder is het MPJ eenvoudiger in te regelen voor de declaratie omdat enkel directe tijd gedeclareerd mag worden en hier geen variatie tussen gemeenten en/of /contracten zitten. Er vindt wellicht nog een (automatische) check plaats op of het kwalificatieniveau de desbetreffende zorg volgens contract mag leveren. Daarna wordt de declaratie verstuurd naar de gemeente.

De declaratie vindt net als allerlei berichten over start en stop zorg plaats via het berichtenverkeer. Het totaal aantal declaratieregels op een declaratie neemt met de invoering van het MPJ naar verwachting toe doordat meerdere professionals met verschillende kwalificatieniveaus in een periode met dezelfde cliënt bezig zijn.

In **stap 4.2** wordt de declaratie door de gemeente beoordeeld. Er wordt beoordeeld of een declaratiereguleldoet aan alle eisen die hieraan gesteld worden. We gaan er in de nieuwe situatie vanuit dat een declaratiereguleldie in de kern genormeerde tijd en kwalificatieniveau bevat, gekoppeld is aan cliënt en daarmee aan de toegewezen prestatiecode en contractregel. De controle of een bepaald kwalificatieniveau zorg mag leveren binnen een prestatiecode voor deze cliënt kan dan plaatsvinden. Dit is vergelijkbaar aan de controle die in de huidige situatie plaatsvindt. Deze controles vinden in hoofdzaak geautomatiseerd plaats.

In de focusgroepen kwam regelmatig de vraag naar voren hoe de gemeente bij de declaratie kan controleren of het juiste kwalificatieniveau is opgegeven. Er is binnen de jeugdzorg geen centraal register waar alle jeugdzorgprofessionals in staan geregistreerd²⁸. De controle op kwalificatieniveau (bij declaratie en verantwoording) is op dit moment nog niet nader uitgewerkt. Ook is de vraag opgeworpen of bij onderaannemerschap de hoofdaannemer verantwoordelijk is dat bij onderaannemer juiste kwalificatieniveaus worden toegepast.

In één van de focusgroepen is opgemerkt dat meer declaratieregels mogelijk leiden tot een grotere belasting van de ict-infrastructuur. Het is hierbij niet duidelijk of deze eventuele grotere belasting ook leidt tot een grotere werklust in de backoffice.

Er blijven ook onder MPJ een diversiteit aan tarieven gelden (per prestatie per kwalificatieniveau per aanbieder, mogelijk differentiatie per perceel). Dit resulteert slechts een beperkte tot geen reductie van het aantal tarieven.

In **stap 4.3.a** en **4.3.b** wordt de declaratie(regel) afgewezen of wordt de declaratie door gemeente betaald aan de zorgorganisatie. Omdat het aantal categorieën sterk is verminderd, is de verwachting dat het aantal declaratie(regels) waar iets mis mee is en dus afgewezen moet worden, afneemt. Het herstelwerk dat in de huidige situatie met enige regelmaat voorkomt, neemt daarmee naar verwachting sterk af. Het is niet mogelijk om op landelijk niveau de inhoud van de huidige declaratieberichten te analyseren en 'in te zien' waardoor het ook niet mogelijk is om aan te geven hoeveel declaratieberichten worden afgekeurd. Dit zou wel een interessante bron kunnen zijn om een inschatting te maken van de afname van het aantal herstelwerkzaamheden.

²⁸ Een deel van de jeugdzorgprofessionals staat geregistreerd in het SKJ en BIG register. Deze registers zijn echter niet van toepassing voor (een deel van) professionals met een mbo-kwalificatieniveau.

In **stap 4.4** controleert de zorgaanbieder wat er aan de hand is met een afgewezen declaratieregel. Dit is over het algemeen arbeidsintensief. Soms moet hierover contact worden gezocht met de backoffice van de gemeente die hierover vragen moet beantwoorden. Uiteindelijk leidt dit tot een correctie van de afgewezen declaratie(regel) die gecorrigeerd opnieuw wordt ingediend bij de gemeente. Naar verwachting zal na invoering van het MPJ het aantal afgewezen declaratieregels dalen. Dat leidt in deze stap tot een daling van de werklust.

In **stap 4.5.a** en **stap 4.5.b** wordt de cyclus opnieuw doorlopen van beoordelen, afwijzen of betalen van de declaratie.

4.6 Verantwoording

Binnen de hoofdprocesstap 'verantwoording' vinden verschillende subprocessen of activiteiten plaats. Binnen 'verantwoording' onderscheiden we de volgende vijf subprocessen:

- 5.1. Productie-overzicht (PxQ in euro's) per gemeente opstellen en verzenden;
- 5.2. Accountantscontrole uitvoeren door accountant van de zorgaanbieder;
- 5.3. Opstellen jaarverantwoording jeugdhulp t.b.v. jaarrekening gemeente;
- 5.4. Accountantscontrole gemeente;
- 5.5. Behandeling jaarrekening in gemeenteraad.

In **stap 5.1** stelt de zorgaanbieder een productie-overzicht (PxQ in euro's) per gemeente op ten behoeve van de jaarverantwoording. In de nieuwe situatie wordt dit een kwalificatieniveau maal hoeveelheid per prestatiecode overzicht in euro's per gemeente. Hiermee wijzigt het 'productie'-overzicht in een 'prestatie-kwalificatie'-overzicht. Omdat iedere gemeente het MPJ op hetzelfde prestatie-kwalificatieniveau heeft ingericht zal het voor een aanbieder met meerdere contracten eenvoudiger worden om het prestatie-kwalificatieoverzicht op te stellen.

In **stap 5.2** controleert de accountant van de zorgorganisatie (steekproefsgewijs) of er een geldige toewijzing was op het moment van levering van de zorg, of de zorg feitelijk geleverd is en beoordeelt de kwaliteit van de administratieve inrichting en processen. De uitkomsten stuurt de zorgaccountant aan de zorgorganisatie en die stelt dit ter beschikking aan haar financiers (gemeenten). Inhoudelijk wijzigt de controle omdat de toewijzing nu een prestatiecode moet bevatten. Omdat er binnen het MPJ geen variëteit is tussen gemeenten wordt de controle eenvoudiger en zijn hier efficiencyvoordelen te behalen. Tot slot kan een (steekproef)controle naar de koppeling van een medewerker aan een kwalificatieniveau nodig zijn.

Op dit moment zien we geen noemenswaardige impact als gevolg van het MPJ in de stappen 5.3 tot en met 5.5.

In **stap 5.3** stelt de gemeente een jaarverantwoording jeugdzorg op in het proces om tot een jaarrekening van de gemeente te komen.

In **stap 5.4** voert de accountant van de gemeente haar controlewerkzaamheden uit en komt op basis daarvan tot een oordeel die verwoord wordt in een accountantsverklaring.

In **stap 5.5** wordt de jaarrekening van de gemeente met accountantsverklaring behandeld in de gemeenteraad.

4.7 Impact van het MPJ voor zorgprofessionals

Gegeven de veranderingen als gevolg van het MPJ voor de verschillende processtappen, is de vraag wat het MPJ voor zorgprofessionals betekent. Het vertrekpunt van het MPJ was immers om de administratieve belasting bij zorgprofessionals te verminderen. Uitgaande van de processtappen zien we de volgende impact voor zorgprofessionals:

- a. Zorgprofessionals hebben meer ruimte om de zorg te leveren die nodig is binnen de toewijzing van zorg/hulp aan een cliënt. (toewijzing);

-
- b. Door de ruimere categorieën van de prestatiecodes ten opzichte van de huidige productcodes, hoeven zorgprofessionals minder vaak een verzoek om wijziging te doen dan in de huidige situatie (levering);
 - c. Als zorgprofessionals nu te maken hebben met tijdschrijven per minuut gaan zij tijd schrijven in de genormeerde tijdseenheden van kwartier, uur en etmaal. Dit levert een tijdsbesparing op;
 - d. Als zorgprofessionals nu ook indirecte cliëntgebonden tijd, reistijd en overige indirecte tijd moeten schrijven ten behoeve van declaraties, kan dit wijzigen met de invoering van het MPJ. Voor het MPJ moet ten behoeve van de declaratie alleen de directe cliënttijd geschreven worden. Of de professional wordt gevraagd om aanvullend tijd te schrijven, hangt af van de interne sturing en verantwoordingsseisen van de zorgorganisatie; (levering)
 - e. De gesprekken met de gemeentelijke toegang, de toegangsmedewerker, voeren professionals binnen de bedoeling van het MPJ niet meer op productniveau maar op prestatiecodeniveau. Het denken achter het MPJ beoogt veel meer het gesprek te krijgen over wat er nodig is voor de cliënt en niet meer over de vraag wat de juiste productcode is. (levering)

Naaste de stappen en activiteiten in de zorglevering die hiervoor zijn beschreven, hebben toegangsmedewerkers en zorgprofessionals te maken met vragen over beschikbaarheid van zorg. Beperkte capaciteit, wachtlijsten, opnamestops en het kunnen matchen van behoefte en beschikbare zorg(plekken) spelen dan een rol. Dit is naast tijdschrijven een belangrijke ergernis van professionals: het kost immers veel tijd die je niet aan directe zorg kan besteden. In beginsel heeft het MPJ geen invloed op deze thema's die een rol spelen in dit deel van het proces.

²⁹ Bron [Overzicht coördinatiekosten wmo en jeugdwet \(Berenschot\)](#) en [Inzicht in besteding jeugdhulpmiddelen \(KPMG\)](#)

Het is op dit moment nog niet mogelijk om de tijdsbesparing voor de professionals in te schatten. Om tot een goede schatting te komen is inzicht nodig in:

- a. De huidige administratieve lasten van het tijdschrijven van jeugdprofessionals van de niet directe tijd; hoeveel tijd zijn jeugdprofessionals hiermee kwijt? Er zijn op dit moment diverse macrogetallen rondom administratieve lasten in de jeugdzorg bekend²⁹ maar deze zijn op een te hoog abstractieniveau opgebouwd om te gebruiken voor een tijdsbesparing als gevolg van toepassing van het MPJ;
- b. Welk deel van de professionals (of welk deel van de organisaties) nu te maken heeft met een minutenregistratie;
- c. Welk deel van de jeugdzorgorganisaties nu reeds werken met planning=realisatie en planning=realisatie tenzij;
- d. Onderzoek naar de mate waarin aanbieders, (mede) door invoering van het MPJ, gaan kiezen om geen indirecte tijd meer te registreren;
- e. Onderzoek naar het aantal wijzigingen van toewijzingen of het intrekken en opnieuw toewijzen van een product met een wijziging van zorgvraag voor de inspanningsgerichte variant inclusief onderzoek naar de huidige tijdsinspanning om deze wijzigingen te verwerken.

In 2021 is door een onafhankelijk adviesbureau in samenspraak met de branches een eerste kwantitatieve inschatting gemaakt van de effecten van de maatregel 'vereenvoudiging productcodes' (later: invoering MPJ). Deze inschatting en de aannames die hierbij gemaakt zijn leveren interessante inzichten op en resulteren in een eerste benadering van mogelijke opbrengsten. De inschatting was (destijds) noodgedwongen gebaseerd op een combinatie van beperkt beschikbare (onderzoeks)gegevens en aannames. Naar ons oordeel zijn deze aannames met te veel onzekerheid omgeven om deze inschatting te kunnen gebruiken in dit onderzoek.

4.8 Impact van het MPJ voor andere rollen

Naast de zorgprofessional heeft het MPJ ook impact voor andere betrokken professionals bij het proces van contractering tot verantwoording en andere processen zoals sturing & control, beleid en contractmanagement.

Inkopers krijgen te maken met het vervangen van de huidige pxq contracten door contracten die uitgaan van het MPJ. Er wordt op dit moment gedacht aan een geleidelijke overgang waarbij nieuwe contracten gebaseerd zijn op het MPJ. Inkopers moeten ook gaan inkopen in de nieuwe taal van prestatiecodes. Daarbij vervalt eventuele betrokkenheid bij het opstellen van productenboeken.

Zorgadministraties krijgen te maken met prestatiecodes. De systemen waarmee zij werken zullen daarop aangepast moeten worden. Daarnaast zullen medewerkers zorgadministratie moeten leren werken met de aangepaste systemen.

Controllers/Financials van gemeenten voorzien een periode van minder grip op uitgaven als het MPJ zo ingevoerd wordt als het nu voor ligt. Zij zijn meer geneigd, daartoe gevraagd door een manager of wethouder, in hun advisering maatregelen voor te stellen die gaan zorgen voor voldoende grip. Financials zijn betrokken bij zowel de verwerking van declaraties van zorgaanbieders als bij de (voorbereiding van) accountgesprekken met aanbieders. Ook spelen ze een rol in het opstellen van de jaarrekening van de gemeente.

Geïnterviewde controllers/financials van zorgaanbieders zijn positief over de vereenvoudiging naar een beperkt aantal categorieën maar vragen zich af of in de uitwerking of uitvoering er toch niet weer verschillen tussen gemeenten zullen ontstaan. Zij vinden spelregels en handhaving van spelregels belangrijk. Zij zijn met name betrokken in de fase van contractering en van declaratie en verantwoording.

Informatiespecialisten krijgen informatie die anders geordend is uit de registraties. Er zal geïnvesteerd moeten worden in een goede datahuishouding en data-analyse om in de nabije toekomst op basis van de nieuwe data een raming te kunnen maken van toekomstige aantallen en kosten. Bij doorontwikkeling kunnen dit voorspellende modellen worden. Data-analyse, benchmarking, analyses van trendbreuken en vergelijking tussen aanbieders onderling en tussen gemeenten onderling zal op orde moeten zijn als basis voor het voeren van 'het goede gesprek' en sturing.

Contractmanagers gaan op basis van de nieuwe informatieset het gesprek aan met aanbieders minder op casusniveau maar meer op algemene prestaties die geleverd zijn. De beperking in variatie en varianten tussen gemeenten maakt de werklust lichter/kleiner.

Beleidsmedewerkers krijgen te maken met een nieuwe vereenvoudigde taal van toewijzen en declareren. Sturing via beleid en via andere instrumenten is minder gericht op individuele gevallen en meer gericht op hoe de zorg zich ontwikkelt voor groepen cliënten of de relatieve prestaties van aanbieders. Waar zij betrokken waren bij het ontwikkelen van nieuwe producten of gewijzigde productenboeken is dit niet nodig in de situatie dat het MPJ is ingevoerd.

4.9 Samenvattende conclusie

Het MPJ heeft ten opzichte van de huidige situatie op onderdelen een positieve impact en op andere onderdelen een neutrale impact mits voldaan wordt aan de randvoorwaarden uit paragraaf 3.2 en aannames zoals verwoord in hoofdstuk 3.

-
- a. Bij de contractering wordt er een nieuwe landelijke taal gecreëerd waarbij het totaal aantal productcodes sterk wordt gereduceerd. Hierdoor hoeven gemeenten bij een heraanbesteding van een MPJ-contract niet een nieuw productenboek op te stellen (de prestatiecodes staan immers vast) en de aanbieders hoeven geen vertaling te maken van nieuwe naar oude producten. Wel geven focusgroepen aan dat het belangrijk is om landelijk goed te kijken naar de definities (prestatie, kwalificatieniveau, directe tijd) en dat goed uitgelegd moet worden dat de keuze voor het enkel declareren van directe cliëntgebonden tijd zal resulteren in enkele hoge (maar op basis van uitgangspunten en methodiekbeschrijvingen uitlegbare) tarieven.
 - b. Bij de zorgtoewijzing heeft het MPJ als belangrijkste impact dat op een hoger abstractieniveau wordt toegewezen (vergelijkbaar met a-specifiek toewijzen) waardoor het aantal (verzoeken om) wijzigingen van een toewijzing bij een wijzigende zorgvraag minder vaak plaats zal vinden. Wel blijft de mogelijkheid bestaan om aan een toewijzing restricties mee te geven (budget, duur, lengte) waardoor een toewijzing alsnog gewijzigd moet worden als niet voldaan wordt aan de restrictie. Maar als vanuit de ontwerpgedachte van het MPJ geredeneerd wordt, zullen gemeenten deze restricties waarschijnlijk minder inzetten.
 - c. Bij de zorglevering hoeven professionals voor het contract met de gemeente niet meer de indirecte tijd te registreren en is een registratie per vijftien minuten inzet voldoende. Vanuit de focusgroepen werd wel het punt gemaakt dat voor de interne bedrijfsvoering aanbieders alsnog vragen aan professionals om indirecte tijd te registreren. Hier heeft het MPJ echter geen invloed op.
 - d. Bij de declaratie wordt in de declaratieregel de ingezette kwalificatieniveaus per toegepaste prestatiecode inzichtelijk. Omdat het aantal categorieën sterk is verminderd, is de verwachting dat het aantal declaratie(regels) waar iets mis mee is en dus afgewezen moet worden, afneemt.
 - e. Bij de verantwoording zal het voor de accountant van de zorgaanbieder mogelijk makkelijker worden om de controle uit te voeren omdat alle gemeenten dezelfde prestatiecodes hanteren bij de inspanningsgerichte variant. Wel zou er een aanvullende controle nodig (kunnen) zijn of de koppeling kwalificatieniveau - medewerker correct is.

De invoering van het MPJ kan zeker leiden tot tijdsbesparingen voor zorgprofessionals. In de eerdere paragrafen van dit hoofdstuk is kwalitatief beschreven in welke processtappen (activiteiten) het MPJ zal leiden tot wijzigingen en daarmee samenhangende tijdsbesparingen. (Onder voorwaarde dat randvoorwaarden ingevuld zijn en aannames correct zijn.)

Er zijn op dit moment landelijk te weinig voldoende gedetailleerde kwantitatieve gegevens beschikbaar om meer inzicht te krijgen in een aantal grootheden die van belang zijn voor een kwantificering. De gegevens die beschikbaar zijn, zijn ondersteunend aan een macrobenadering van de mogelijke financiële impact. Ze passen onvoldoende bij een benadering die gebaseerd is op veranderingen in het werkproces bij gemeenten en zorgorganisaties.

5 Slotbeschouwing

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk blikken wij terug op de beantwoording van de onderzoeksvragen en de gedurende het onderzoek verzamelde informatie over het MPJ en (groeps)interviews met belanghebbenden. Aan de hand van deze informatie hebben wij een beknopte slotbeschouwing geschreven. Deze bestaat uit een aantal suggesties dat wij als onderzoekers willen meegeven. Dit is als volgt opgebouwd:

- a. De voorziene werking van het MPJ is in beeld gebracht en mede gebaseerd op een aantal aannames;
- b. Het MPJ leidt tot een andere werkwijze bij gemeenten en aanbieders ten opzichte van de huidige inspanningsgerichte variant met productcodes en vraagt een andere ontwerpgedachte;
- c. Het MPJ heeft de potentie om bij te dragen aan het beperken van administratieve lasten, maar realisatie van deze potentie hangt af van de definitieve invulling van randvoorwaarden, uitwerking en toepassing;
- d. We adviseren verdere uitwerking en analyse om de implementatie verder voor te bereiden.

5.2 De voorziene werking van het MPJ is in beeld gebracht en mede gebaseerd op een aantal aannames

Aan de hand van documentstudie en diverse gesprekken hebben we de voorziene werking van het MPJ in kaart gebracht en beschreven. Een belangrijke basis hiervoor is uitgewerkt in een concept ministeriële regeling waarvoor nog een consultatie gaat plaatsvinden en eventuele aanscherping of aanpassing uit volgt. In de regeling zijn aspecten uitgewerkt op het vlak van type functies, kwalificatieniveaus, prestaties en verplichte toepassing voor de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant.

Naast hetgeen is vastgelegd in de concept ministeriële regeling hebben we veronderstellingen en aannames rondom de werking van het model beschreven. Deze volgen vooral uit gesprekken met de ontwerpers en bij het ontwerpproces betrokken personen die werkzaam zijn bij het ministerie van VWS, zorgaanbieders en gemeenten en regionale samenwerkingsverbanden. Deze veronderstellingen en aannames zijn belangrijke kenmerken voor een goed begrip over de voorziene werking van het MPJ. We hebben dit in het onderzoek voornamelijk verwerkt onder de kop 'ontwerpgedachte'. Dit omvat niet alleen 'harde' afspraken over de toepassing van het model, maar ook aspecten die te maken hebben met het gedrag van gebruikers (professionals, gemeenten, aanbieders), wijze waarop het model gestalte krijgt in bedrijfsvoering en contractuele afspraken tussen gemeenten en aanbieders. Deze ontwerpgedachte is op dit moment in beperkte mate geëxpliciteerd en biedt daarmee veel ruimte voor 'eigen' interpretatie van (toekomstige) gebruikers. Juist deze ontwerpgedachte zien we als belangrijke voorwaarde om de theoretische impact van het MPJ om te zetten in daadwerkelijke impact.

5.3 Het MPJ leidt tot andere werkwijze bij gemeenten en aanbieders ten opzichte van de huidige inspanningsgerichte variant met productcodes en vraagt een andere ontwerpgedachte

De toepassing van het MPJ leidt ten opzichte van de huidige situatie bij gemeenten en aanbieders die werken met productcodes in de inspanningsgerichte variant, over het algemeen tot een andere werkwijze. Een werkwijze die voor gemeenten en aanbieders veel meer uniform – gelijk is voor alle organisaties - is dan de huidige situatie. De nieuwe werkwijze is terug te zien in voorbereidende processen (contracteringsproces, vertaling naar bedrijfsvoering), in uitvoerende processen (toegang, zorglevering, declaratie) en verantwoordingsprocessen.

De ontwerpgedachte waarop het MPJ stoelt gaat uit van een hoge mate van vertrouwen tussen gemeenten en aanbieders en 'het goede gesprek' tussen gemeenten en aanbieders over kwaliteit en kwantiteit van geleverde jeugdhulp. Het overleg tussen gemeenten en aanbieders beoogt te verschuiven van (soms gedetailleerde) contractuele en financiële aspecten en voorwaarden in het (individuele) cliëntproces, naar meer periodieke inhoudelijk analyse en duiding van het zorggebruik op groepsniveau (hoger abstractieniveau). De ontwerpgedachte van het MPJ biedt de ruimte om dit mogelijk te maken; aangegeven door de ontwerpers als 'het goede gesprek' tussen gemeenten en aanbieders. Gemeenten die op dit moment de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant gebruiken, hanteren in min of meerdere mate een ontwerpgedachte waarin sturing op verschillende niveaus (de ene meer op detailniveau, de andere een combinatie van detailniveau en een hoger abstractieniveau) plaatsvindt en zal dus een andere werkwijze moeten implementeren wanneer zij met het MPJ gaan werken.

5.4 Het MPJ heeft de potentie om bij te dragen aan het beperken van administratieve lasten, maar realisatie van deze potentie hangt af van de definitieve invulling van randvoorwaarden, uitwerking en toepassing;

Het MPJ biedt de potentie om de administratieve lasten in een aantal rollen en processen, zoals de registratielast bij professionals, de inkoop door gemeenten (en aanbieders), en in de backoffice bij aanbieders en gemeenten inclusief controles op declaraties te beperken. Gevoerde gesprekken en beschikbare kwantitatieve gegevens op landelijk niveau en bij enkele voorbeelden van gemeenten en aanbieders bevestigen deze indicaties. Daarbij draagt het MPJ bij aan de 'eenheid van taal' op het terrein van de jeugdhulp wat kan bijdragen aan het verbeteren van het stelsel als geheel en het leereffect van de actoren in het stelsel

Er zijn op dit moment onvoldoende landelijk kwantitatieve gegevens beschikbaar of bruikbaar om concrete berekeningen te maken om de impact te kwantificeren en te bepalen. Er zijn landelijke onderzoeken uitgevoerd waarin schattingen zijn beschreven omtrent de mogelijke opbrengst van het MPJ – als onderdeel van een set aan maatregelen -, maar deze zijn gebaseerd op abstracte aannames en kennen een te marginale onderbouwing om te kunnen gebruiken voor een goede kwantificering van de opbrengst van het MPJ.

De exacte kwantitatieve impact van het model is sterk afhankelijk van de definitieve uitwerking van de concept-Ministeriële Regeling – bijvoorbeeld in de definitieve uitwerking van prestaties - en de exacte implementatie van de sturingsfilosofie en het gedrag van betrokken actoren. Ook is er een aantal nuances dat bij het kwantificeren van de impact relevant is in ogenschouw te nemen. Op dit moment maken veel gemeenten gebruik van de inspanningsgerichte variant. Echter, op dit moment stimuleren landelijke partners (ministerie, VNG) ook het gebruik van de taakgerichte variant die uitgaat van een andere sturingsfilosofie. De vraag is dan ook of alle gemeenten die op dit moment de inspanningsgerichte variant hanteren dit blijven doen (met behulp van het MPJ) of dat zij overstappen naar de taakgerichte variant. En, het kan zijn dat een gemeente beide varianten naast elkaar gaat gebruiken. Dat kan betekenen dat aanbieders die voor meerdere gemeenten werken te maken kunnen (blijven) hebben met verschillende modellen, of bij één gemeente te maken kunnen krijgen met meerdere modellen. In dat geval kan dit het besparingspotentieel van het MPJ beperken. De mate waarin dit voorkomt is op dit moment niet in te schatten. Ook is nog niet in te schatten hoe snel gemeenten en aanbieders over gaan naar het MPJ. Een deel van de gemeenten zal deze wijziging doorvoeren bij een nieuwe contractperiode en dan duurt het nog een aantal jaren voordat alle gemeenten hier aan toe zijn. Een alternatief is om gedurende de looptijd van contracten over te stappen naar het MPJ, waarbij het dan wel vraagt van partijen om hier (contractueel) overeenstemming over te hebben en binnen de bandbreedte te blijven van een zogenaamde wezenlijke wijziging in het licht van de aanbestedingsregelgeving (mits van toepassing).

Tevens is het van belang dat gemeenten de beoogde sturingsfilosofie van het MPJ omarmen en toepassen zoals beoogd. In de huidige praktijk zien we dat mede door financiële tekorten, wachtlijsten en (gevoel van) gebrekkige grip gemeenten neigen naar sturing op meer individueel niveau (casus) via voorwaarden en controles in het operationele proces (van intake tot zorglevering). En gemeenten willen soms ook grip houden op de uitwassen in het stelsel (onregelmatig of potentieel onrechtmatig gebruik). Het (gevoel van gemis) aan controle kan dan soms tot een risico-regel-reflex leiden met aanvullende voorwaarden die gemeenten stellen. Deze context brengt daarmee het risico met zich mee dat ondanks het MPJ, de praktijk kan leiden tot het (opnieuw) stellen van aanvullende voorwaarden waarmee de potentiële impact wordt beperkt. Bij de verdere uitwerking en implementatie dient hiermee rekening te worden gehouden.

5.5 We adviseren verdere uitwerking en analyse om de implementatie van het MPJ verder voor te bereiden

Zoals aangegeven is de juiste toepassing van de ontwerpgedachte (zie 3.3.6) van groot belang voor het succes van het MPJ. Op basis van de gesprekken die wij hebben gevoerd gedurende het onderzoek en onze ervaring en professionele opinie komen wij tot enkele adviezen die kunnen bijdragen aan een succesvolle implementatie van het MPJ die deze verandering stimuleert.

- a. Omdat de juiste toepassing van de ontwerpgedachte essentieel is maar nog niet volledig is uitgewerkt, adviseren we deze nader uit te werken evenals de in dit rapport beschreven aannames en veronderstellingen. Een uitgewerkte beschrijving van de verschillende rollen bij aanbieder en gemeente in het gehele proces draagt bij aan het goed doorgronden van de ontwerpgedachte, de verwachtingen van verschillende rollen (bijvoorbeeld via een zogenaamde klantreis) hierin en de do's en don'ts van het MPJ. Daarbij adviseren we ook hoe om te gaan met zorgen die bij zowel aanbieders (hoe houd ik inzicht in urenbesteding naast directe cliëntgebonden tijd) als gemeenten leven (zoals grip houden op de financiële uitgaven) een plek te geven voor zover deze nog niet zijn doordacht. Dit geeft antwoorden aan toekomstige gebruikers en vormt

de leidraad voor veranderkundige interventies zoals opleiding, instructie en communicatie op verschillende niveaus;

Gemeenten hebben op dit moment veelal financiële tekorten in de jeugdzorg. Bij een wijziging van taal en ontwerpgedachte hebben gemeenten in het begin minder grip. Ze hebben bij de invoering nog geen informatiepositie opgebouwd in de nieuwe taal. Wethouders en raden zullen in context van financiële krapte grip willen hebben en daarvoor maatregelen nemen die veelal een overreactie zijn op het risico dat men ervaart of ziet. Dit kan resulteren, zoals we merkten uit reacties van de focusgroepen, in een risicoregelreflex waarbij gemeenten niet direct grip aan de voorkant willen los laten (meer generieke toewijzing van het MPJ) en daardoor restricties zetten aan de toewijzing (maximaal budget, periode et cetera). Door deze restricties moeten toewijzingen gewijzigd worden bij bijvoorbeeld een zwaardere gevraagde intensiteit. In de loop van de tijd zullen gemeenten hun informatiepositie opbouwen en daarmee minder behoefte hebben om te sturen aan de voorkant en het vertrouwen hebben om tijdig bij te sturen. Deze risicoregelreflex is niet iets wat enkel bij het MPJ kan gebeuren. Nota bene alle (landelijke) wijzigingen van de stuurinformatie kunnen resulteren in deze reflex. De mate waarin dit op zal treden is op voorhand niet vast te stellen.

- b. Naast de uitwerking van de ontwerpgedachte, is het van belang om voor de toekomstige gebruikers een aantal helpende instrumenten te ontwikkelen. Denk bijvoorbeeld aan een instructie om te komen tot een reëel tarief voor kwalificatieniveaus in het MPJ, modelafspraken voor contracten, monitoringsinstrumenten voor zorggebruik, instructie voor benchmarking van informatie, leidraad voor overleg tussen gemeente en aanbieder aan de hand van de 'kritische prestatie indicatoren die onderdeel zijn van de ontwerpgedachte, instructie voor inrichting van de informatiesystemen, et cetera;

- c. Een derde belangrijk onderwerp voor de implementatie betreft de veranderkundige kant. Hierbij is het van belang dat er in de implementatie aandacht wordt besteed aan de gedragskant van de toepassing van het MPJ bij alle professionals en organisaties die ermee te maken krijgen. Dit betreft het zorgen voor het goed doorgronden van de systematiek, juiste toepassing (instructie) en een systeem om het leren werken met het MPJ te stimuleren;
- d. Ook lijkt het ons raadzaam om de overgangssituatie van de huidige systematiek naar het MPJ centraal te ondersteunen. Het doordenken van de uit te voeren activiteiten in de overgang, het faciliteren van gemeenten/regio's met tools om een vertaaltabel te maken van productcodes naar prestatiecodes, het mitigeren van risico's in de overgang (oude naar nieuwe informatiestromen en monitoren) en omgang met contractuele afspraken in de overgangssituatie kan individuele gemeenten en aanbieders antwoorden geven op vragen die zij in deze fase tegen gaan komen. Houdt hierbij ook rekening dat gemeenten de huidige inspanningsgerichte contracten (voor de Wmo) en nieuwe (MPJ voor de jeugd) inspanningsgerichte contracten naast elkaar blijven hanteren.

Hoewel het in de kern alleen gaat om een vereenvoudiging van het aantal categorieën bij toewijzen van zorg én het gebruiken van het kwalificatieniveau van medewerkers voor declaratiedoeleinden, komt er toch wel het één en ander bij kijken bij de implementatie. Op basis van de gesprekken met de focusgroepen, softwareleveranciers en een 'presentatie' van het Ketenbureau i-Sociaal Domein over aandachtspunten bij implementatie en fasering van het MPJ benoemen we de volgende inzichten:

- a. Afhankelijk van de gesprekspartners ligt de technische implementatietijd tussen de 16 maanden en 3 jaar. Het een en ander hangt af van de mate waarin activiteiten parallel kunnen worden doorlopen en de impact op het wijzigen van de software van gemeenten en aanbieders. Hierbij dient opgemerkt te worden dat gemeenten mogelijk al kunnen werken conform het MPJ met het huidige berichtenverkeer. Dit kan bijvoorbeeld door productcodes af

te spreken voor prestatiecode-kwalificatieniveaucombinaties. Dit vraagt wel iets van de flexibiliteit van de gemeente en aanbieders om tijdelijk de administratieve processen aan te passen en bij de invoering van de nieuwe berichtenstandaard opnieuw een herijking te doen van de administratieve processen.

- b. Naast de technische implementatie moet ook gekeken worden naar de juridische implementatie. Indien gekeken wordt naar de bestaande contracten heeft 33% van de inspanningsgerichte contracten een initiële looptijd langer dan 2022.

Als we onderscheid maken tussen het richten, inrichten en verrichten dan zal bij de implementatie van het MPJ in de fase van 'richten' met name een match moeten plaatsvinden van de ontwerpgedachte achter het MPJ en de eigen wijze waarop de gemeente wil sturen. In de fase van inrichten gaat het om het inrichten van systemen en processen bij gemeente en zorgorganisatie. In deze fase zullen gemeenten en zorgorganisaties hun systemen en processen eenmalig moeten inrichten op de gewijzigde taal voor toewijzing en declaratie en daarnaast de gewijzigde informatiestandaard moeten gaan overnemen. Ook zullen ze de medewerkers die moeten werken met de gewijzigde taal voor toewijzing en declaratie goed moeten instrueren zodat volgens de nieuwe werkwijze gewerkt kan worden. In veel gemeenten en zorgorganisaties zal een klein kernteam de wijzigingen voorbereiden en begeleiden bijgestaan door een groter (project)team. Het is een grotere veranderopgave die een gemeente maar ook een zorgorganisatie wel vaker ter hand neemt. In de fase van verrichten zal er aandacht nodig zijn voor het oplossen van 'kinderziektes' die in de praktijk naar voren zullen komen.

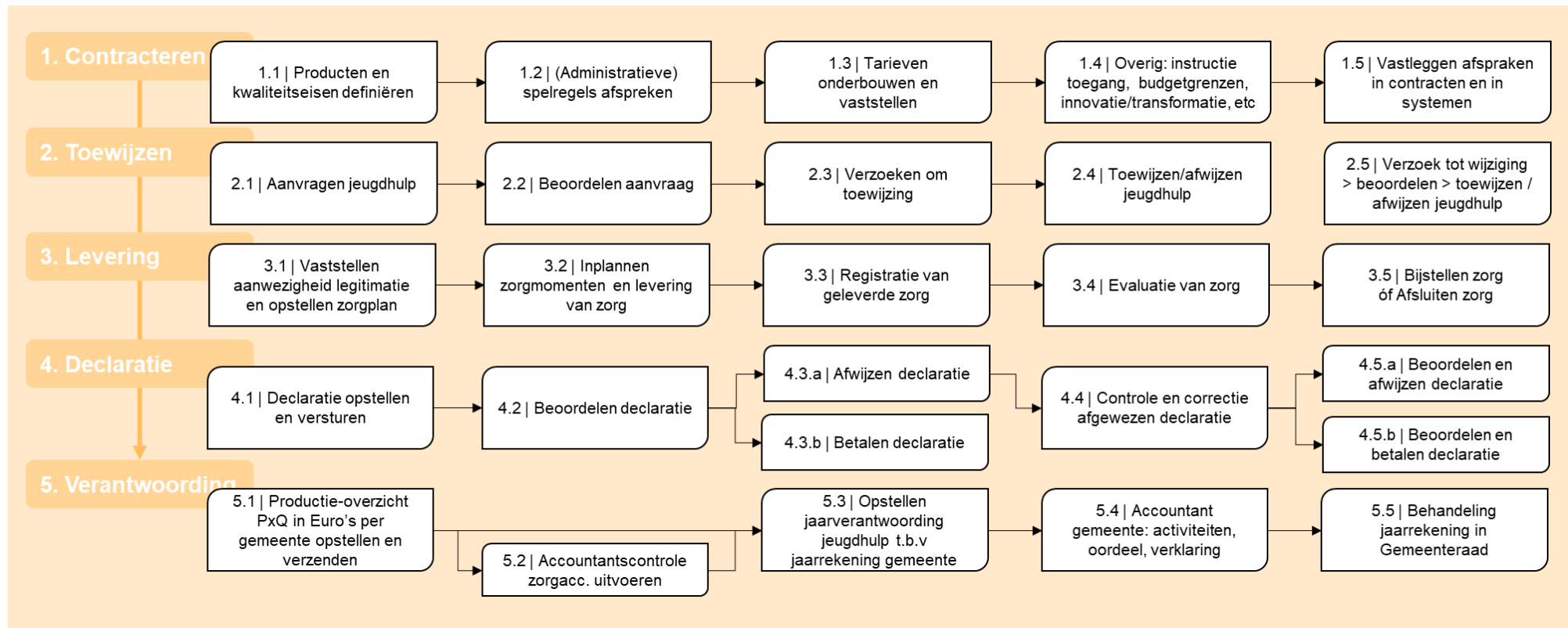
Houdt tot slot rekening mee dat (grote) aanbieders te maken hebben met gemeenten die meerdere uitvoeringsvarianten toepassen net als in de huidige situatie. Het ene perceel bijvoorbeeld specialistische zorg wordt taakgericht ingekocht en uitgevoerd terwijl het andere perceel bijvoorbeeld

ambulante zorg inspanningsgericht wordt ingekocht. De potentiële voordelen van invoering van het MPJ (tijdsbesparing) heeft dus slechts betrekking op onderdelen van de zorg die ze leveren en op een deel van hun cliënten. Dit heeft gevolgen voor de impact van invoering van het MPJ op professionals (reductie vermijdbaar tijdschrijven) en ondersteunende professionals bij jeugdzorgorganisaties. De complexiteit neemt daarbij toe naarmate de zorgorganisatie voor meerdere gemeenten en regio's werkt.

- e. Indien de wens is om zicht te krijgen op de kwantitatieve opbrengst van het MPJ, adviseren we verschillende activiteiten te overwegen:
- i. Het huidige berichtenverkeer bevat informatie over bijvoorbeeld wijzigingsverzoeken die gemeenten en aanbieders uitwisselen. Een nadere analyse van deze informatie kan een kwalitatieve inschatting opleveren hoe groot de afname van het aantal wijzigingen gaat zijn en daarmee hoe groot de impact van dit aspect van het MPJ kan zijn;
 - ii. In een nader onderzoek bij één of enkele combinaties van gemeente – aanbieder zou een scherper beeld kunnen ontstaan over de exacte kwantitatieve effecten van het MPJ. Door in één of enkele situatie(s) een uitwerking te maken van de IST- en SOLL-situatie (enkele typen 'cliëntreis'), de huidige data daarbij te betrekken en samen met direct betrokkenen inschattingen te maken over toe- of afname van activiteiten in een aantal processen (bijvoorbeeld afname aantal wijzigingsverzoeken, afname van tijdsbesteding aan urenverantwoording of uitzoekwerk voor juiste prestatiecodes en -voorwaarden) is een kwantitatieve inschatting te maken hoeveel tijdsbesparing het MPJ moet kunnen opleveren als het MPJ in die betreffende context geïmplementeerd zou worden. Dit is geen eenvoudige analyse om uit te voeren en de resultaten zullen nooit 100% betrouwbaar zijn. Een dergelijke analyse kan wel helpen de verwachtingen over de opbrengsten aan te scherpen en leereffect te creëren voor de bredere uitrol bij andere gemeenten en aanbieders.

Bijlage 1

Decompositie van de vijf hoofdprocesstappen



Bijlage 2

40 deelnemers van de vijf focusgroep-gesprekken naar type functie/rol:

Vanuit zorgorganisaties:

- Negen zorgverleners primair proces;
- Een bestuurder/ondernemer;
- Twee zorg en cliëntadministratie;
- Een informatiespecialist;
- Twee plaatsing coördinatoren / zorglogistiek;
- Een beleidsmedewerker;
- Drie controllers / financials.

Vanuit gemeenten:

- Twee inkopers;
- Een informatiespecialist;
- Vijf beleidsmedewerkers;
- Zes contractmanagers;
- Vijf controllers / financials.

Overig:

- Een informatiespecialist rijksoverheid;
- Een softwareleverancier.