

Verlag

Onderwerp: Integrale Ambulante Jeugdhulp

Datum: 16 december 2020

Inleiding

Ter voorbereiding op de inkoop van jeugdhulp en Wmo 2022 organiseren de acht Achterhoekse gemeenten gesprekstafels waarin marktpartijen inhoudelijke betrokken worden bij de inhoud van de verschillende segmenten. Één van deze segmenten betreft Integrale Ambulante Jeugdhulp en wordt gezamenlijk vormgegeven met zeven gemeenten (Oude IJsselstreek neemt geen deel).

Op 16 december vond de tweede gesprekstafel plaats. In totaal 63 unieke aanbieders hebben zich voor deze gesprekstafel aangemeld. De onderwerpen die tijdens deze gesprekstafel centraal stonden zijn o.a.: afbakening tussen jeugdsegmenten, conversietabel van producten naar subsegmenten, doelstellingen en minimumeisen.

In drie parallelsessies zijn deze onderwerpen doorgenomen aan de hand van bijgevoegde presentatie. Dit verslag geeft de besproken onderwerpen en uitkomsten van de drie sessies weer.

De gemeenten nemen de aangedragen punten en input van de drie parallelsessies mee in het verder vormgeven van het bestek en de verdere uitwerking van de inhoud. Daarnaast staat er een volgende algemene bijeenkomst gepland op 7 januari 2021 van 11:30 – 13:30 uur. Deze bijeenkomst is bedoeld voor iedere geïnteresseerde zorgaanbieder. Er wordt informatie gegeven over het totaalproces van de aanbesteding en de systematiek van het prestatiedenken. Naast een centrale toelichting gaan deelnemers in break-out rooms met elkaar in gesprek over prestatiedenken in de praktijk. Aanmelden kan via de agenda van de website www.sociaaldomeinachterhoek.nl. Aanmelden kan tot uiterlijk 5 januari 2021.

Let op: alle uitspraken genoemd in de presentatie en het verslag zijn onder voorbehoud en onderhevig aan wijzigingen danwel voortschrijdend inzicht. Aan uitspraken kunnen geen rechten ontleend worden.

Verslag van sessie I **Gespreksleider Freek Mulder**

Inleiding

In deze sessie wordt ingegaan op de huidige stand van zaken, de inhoud, afbakening en de minimumeisen. De selectiecriteria volgen begin 2021. Het verslag en de presentatie van deze sessie komen op de website.



Inhoudelijke aanpassing in afbakening

Er is een wijziging in de tenaamstelling van het segment Hoog specialistisch, dat heet nu hoog complex weinig voorkomend met verblijf.

- Stel dat bij hoog complex weinig voorkomend met verblijf GGZ behandeling benodigd is. Hoe wordt hier mee omgegaan? Werken we op aparte eilandjes? Bij behandeling maken we gebruik van elkaars segmenten, ook om crisissituaties te voorkomen.
- Er ligt een concept IBC, dit betreft een behandeling en verblijf gebaseerd op twee modules. Hoe wordt hiermee omgegaan als verblijf en behandeling uit elkaar worden getrokken? Doel is om verblijf terug te dringen, dit ook ten aanzien van de transformatie. Aangegeven wordt dat IBC volledig onder de IAJ valt. Rectificatie: dit is foutief aangegeven in de gesprekstafel. De bedden van IBC vallen onder het segment Hoog Complex weinig voorkomend Met Verblijf. De ambulante behandeling valt wel onder IAJ. Er wordt een lumpsum budget afgesproken waarin alle kosten worden meegenomen. Belangrijk is wel om hierin duidelijke doelstellingen te formuleren.
- Aangegeven wordt dat er gewerkt gaat worden met meer schijven. Bijvoorbeeld bij de inzet van een OTS of een externe doorverwijzing wanneer er een hoofdaannemer/onderaannemer bij betrokken is. Er zijn meer administratieve lasten. Wordt dat ook meegenomen bij de berekening van de lumpsum? Dit zal nader uitgezocht moeten worden. Aangegeven wordt dat de gemeenten hierop terugkomen.
- Behandeling Jeugd GGZ vindt plaats door behandelaars met de juiste expertise. Hoe vindt de bekostiging plaats? Dit zal op basis van lumpsum gebeuren. Per gecontracteerde aanbieder wordt een lumpsum bedrag afgesproken.

Doelstellingen Jeugdsegmenten (onder voorbehoud)

Dit zijn de concept doelstellingen, zijn ze compleet, wordt er iets gemist?

- Continuïteit van hulpverlening voor jongeren die nog ondersteuning nodig hebben na hun 18^e of 21^e levensjaar is geborgd. Aangegeven wordt dat men zich hierin kan vinden. Doorstroom naar de Wmo dient te worden beperkt, alleen wanneer dit niet anders kan.
- Bij een aantal gemeenten kan behandeling voor een jeugdige doorlopen onder de verlengde jeugdzorg, van belang is dat dit zo blijft met de nieuwe systematiek, niet gaan begrenzen. Aangegeven wordt dat niet alle gemeenten dit op deze manier laten lopen. Er bestaan ook mogelijkheden om een reeds gestart traject vergoed te krijgen via de overgangsbepaling van de Zvw als de aanbieder niet gecontracteerd is. Want behandeling van volwassenen valt onder de Zvw. Vermeld wordt dat niet alle onder de overgangsbepaling valt (DSM). Van belang is echter wel dat de continuïteit geborgd dient te worden, ten aanzien van deze situaties wordt nog nader gekeken.
- Duidelijk het verschil tussen begeleiding en behandeling benoemen.
- Er dient duidelijk te zijn wat je als gemeenten wel en niet bekostigt, het budget is eindig. Sinds 2015 wordt meer zorg vergoed dan voorheen in de zorgverzekeringswet, zorg die gemeenten nu wel vergoeden. Wellicht zouden er hekken geplaatst kunnen worden om de budgetten. Dus dat er een apart budget beschikbaar is voor Jeugd GGZ, zodat jeugdigen en patiënten hier niet de dupe van worden. Van belang is dat er niet bezuinigd wordt in de Jeugd GGZ. De jeugdige moet de juiste zorg krijgen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van matched care.
- Meer preventief inzetten is van belang, dus ook kijken naar de voorliggende voorzieningen. Meer jeugdigen krijgen steun in de sociale basis. Doel is om uiteindelijk

minder kinderen te krijgen in de Jeugdwet. Ook de doorstroom naar de zwaardere zorg dient voorkomen te worden. Om dit te voorkomen kan er ook een waakvlamfunctie gecreëerd worden.

- Voor bepaalde doelgroepen blijft aanvullende begeleiding in de Wmo nodig. Van belang is dan goed te kijken naar de inzet van uren, lever alleen de zorg die benodigd is. Aangegeven wordt dat de gemeente straks het wat bepaald en de aanbieder het hoe. Er wordt een lumpsum bedrag afgesproken en de aanbieder kan zelf bepalen hoe het wordt ingezet. Het indiceren in uren en het productdenken zijn dan niet meer aan de orde.
- Monitoring is van essentieel belang. Van belang is dat je in gezamenlijkheid goed de doelen gaat bepalen. Er komt nog een gesprekstafel over prestatiedenken, daar komt dit ook aan de orde.
- Wellicht zou je het nog meer kunnen indikken, het gaat hier om integrale zorgverlening. Verzoek is om het onder te verdelen in sub segmenten.
- Wie is waarvoor verantwoordelijk? De hoofdaannemer is hoofdelijk verantwoordelijk voor de in te zetten zorg, een combinatie is gelijkwaardig. Dat betekent dat deze individueel aangesproken kan worden. Het ligt eraan voor welke vorm je inschrijft waarvoor je verantwoordelijk bent.
- Als er bij een gezinshuis behandeling nodig is wie pakt dit op? Wie is de gesprekspartner? Dit is nog onderwerp van discussie. Het kan zowel opgenomen worden in de lumpsum van het gezinshuis maar een andere mogelijkheid is de zorg te financieren vanuit zowel de lumpsum van het gezinshuis als de aangetrokken behandelaar/aanbieder.
- Bij BIG registratie heb je als aanbieder te voldoen aan meer kwaliteitseisen, wordt hier ook rekening mee gehouden in de financiering? Bij de bepaling van de reële kostprijs? Per gecontracteerde aanbieder wordt er gekeken naar de kostprijs en wordt gezamenlijk een lumpsum budget afgesproken.
- Hoe gaat het met het aantal plekken? Ook dit wordt uiteindelijk in de contractbesprekingen afgestemd.
- Wat is de precieze planning? Deze vraag wordt meegenomen en een overzicht van de planning zal ook op www.sociaaldomeinachterhoek.nl worden gepubliceerd.

Minimumeisen jeugdsegmenten

- Aangegeven wordt dat deze eisen ook bij andere aanbestedingen en ook in het huidige Open House naar voren komen, in die zin zijn de eisen akkoord.
- Vraag is wel aan welke eisen de onderaannemers precies moeten voldoen. Is dat aan alle kwaliteitscriteria? En ook aan de referentie eis?
- Wie is verantwoordelijk dat de onderaannemer aan de kwaliteitscriteria voldoet? En wie toetst dit? De gemeenten of de hoofdaannemer? Dit wordt nog nader geduid.

Minimumeisen Jeugdsegmenten

- Bij de referentie-eisen wordt gevraagd wat de omvang is? Aangegeven wordt dat er bijvoorbeeld een minimeis is van 100 cliënten op jaarbasis. Aanbidders die 10 cliënten op jaarbasis leveren kunnen dan eventueel gaan werken in een combinatie of als onderaannemer. Een onderaannemer kent geen getal. De vraag wordt hierbij gesteld of er dan wel goed naar de kleine lokale aanbieders wordt gekeken, er is aangegeven dat zij evenveel kans maken om aanbesteed te worden
- Wat is de omvang van de opdracht? Deze wordt gepubliceerd. Er zullen lumpsum budgetten op organisatieniveau worden afgesproken. Er wordt uitgegaan van een

totaalbedrag. Wel zullen er bandbreedtes gehanteerd waarbij als er meer of minder cliënten worden geholpen we met elkaar in gesprek treden.

- Waar moeten combinaties aan voldoen? Moeten zij aan alle eisen voldoen als gelijkwaardige partners?
- Als je nog niet weet of je gegund wordt moet je alles al geformaliseerd hebben? Dat is niet nodig op alle onderdelen. Bepaalde onderdelen hoeven pas op 1 januari 2022 ingeregeld te zijn.
- En moet je bij de inschrijving al aan alle eisen voldoen? Of kun je bijvoorbeeld in de loop van 2021 voldoen aan alle kwaliteitseisen? Dat kan ook in de loop van 2021. Bij publicatie van de aanbesteding zal duidelijk zijn wat de termijnen zijn. Let wel dat de KIWA (mijn keurmerk) pas niet meer toereikend is evenals enkel een SKJ-registratie, dit is meer een registratie dan een keurmerk en voldoet niet meer bij de nieuwe aanbesteding.
- Binnen een combinatie kan sprake zijn van verschillende keurmerken, zolang deze maar voldoen aan de eisen. Er komt een lijst met kwaliteitskeurmerken beschikbaar. Gevraagd wordt om dit zo spoedig mogelijk te delen.
- Is er na de gunning mogelijk om onderaannemers toe te voegen? Ja, dat is mogelijk maar het budget dat is afgesproken blijft hetzelfde.
- Is het mogelijk om op alles maar in te schrijven, dus zowel als onderaannemer, combinatie of zelfstandig? Dit omdat de kans van slagen dan groter is. Wordt op teruggekomen
- Wat doen we met de administratieve lasten en overdracht van cliënten als de gunning niet komt?

Minimumeisen segment IAJ

- Gepleit wordt voor aanpassing van de eisen ten aanzien van de regiebehandelaar. Deze is niet haalbaar omdat er weinig psychologen en klinisch psychologen beschikbaar zijn. In de huidige versie van het inkoopdocument zijn er minder strikte eisen.
- Evidence based. Hoe ga je om met innovatie? Sommige therapieën werken goed maar zijn niet evidence based. Hoe gaan we hiermee om?
- Er wordt zwaar ingezet op GGZ maar er wordt breder behandeld dan alleen GGZ. Hoe gaan we hiermee om? We moeten af van product denken, bij de indicatie wordt gekeken naar wat voor soort inzet dient te worden gepleegd, de gemeente is daarbij verantwoordelijk voor het wat, de aanbieder voor het hoe. Er zullen minimumeisen gehanteerd worden om de kwaliteit te borgen. Behandeling dat vroeger onder perceel 1 zat wordt ook meegenomen bij het segment behandeling.
- Vanuit de eisen ten aanzien van de GGZ; pleit dit er juist niet voor om toch tot een doelgroep afbakening te komen voor jeugdigen in de GGZ?
- Er wordt gerefereerd aan het kwaliteitsstatuut maar inmiddels is er sprake van deel 1, 2 en 3. Kan de ontwikkeling hiervan ook meegenomen worden in de eisen van de gunning?
- Komen er ook minimumeisen ten aanzien van PV en ambulante spoedzorg? Die worden ook nog nader ontwikkeld.
- Komt er nog een inhoudelijke beschrijving van de segmenten? Er zou wellicht een infoplaat opgesteld kunnen worden om de aanbieders te informeren. Verzoek is om dit zo snel mogelijk te delen.

Planning

De planning voor de Jeugd wordt doorgenomen. Op de website is altijd een actuele agenda beschikbaar.



Vragen

Mochten er nog nabranders of aanvullingen zijn dan kan dit gestuurd worden naar inkoop@sociaaldomeinachterhoek.nl

De deelnemers worden bedankt voor hun input.

Verslag sessie 2

Gespreksleider Sandra Droppers

Inleiding

Aangegeven wordt dat graag van aanbieders wordt vernomen hoe zij tegen een en ander aankijken.

Inhoudelijke aanpassingen in afbakening

Geen opmerkingen.

Conversie/dia 5

Op navraag wordt aangegeven dat GGNet als enige aanbieder van GGZ Crisisdienst geldt. Geen opmerkingen verder.

Inhoudelijke aanpassingen in IAJ segment

Geen opmerkingen.

Doelstellingen jeugdsegmenten (onder voorbehoud)

Waar begint jeugdhulp?

Gevraagd wordt of CJG als sociale basis moet worden gezien? Of eigen hulpverlening vanuit de sociale teams? Opgemerkt wordt dat per sociaal team verschilt hoe hier vorm aan wordt gegeven. Eigen hulpverlening wordt gezien als jeugdhulp maar bevindt zich eigenlijk tussen sociale basis en inzet zorgaanbieder(s) wordt aangegeven. Op het moment dat expertise vanuit de 2^e lijn nodig is zal inzet van zorgaanbieders aan de orde zijn. Graag ziet men dit wat verder uitgewerkt.

Doel toetreding hoog complex te doen afnemen middels verschuiving van hoog complexe zorg naar thuissituatie. Opgemerkt wordt dat IAJ duur(der) is en dat er ook een grens zit aan inzet van ambulante zorg in de thuissituatie. Hoe ver kunnen we ambulantiseren wordt als vraag meegegeven?

Doelstellingen segment IAJ (onder voorbehoud)

Betreft cliënttevredenheid toetsen wordt opgemerkt dat de uitkomst van een dergelijk cijfer betrekkelijk is; de cliënt en/of ouders kunnen als gevolg van impopulaire maatregelen die zijn genomen de zorgaanbieder geen hoog cijfer toekennen terwijl er zorginhoudelijk mogelijk goede zorg is geleverd. Deze uitkomst biedt geen goede weergave van wat de zorg heeft gedaan. Tevredenheid van de opdrachtgever/ de verwijzer zou gemeten moeten worden. Met daarbij de vraag: wat wil je meten/weten? Een cijfer geven voor het proces. Nu wordt er alleen uitgegaan van de cliënttevredenheid.

Preventie vanuit de aanbieder. Is iedereen zich bewust wat daaronder wordt verstaan? De rol/ het deel van de school wordt hierbij gemist. En winst is mogelijk ook te behalen bij de praktijkondersteuner van de huisarts maar ook bij ouders zelf in normaliseren.

Doelstellingen segment IAJ (onder voorbehoud)

Doel 3: hoe vertaalt zich dit naar de praktijk? Nu p x q. Bij de toekomstige (lumpsum) financiering rondom 1 cliënt; waar houdt de financiering dan voor de ene aanbieder op en begint het voor de ander als je gaat afschalen. Gewezen wordt op de algemene uitgangspunten rondom financiering die op een ander en later moment in het traject besproken zullen worden.

Volgende reacties worden nog gegeven.

Hoe is het gesteld met de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject per cliënt, bijv. jeugdzorg plus. Tot wanneer duurt die termijn?

Wat is het doel van deze andere (lumpsum) financiering?

Er wordt geroepen alles samen doen maar er zijn minder aanbieders. Zij moeten het dan als wij oplossen; wij is echter nog drijfzand.

Er wordt op gewezen dat het de bedoeling is dat deze manier problemen moet opvangen. Minder administratie en meer het hoe door aanbieders.

Tenslotte wordt nog opgemerkt dat er gezegd zou zijn dat er nog maar door 5 gemeenten jeugdzorg zou worden ingekocht terwijl er 8 gemeenten zijn. Deze verwarring wordt weggenomen door duidelijk uit te spreken dat er jeugdzorg wordt ingekocht door 8 gemeenten.

Doelstellingen segment IAJ (onder voorbehoud)

Er wordt gewezen op de mogelijkheid de zorgverzekeraar erbij te betrekken. In een andere regio heeft de gemeente een convenant afgesloten met het Zilveren Kruis.

Zo licht mogelijk inzetten van zorg na 18^e jaar. Het is een verantwoordelijkheid van alle aanbieders om jongeren richting zelfstandigheid te ontwikkelen en niet afhankelijk te maken. Tevens wordt opgemerkt dat de problematiek van GGZ jongeren niet altijd snel oplosbaar is en daarom de langdurige zorg binnen de IAJ te waarborgen bijv. in de vorm van waakvlam contact. Sneller schakelen en voorkomt ook negatieve bijwerking van her-aanmelding. Ervaring leert alleen dat niet alle gemeenten voorstander zijn van waakvlam contact. Overigens bestaat er in de regio al wel een waakvlam aanbod volgens de 'hou vast methode'.

Jongeren GGZ grens 18+ krijgen te maken met gecontracteerde en niet gecontracteerde partijen. Waar kunnen zij op terugvallen als er geen contract is met die partij? Dan geldt hetzelfde als nu met PGB gefinancierde aanbieders.

Minimumeisen Jeugdsegmenten (onder voorbehoud)

Eerder was lid zijn van beroepsvereniging voldoende? Waarom is een branchevereniging noodzakelijk? Dit moet worden nagevraagd. Begin februari zal er een sessie kwaliteit worden georganiseerd waarbij verschil branche vereniging versus beroepsvereniging ook aan de orde zal komen. Opgemerkt wordt door de aanbieders dat het wel kort dag wordt als daarna die kwalificatie nog moet plaatsvinden. Graag duidelijkheid hierover op korte termijn.

Hoofdaannemer versus onderaannemer

Gevraagd wordt waar de hoofdaannemer verantwoordelijk is en hoe ziet dat er dan uit in de praktijk. Aangegeven wordt dat de hoofdaannemer volledig verantwoordelijk is, ook voor de uitvoering. Gevraagd wordt of er in de lumpsumfinanciering voor de kosten die dit met zich meebrengt dan ook een bedrag wordt opgenomen?

Ook wordt opgemerkt dat gemeenten terug willen qua aanbieders maar op deze manier het probleem wel over de schutting gooien. Liever zou men in gezamenlijkheid hieraan vorm geven.



Er wordt de vraag gesteld of onderaannemers later nog toegevoegd kunnen worden?

Antwoord regio: Onderaannemers kunnen doorlopend worden toegevoegd gedurende de overeenkomst en na inschrijving.

Kwaliteitscertificaat

Antwoord regio: aanbieders hoeven op moment van inschrijving niet te beschikken over ISO/HKZ certificaat, maar moeten dit certificaat wel behaald hebben (certificering afgerond hebben) voordat het contract ingaat. De regio gaat aan de slag met verhelderen van dit onderdeel en hangt hier ook een reële datum aan.

Bekwaamheidsdossier

Stel je bent onderaannemer, gelden dan je voorbijgaande jaren als ervaringsjaren?

Bij referentie eisen wordt genoemd in hoeverre je als nieuwe aanbieder nog een kans krijgt? Op het eerste gezicht lijkt er weinig ruimte voor nieuwe aanbieders.

Is twee ervaringsjaren onredelijke eis wordt gevraagd? Opgemerkt wordt dat het tegenstrijdig lijkt met de innovatie die ook wordt nagestreefd. Wat weegt tegen elkaar op?

Het nuanceverschil met 2 dagen geleden wordt genoemd. Toen leek het minder genuanceerd dan nu bij IAJ wordt aangegeven. Aanvullend zal er binnen dit segment de omvang populatie/cliënt nog nader worden gespecificeerd.

Tenslotte wordt opgemerkt dat er een nieuwe coöperatie Sorg is opgericht. Deze heeft geen 2 jaar ervaring. Er wordt aangegeven dat niet de coöperatie maar de aangesloten aanbieders dat wel moeten hebben. Een ander geeft nog aan 2 jaar weinig en aan de krappe kant te vinden en wijst erop een dubbel gevoel over te houden omdat er enerzijds wel gevraagd wordt om solide organisaties maar anderzijds een mengeling van kleine organisaties die wel op moeten kunnen vangen. Als laatste wordt opgemerkt ons niet te laten leiden door kwantiteit.

Minimumeisen – segment IAJ

Er wordt de vraag gesteld of GGZ kwaliteit statuut een vervanging kan zijn van HKZ/ISO: dit is niet het geval. GGZ kwaliteit statuut is iets anders en niet gebaseerd op dezelfde inhoud als ISO/HKZ.

Kwaliteitsstatuut geldt specifiek bij IAJ; niet voor gezins- en jeugdvormen. Alleen voor GGZ zorg (basis plus spec.ggz). Geldt niet voor dagbehandeling onder percelen 5 en 6?

Gevraagd wordt of er een handboek is voor evidence based methodieken? Ja, via het NJI.

Opgemerkt wordt niet te veel protocollen te hanteren en dat je van beroepsgroepen mag verwachten dat zij evidence based zijn opgeleid. Verder wordt toegelicht dat het dus de bedoeling is dat gemeenten zich hier niet meer tegenaan bemoeien omdat zij dan te veel mee bepalen terwijl het juist de bedoeling is dat zij meer loslaten.

Opgemerkt wordt dat het niet voldoende duidelijk is of het nu minimum of maximum eisen zijn? En is het op het geheel van de IAJ van toepassing? Niet iedereen levert GGZ zorg. Dan moet het niet minimeisen IAJ genoemd worden maar minimeisen Jeugd GGZ. Vaktherapeuten bijv. wordt als voorbeeld genoemd.

Doorkijk in planning Jeugd

Er hebben een aantal wijzigingen plaatsgevonden t.a.v. de planning na de gesprekstafel van 16-12, te weten:

- Gesprekstafel segment-overstijgend van 7 januari gaat naar 11:30 – 13:30 uur. Tijdstip is dus gewijzigd;
- Er komt een gesprekstafel gericht op selectiecriteria in gezamenlijkheid met de jeugdsegmenten. Plenaire start en daarna in groepen uiteen per segment. Dit vindt waarschijnlijk plaats op 28 januari tussen en 9:00 – 11:00.

Vragen en afsluiting

- Het consulteren van een psychiater; wordt dat meegenomen in de aanbesteding? (als dat nodig is op acteren)
- Samenwerking is spannend en uitdagend;
- Lumpsum: aanbieders moeten kaders loslaten;
- Niet relevante worden losgelaten; nu te veel criteria bijv. lunch/maaltijd verzorgen bij dagdelen begeleiding groep;

De deelnemers worden bedankt voor hun deelname.

Verslag sessie 3

Gespreksleider Resie Kraaijvanger

Inleiding

Veel van hetgeen wat vandaag besproken wordt en aan bod komt, is nog onder voorbehoud. Graag hoort de regio hoe de markt over de onderwerpen denkt.

Inhoudelijke aanpassingen in afbakening

Geen opmerking.

Conversie

De ziekenhuiszorg maakt geen onderdeel uit van de toegestuurde afbakening dienstverlening Jeugd (conversie). Ziekenhuiszorg wordt onderhands aanbesteed vanwege het aantal ziekenhuizen en de beperkte omvang van de zorg. Begin 2021 worden er gesprekstafels georganiseerd om te kijken hoe de regio de ziekenhuiszorg onderhands kan aanbesteden.

Een van de deelnemende aanbieders geeft het voorbeeld dat men bezig is met een alternatief voor een bepaald product wat mogelijk over verschillende segmenten heen gaat (IAJ, Gezins- en Woonvormen (GWV) en Hoog Complex weinig voorkomend Met Verblijf (HCMV)). De aanbieder is daarmee bang niet te voldoen aan alle eisen van de verschillende segmenten.

Als er behoefte is aan nieuw aanbod, staat de regio altijd open om hier het gesprek over te voeren. Wij kunnen nu niet zomaar een opdracht wezenlijk wijzigen. Het feit dat wij nu producten loslaten en naar diensten gaan in de segmenten, is juist met het idee om bij te dragen aan innovatie. Het moet niet als schotten werken. Wij zijn wel van mening dat dit juist bijdraagt. Het kan natuurlijk zijn dat een aanbieder een dienst in de markt zet die schuurt tussen twee segmenten of overlap heeft, hier gaan we dan over in gesprek tijdens de contractfase en maken we afspraken over. De regio gaat niet van tevoren alles dichtzetten.

Een andere aanbieder oppert het idee om met zorgprofielen te werken wat een manier is om de



afbakening in de zorg die geleverd wordt te weergeven. Gaan jullie dat nog toevoegen of is dit iets wat voor deze regio ontwikkeld gaat worden?

De regio is niet voornemens om met zorgprofielen te werken. Wel wordt er een specialisatielijst uitgevraagd aan de inschrijvers; wat voor type zorg kunnen ze bieden binnen het segment IAJ? De ene aanbieder zal andere type zorg bieden in het segment dan de ander. We gaan een lumpsumbedrag afspreken voor de zorg die de aanbieder levert. Het is aan ons als gemeenten om te zorgen met de inschrijvingen die we krijgen, te kijken naar kwaliteit en dekkend aanbod. Dat is de vervolgstap. En als dit onvoldoende blijkt te zijn, moeten we uitwijken naar meer aanbieders of gesprek aangaan met geselecteerde aanbieders om te kijken of ze kunnen verbreden of nog bepaalde samenwerking(en) aangaan met andere aanbieders.

Er wordt gevraagd of er meer verteld kan worden over het aanbiedersveld (aantal) waar de regio mee wil gaan werken? Er zijn op dit moment nog een aantal afhankelijkheden, zoals regionaal/lokaal aanbod en keuze voor hoeveel gemeenten bedienen, waardoor het nu nog niet mogelijk is om het aantal van te contracteren aanbieders te geven. Het huidige aantal ligt boven de 200 aanbieders. Het streven is om zeker naar minder aanbieders te gaan. Tijdens de publicatie van de aanbesteding nemen we het streefaantal van aanbieders op, zodat duidelijk is voor de inschrijver wat men kan verwachten.

Reactie regio: We gaan per subsegment een minimum aantal aanbieders bepalen (met een ruime bandbreedte).

Daarnaast wordt de vraag gesteld of aanbieders(-combinaties) kansrijker zijn voor selectie wanneer zij meerdere (sub)segmenten kunnen aanbieden? Wil de regio dat aanbieders al samenwerken bij inschrijven? Als men dat nu al weet, gaan ze nu al actief die samenwerking opzoeken. Het heeft wel de voorkeur dat aanbieders al samenwerken bij inschrijven, maar is niet verplicht. Intern zijn we er nog niet over uit of aanbieders(-combinaties) kansrijker zijn voor selectie wanneer zij meerdere (sub)segmenten kunnen aanbieden, hier komt de regio nog op terug. Rectificatie: het selecteren van meer subsegmenten maakt niet automatisch een inschrijver meer kansrijk, maar in de selectiecriteria zal integraliteit van aanbod wel onderdeel zijn. Neemt niet weg dat je dat als aanbieder wel al kan starten met de samenwerking opzoeken, ook al is dat nu nog niet bekend.

De regio is zich bewust dat op het moment nog niet alle kaders en kwaliteitseisen duidelijk zijn. Er zitten nog afhankelijkheden in waar eerst een keuze in gemaakt moet worden. Dit proces waar gemeenten en aanbieders samen inzitten, is inherent aan een aanbesteding. Van tevoren is nog niet duidelijk welke aanbieders gaan inschrijven, wat de kwaliteit gaat zijn, wat ze gaan aanbieden, definitieve kosten, etc. Bij publicatie van de aanbesteding zullen alle kaders en kwaliteitseisen wel duidelijk zijn en benoemd worden in de stukken. Daarnaast volgen er in januari en februari nog een aantal gesprekstafels.

Inhoudelijke aanpassingen in IAJ segment

Randvoorwaarden zijn wat anders dan de minimeisen. Randvoorwaarden is iets wat een aanbieder ingeregeld moet hebben bij start van dienstverlening (uitvoering van opdracht). Minimeisen moet een aanbieder op voorhand aan voldoen en kunnen aantonen, dus bij inschrijving al.

De specifieke randvoorwaarden voor IAJ komen later nog aan bod. Bijvoorbeeld de aard van de dienstverlening, verwachting t.a.v. samenwerking, verwachting t.a.v. beroepsprofessionals, etc. Als



regio gaan wij niet op het HOE zitten, maar stellen wij wel een aantal eisen aan de dienstverlening. De regio zal de randvoorwaarden van IAJ en bijbehorende subsegmenten delen, ter voorbereiding op volgende keer.

Een van de deelnemers vraagt wat de randvoorwaarden van hoog specialistische zorg (top GGZ) wordt? Er worden een aantal eisen gesteld aan type zorg en specialismen; specialistisch, hoog specialistisch, etc. Daar maakt de Achterhoek andere keuzes in; blijft dat zo?

Onder voorbehoud; er zijn nog geen randvoorwaarden gesteld aan type specialismen, omdat we het product-denken loslaten. Het stuk hoog specialistisch (top GGZ) moet nog verder uitgedacht worden binnen de regio. Nemen we mee.

Reactie regio: TOP GGZ-keurmerk wordt binnen IAJ waarschijnlijk geen vereiste voor leveren van hoog-complexe zorg. We denken niet meer in hoog-complexe producten. Binnen IAJ dient per subsegmenten alle vormen van complexiteit te kunnen worden bediend door de set aan gecontracteerde aanbieders.

Doelstellingen jeugdsegmenten (onder voorbehoud)

Geen opmerking.

Doelstellingen segment IAJ (onder voorbehoud)

Een van de deelnemers zou graag aanvullend onderscheid zien in casusregie en procesregie; doen jullie dat? Ja, dit staat ook in de algemene stukken beschreven, niet specifiek bij deze IAJ doelstellingen benoemd.

De regio is natuurlijk ook met selectiecriteria bezig. Doel is wel dat alles op elkaar aansluit, oftewel doelstellingen met selectiecriteria.

Er wordt een compliment gegeven aan de regio over de meters die in de tussentijd gemaakt zijn: het specifiek maken voor IAJ, en ook voldoende aandacht voor overgang naar 18+.

Minimumeisen Jeugdsegmenten (onder voorbehoud)

Lijst van goedgekeurde certificaten en/of keurmerken wordt met de markt op korte termijn gedeeld. Geldt ook voor de lijst met goedgekeurde brancheverenigingen.

Hoofdaannemer versus onderaannemer

Een deelnemer vraagt zich af tot hoe ver de verantwoordelijkheid van de hoofdaannemer gaat t.o.v. de onderaannemer. Eisen voor hoofdaannemer gelijk aan onderaannemer. Tot hoever gaat het?

Het gaat om minimumeisen; die zijn afdwingbaar. Hoofdaannemer is altijd verantwoordelijk dat de onderaannemer ook aan de minimumeisen voldoet. Als het passend is binnen de minimumeisen die hier staan, dan kan het.

Hoe ver gaat de verantwoordelijkheid? Als de onderaannemer voldoet aan minimumeisen en het vertrouwen is er, tegelijkertijd kunnen er incidenten plaatsvinden en wie is dan verantwoordelijk?

Voor de regio is de hoofdaannemer verantwoordelijk voor alle onderaannemers, ook voor de uitvoering. Daarom willen we als regio hoofdaannemers daar ook nadrukkelijk op wijzen; goede afspraken maken met onderaannemers en wees selectief.



Er wordt de vraag gesteld of onderaannemers later nog toegevoegd kunnen worden?

Antwoord regio: Onderaannemers kunnen doorlopend worden toegevoegd gedurende de overeenkomst en na inschrijving.

Kwaliteitscertificaat

Verscherping kwaliteitscertificaat; spreekt over HKZ-certificering. Werkt de regio met een overgangperiode? Certificaat is niet direct te regelen. Is wel essentieel voor de aanbieders om te weten, want zal voor veel aanbieders gelden. Bijvoorbeeld certificering lukt niet binnen drie maanden en dan kunnen we er niet aan voldoen.

Antwoord regio: aanbieders hoeven op moment van inschrijving niet te beschikken over ISO/HKZ certificaat, maar moeten dit certificaat wel behaald hebben (certificering afgerond hebben) voordat het contract ingaat. De regio zal bij publicatie een reële datum communiceren. Lukt dit niet, wordt deze inschrijver alsnog uit de selectie geplaatst. De regio gaat aan de slag met verhelderen van dit onderdeel en hangt hier ook een reële datum aan.

Branchevereniging

Er wordt de vraag gesteld hoe de regio objectieve criteria gaat stellen aan de branchevereniging om te bepalen of deze voldoet? Wie bepaalt 'gelijkwaardige' vereniging? Plus als de branchevereniging niet goedgekeurd wordt, dat een aanbieder dan nog wel voldoende tijd krijgt om dit te regelen. Dit moet de regio nog verder verscherpen, nemen we mee. Hier komen we een volgende keer op terug, naar verwachting in de sessie kwaliteit van februari.

Bekwaamheidsdossier

Bij een aanbesteding kunnen we geen garantie geven wie wel en niet geselecteerd worden. We zijn als gemeenten aanbestedingsplichtig. We kunnen geen voorkeuren laten spreken en we kunnen aanbieders buiten de regio niet uitsluiten. Des te meer reden om het bekwaamheidsdossier goed te vullen en te kunnen aantonen dat je voldoet aan de eisen en randvoorwaarden die gesteld worden. De aanbesteding moet niet onderschat worden; je doet als aanbieder één keer een aanbod.

Bij inschrijving weten de aanbieders waar ze aan moeten voldoen. Behoeft is om inhoudelijk meer te weten komen over wat er in het bekwaamheidsdossier moet komen. Dit zal bij de volgende sessie meer uitgediept worden.

Minimumeisen – referentie-eisen

Bij de referentie-eisen benoemen wij de eis dat een aanbieder 2 jaar aantoonbare ervaring moet hebben. Hiervoor geldt natuurlijk dat de nieuwe coöperaties en samenwerkingen op eigen naam geen twee jaar ervaring nog hebben kunnen opdoen, maar dat dan de aangesloten organisaties dit aantoonbaar moeten kunnen maken.

Er wordt de vraag gesteld of de aanbieders schrikken van de minimaal 2 jaar aantoonbare ervaring. Aanbieders schrikken hier niet van. De derde eis ten aanzien van het aantal cliënten zal volgens de aanbieders meer een drempel zijn dan het aantal jaar.

De eis t.a.v. ervaring met werken met bepaalde populatie zegt op zichzelf niet zoveel, vandaar de eis t.a.v. aantal cliënten toegevoegd. Om zo er zeker van te zijn dat aanbieders wel een bepaald aantal cliënten aan kunnen. Ook om te toetsen of we voldoende partijen hebben geselecteerd.



Maakt regio ook onderscheid in type zorg; complexe zorg is intensief en veel minder cliënten, terwijl lichtere zorg zelfde duur veel meer cliënten aan kan. Moet de regio niet kijken naar capaciteit? Daarnaast geeft een aanbieder aan dat deze eis (aantal cliënten) mogelijk de kwaliteit van zorg niet ten goede komt. Bij hele specialistische zorg, heb je nooit veel aantal cliënten.

De regio geeft aan dat dit de ondergrenzen zijn. Vraag is of we het zo complex moeten maken (onderscheid in type zorg), of tijdens selectiefase toetsen of we dekkend aanbod hebben en anders daarop acteren en zorgen voor dekkend aanbod.

Wij hopen dat dergelijk specialistisch aanbod ook in een samenwerking of onderaannemerschap-constructie zit. Deze eisen zorgen wel voor een eerste schifting, maar moet niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. Dit nemen we mee.

Minimumeisen – segment IAJ

Er wordt de vraag gesteld of GGZ kwaliteit statuut een vervanging kan zijn van HKZ/ISO: dit is niet het geval. GGZ kwaliteit statuut is iets anders en niet gebaseerd op dezelfde inhoud als ISO/HKZ.

Een van de deelnemers geeft reactie op punt vier rondom opleidingsniveau. Je hebt verpleegkundigen die BIG geregistreerd zijn op MBO- en HBO-niveau. Voorstel om punt 4 uit te breiden met 'tenminste MBO' voor verpleegkundige BIG-geregistreerd. Daarnaast worden de volgende regiebehandelaars gemist in het rijtje:

- Orthopedagoog generalist (wettelijk bevoegd regiebehandelaar);
- Verpleegkundig specialist (landelijk specialist);
- Regiebehandelaar in de jeugd.

Het idee wordt geopperd om te verwijzen naar de jeugdwet, daar zijn de eisen t.a.v. GGZ behandelaren ook in opgenomen. Wanneer de jeugdwet wijzigt, wijzigen ook onze minimumeisen mee.

Punt vijf gaat over de inzet van vrijwilligers, maar hoe zit het met stagiaires? En ervaringsdeskundigen; hoe gaat de regio daar mee om?

Zowel stagiaires als ervaringsdeskundigen is van toepassing bij alle segmenten. We gaan het meenemen en komen hierop terug.

Doorkijk in planning Jeugd

Er hebben een aantal wijzigingen plaatsgevonden t.a.v. de planning na de gesprekstafel, te weten:

- Gesprekstafel segment-overstijgend van 7 januari gaat naar 11:30 – 13:30 uur. Tijdstip is dus gewijzigd;
- Er komt een gesprekstafel gericht op selectiecriteria in gezamenlijkheid met de jeugdsegmenten. Plenaire start en daarna in groepen uiteen per segment. Dit vindt waarschijnlijk plaats op 28 januari tussen en 9:00 – 11:00.

Vragen en afsluiting

Er worden vragen gesteld over lopende subsidies en transformatie projecten; worden deze meegenomen in de aanbesteding en loopt dit dan ook in de lumpsum financiering?

Alle separate financiering en lokale projecten die lopen, die blijven zo. Zijn geen onderdeel van de aanbesteding.



Vraag t.a.v. de kwaliteitsinstituut GGZ; is een eis vanuit de zorgverzekeringswet. Je hebt niet altijd te maken met zorgverzekeringswet (bij volwassenen). Hoe gaat de regio hiermee om? Tip om hier nog even goed naar te kijken als regio zijnde.