

Informatiesessies inkoop Jeugd, maart/april 2021

Veel gestelde vragen en antwoorden over segment 4: Veel voorkomende zorg

Vragen over segment(en)

1. Wat zijn de ideeën over op- en afschalen als gedurende het traject andere zorg nodig is?

Hier komen we later in het proces bij jullie op terug, zodra meer bekend is over segment 4. In segment 1 willen we een andere procedure volgen: eerst de selectie van de aanbieders en daarna de verdere uitwerking.

2. Wanneer er sprake is van een segmentwijziging, hoe gaat dat dan? Er is een vertrouwensrelatie opgebouwd.

Als tussentijds zaken naar boven komen die om een wijziging van segment vragen, moet dat voor de cliënt zo prettig mogelijk worden opgelost. Is de vertrouwensrelatie van belang, dan is het aan cliënt en nieuwe zorgaanbieder om te bepalen of de huidige aanbieder tijdelijk als onderaannemer moet doorgaan.

3. Kunnen vormen van hulpverlening in het 4^e segment parallel lopen, als iemand meerdere problemen heeft waar meerdere disciplines voor nodig zijn?

Ja, het is vooral nog de bedoeling om dit te handhaven.

4. Het stapelen van meerdere segmenten, hoe ga je daar mee om?

Als er inderdaad sprake is van meerdere segmenten, dan zouden er wellicht twee trajecten naast elkaar lopen, dit is echter nog onderdeel van uitwerking. Juist segment 1 is bedoeld voor samenhang en combinaties van zorgvragen.

5. Bij complexere zorgvragen moet ook andere expertise ingezet worden.

Onder segment 1 willen we combinaties van zorgaanbod bundelen, juist voor samenhang. Nu zien we vaak losse behandelingen, veelal met verschillende verwijzers. We gaan in deze regio aan de voorkant zorgvuldig triageren om te bepalen onder welk segment (1 of 4) de zorg voor een jongere valt.

6. In de presentatie zie ik twee producten in segment 4; zitten er nog meer producten in segment 4?

Ja. Denk dan aan de begeleiding van jeugdigen en behandeling van enkelvoudige problematiek. Er zitten nog steeds GGz-behandelingen en jeugdopvoedhulp in segment 4.

Vragen over het gewenste aantal en soort aanbieders

7. Wat schiet de cliënt op met de nieuwe inkoopstrategie?

Kort gezegd; kwaliteit en beschikbaarheid van zorg. De toegang kan bijvoorbeeld beter verwijzen. In segment 1 wordt de cliënt sneller geplaatst en komt er een integraal aanbod. In segment 2 zijn mensen beter te plaatsen in een passend woonaanbod. In segment 4 schiet de cliënt er wat mee op, omdat door de gemeenten beter op de kwaliteit en/of de geselecteerde aanbieders kan sturen.

8. Straks gaan minder aanbieders zorg leveren. Kunnen jullie een indicatie geven van het aantal?

Nee, nog niet. We zijn nu input aan het ophalen. We zijn in gesprek met verwijzers (toegangsteams, gecertificeerde instellingen, huisartsen) over de vraag wat zij wenselijk en passend achten zodat er nog voldoende keuzemogelijkheden blijven. In de komende tijd gaan we ook aanbieders bevragen.

9. U geeft aan in gesprek te zijn met huisartsen. Is dat de weg om zicht te krijgen op zorgaanbieders?

De 140 aanbieders zijn vooral op beschikkingsniveau bekend. Op termijn willen we per gebied gaan kijken, specifiek inzoomen op ontwikkelingen en op basis daarvan met partijen het gesprek aangaan. Voor de gemeenten zijn, naast de gesprekken met zorgaanbieders, ook de huisartsen een belangrijke gesprekspartner.

10. Bedoelen jullie met ‘dichter bij de jeugdige’ dat er sprake zal zijn van gebiedsgerichte inkoop?

Zoveel mogelijk in één gebied is inderdaad één van de uitgangspunten. De gedachte achter vier gebieden is meer samenhang in het zorgaanbod doordat de partijen met elkaar de ontwikkelingen beter kunnen volgen, en sneller kunnen signaleren als het ergens hapert.

11. Zijn die vier gebieden bekend?

Dat wordt nu bekeken. Enkele gemeentes zijn onderling nog in gesprek over de vraag bij welk gebied deze worden ingedeeld.

12. Een aanbieder kan kinderen hebben in alle vier de gebieden. Is dat toegestaan?

Ja, als een aanbieder in elk gebied actief wil zijn, dan kan die zich inschrijven voor alle vier gebieden.

13. Er is steeds gezegd dat er oog is voor kleine praktijken vanwege de diversiteit en keuzevrijheid. Wat bedoelen jullie met volume?

We verwachten dat je in staat bent om een x aantal klanten te kunnen bedienen.

14. Worden de gestelde eisen aangescherpt, om te komen tot minder aanbieders in segment 4?

Er komen deels scherpere kwaliteitscriteria waar de aanbieder aan moet voldoen, en er worden inhoudelijke eisen gesteld om de kwaliteit van de zorg en de sturing daar op te borgen en/of verbeteren. Omdat we ons aan de aanbestedingsregels moeten houden, kunnen we hier nu nog niet verder op in gaan.

15. Gaan jullie aan de voorkant meer kwaliteitsvragen stellen, maar kies je wel voor ‘open house’? Of gaan jullie kwaliteitsvragen stellen en op basis daarvan een x-tal aanbieders selecteren?

We hebben die keuze nog niet gemaakt. Meer kwaliteitseisen stellen is een politieke wens, gezien ook de diverse landelijk discussies hieromtrent.

16. Jullie noemen minder aanbieders overzichtelijk, maar voor ouders zijn kleine aanbieders juist overzichtelijk.

We doen dit niet alleen om als gemeente minder aanbieders te hebben. Maar ook omdat onder andere toegangsteams en huisartsen aangeven dat het huidige aantal van 140 aanbieders onoverzichtelijk is. Ouders kunnen een pgb aanvragen, als zij een andere aanbieder kiezen.

17. Wat wordt verwacht van de zorgaanbieders voor wat betreft het samenwerken en samenwerkingsverband?

Alleen voor segment 1 willen we één partij contracteren, waarbij we verwachten dat dit een samenwerkingsverband zal zijn. Voor segment 4 zijn we nog niet zo ver. Wij maken nu bewust een tussenstap naar gebiedsgericht. Met per gebied een samenspel van aanbieders met lokale binding. Daarmee denken we scherper te kunnen sturen en ontwikkelingen beter in beeld te krijgen.

18. Als aanbieders samen willen inschrijven, hoe groot moet de groep dan zijn om serieus mee te kunnen doen?

Die vraag is helaas niet generiek te beantwoorden.

19. Wij werken met collega's samen in verschillende dorpen en steden. Hoe zie je de vier gebieden voor je?

Als samenwerkingsverband kun je bekijken welke van de vier gebieden het meest interessant is. Of de focus ook leggen op meerdere gebieden.

20. Kun je je als coöperatie inschrijven voor de aanbesteding om gezamenlijk gecontracteerd te worden?

Een samenwerkingsverband kan zich als partij inschrijven, waarna na gunning alle deelnemers samen uitvoering gaan geven aan het contract.

21. Wordt het voor gemeenten overzichtelijker om te werken met een coöperatie?

Een samenwerkingsverband waarin meerdere aanbieders verenigd zijn, die gezamenlijk één inschrijving doen en waarbij 1 contract gemanaged moet worden, maakt het voor de gemeenten inderdaad overzichtelijker. Bijvoorbeeld het overdragen van een cliënt van aanbieder naar aanbieder geeft in de praktijk complicaties voor cliënt, gemeente en uiteindelijk ook voor aanbieders. Een samenwerking waarbij tussen partijen sprake is van integraliteit in de manier van werken, past daarom binnen de doelstellingen.

22. Hoe wordt er omgegaan met de heel gespecialiseerde aanbieders?

Het uitgangspunt is dat ook gespecialiseerde aanbieders een plek vinden binnen het zorglandschap, bijvoorbeeld door onderdeel uitmaken van een samenwerking. Het is niet de intentie om specialistische aanbieders een status aparte toe te kennen binnen de aanpak.

23. Gesproken wordt over onderwijs en speciaal onderwijs. Wat is het verschil?

Bij dagbehandeling gaat het over jeugdigen die op school uitvallen. Voor jeugdigen in het speciaal onderwijs (met name bij die scholen waar jongeren zitten met verstandelijke beperkingen) geven wij de beschikking af op persoonlijke verzorging, begeleiding etc.. We vinden dat ook de school hier een taak in heeft. Nu is afgesproken dat we niet meer individueel gaan beschikken, maar een collectief budget toekennen aan de school.

24. Aanbieders werken vaak met het hele gezin, of met ouders en kind. Wordt daar rekening mee gehouden?

Ja, daar houden we rekening mee. We weten dat in dit segment ook hulp geboden wordt aan gezinnen, en dat blijft ook de wens.

25. Hoe wil de gemeente wachtlijsten wegwerken met minder aanbieders?

Er zal ingezet worden op een betere doorstroming om wachtlijsten te verminderen. Daarnaast wordt scherper gekeken of de verwijzing wel thuishoort bij jeugdzorg en op normaliseren. Dat moet leiden tot minder instroom. Daarnaast geldt dat zorgaanbieders die zich inschrijven een bepaalde mate van capaciteit moeten kunnen leveren. Tenslotte wordt met het reduceren van het overdragen van cliënten van de ene aanbieder naar de andere -met daar regelmatig aan gekoppeld wachttijden en overbruggingszorg- ook gereduceerd op wachtlijsten. Tenslotte is het de capaciteit van zorgverleners die bepalend is voor de zorgcapaciteit en niet per sé het aantal aanbieders.

26. Kan ik als onderaannemer meedoen?

Ja, u kunt zich bij een partij aanmelden die aan de aanbesteding deelneemt, of in later stadium als deze gecontracteerd is.

27. Hoe kijk je aan tegen hoofd- en onderaannemerschap, op het gebied van kwalitatieve eisen?

Een hoofdaanbieder kan kiezen voor een onderaannemer. De hoofdaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en zal de onderaannemer moeten toetsen op de (aangescherpte) kwaliteitseisen.

28. Komen er meer verschuivingen? Ik hoop dat deze nieuwe inkoop niet ten koste gaat van de jeugdigen.

Zoals u weet is de zorg volop in beweging. De uitdaging voor wat betreft het maximaliseren van de kwaliteit van zorg bij een beheersing van uitgaven is volop gaande in Nederland. Verschuivingen zullen er ook in de toekomst zijn, maar steeds met de belangen van de jeugdigen nadrukkelijk in het vizier.

Vragen over de regio

30. Als jullie gaan werken met vier gebieden kan dat voor cliënten bepaalde behandelingen uitsluiten.

Het uitgangspunt is dat per gebied tot een dekkend zorglandschap wordt gekomen.

31. Kan ik als kleine aanbieder niet worden uitgesloten als in het andere gebied geen andere aanbieder dat aanbod kan leveren?

U kunt zich voor meerdere gebieden inschrijven.

32. Kijkt de Regio Hart van Brabant ook naar werkwijzen in andere regio's?

Ja, we hebben regelmatig contact en overleg met andere regio's, zowel in Brabant als daarbuiten. De inkoopvormen verschillen, maar we proberen wel de goede dingen van elkaar over te nemen.

Vragen over toegang

33. Gaat bij dit segment de toegang een grotere rol spelen, of blijft de verwijzing van de huisarts leidend?

In dit segment komt circa 40 % van de verwijzingen van de huisartsen. Huisartsen mogen blijven verwijzen. Aan huisartsen wordt gevraagd om bij complexe casussen (segment 1) te verwijzen naar de toegang. Die kan dan een integrale plan van aanpak maken en in de casus de regie voeren.

Een huisarts heeft een beperkte tijd voor de casus waarin zij de analyse moeten maken. Minder aanbieders, duidelijkere richtlijnen en betere communicatie met het onderwijs zouden zij ook waarderen.

34. Je gaf aan dat er zorg in dit segment zit die er eigenlijk niet thuishoort?

We merken nu dat er soms beschikkingen gevraagd worden voor hulp die in een ander domein thuishoort, zoals zorgverzekeringwet, aanvullende verzekering of onderwijs of ondersteuning die voorliggend is.

35. Het is wel een grijs gebied.

We zijn druk bezig met aanbieders en het onderwijs om het grensvlak jeugdhulp en onderwijs te 'ontgrijzen'. Toch zal dit de medewerking van alle betrokkenen vergen om deze situatie te verbeteren.

Vragen over bekostiging en contracten

36. Wat wordt de contracttermijn?

Bij dit segment staat 'nader te bepalen', want voor segment 4 is dat nog niet concreet ingevuld. Naar alle waarschijnlijkheid kiezen we voor een tussenfase, waarbij een kortlopend contract wordt afgegeven met optie tot verlenging. In het tweede jaar zouden we een doorontwikkeling kunnen laten plaatsvinden.

37. Naar mijn idee maakt een echte verandering het meeste kans met een vierjarig contract.

Wij zijn zelf ook van mening dat wanneer je een duidelijke verandering wilt maken en er voor partijen een grote opgave tot transformatie is, je moet kiezen voor een langere contracttermijn. Nu zitten we in segment 4 echter in een overgangsfase, waarbij het beter is de contracttermijn kort te houden zodat tussentijds aanpassing mogelijk is.

38. Willen jullie afstappen van de arrangementensystematiek?

Er is een evaluatie geweest, waaruit blijkt dat de bandbreedtes in de financiering te groot zijn. Voor aanbieders die hulp leveren in slechts enkele intensiteiten pakt het systeem nu soms relatief erg voor- of nadelig uit. De huidige systematiek is met name passend voor aanbieders die een flink aantal arrangemententypen en intensiteiten leveren.

Voor nu willen we de systematiek in aangescherpte vorm nog tijdelijk voortzetten.

39. Als jullie de arrangementen er in houden, blijft dan hoofd- en onderaannemerschap bestaan?

Deels blijft het bestaan. Waarbij de aantekening dat als de zorgvraag complexer wordt, de klant naar segment 1 overgaat.

40. P x Q financiering is administratief een stuk eenvoudiger. Waarom willen jullie hiermee wachten?

Een verandering kost tijd en daar willen we de tijd voor nemen. PxQ en de controle daar op brengt bijvoorbeeld ook weer een bepaalde administratieve belasting met zich mee.

41. Wij bieden zorg in verschillende segmenten. Komt er een gecombineerd contract?

Nee, een gecombineerd contract is niet mogelijk. Maar je kunt wel op meerdere segmenten inschrijven. Straks hebben we vier segmenten voor jeugdhulp en zijn er meerdere inkooptrajecten. Elk inkooptraject heeft zijn eigen eisen.

Vragen over proces/planning aanbesteding

42. Regio Hart van Brabant is opgesplitst in vier gebieden. Moet je je apart voor elk gebied inschrijven?

Dit is een keuze die de aanbieder zelf moet maken. Wanneer u in vier gebieden zorg wil leveren, dan schrijft u zich in voor 4 gebieden (en schrijft u dus 4 keer in).

43. Ga je dat vier keer in de aanbesteding wegzetten of kan je vier percelen aanklikken?

Wanneer er sprake is van vier percelen moeten er formeel vier aparte inschrijvingen plaatsvinden. We gaan kijken welke uniformering mogelijk is, bijvoorbeeld bepaalde gegevens meerdere keren kunnen uploaden. Of aanbieders bijvoorbeeld op het voorblad percelen kunnen aankruisen, moet nog besproken worden. We proberen het vanzelfsprekend zo gemakkelijk mogelijk te maken.

44. Wanneer weten jullie, puur qua planning, welke richting het opgaat?

Streven is eenieder zo min mogelijk vermoeien met aanbestedingsperikelen. Wel geldt dat de open house systematiek (de meest eenvoudige manier van aanbesteden) momenteel niet de voorkeur heeft, gezien de landelijke discussies daarover. Er moet dus nog worden gekozen. Met een groot aantal betrokkenen en besluitvormingsprocessen is het niet goed mogelijk de planning goed te duiden op dit moment.

45. Weten jullie al welke aanbieders niet geselecteerd worden? Gaan jullie die op voorhand inlichten?

Nee, we stellen criteria op. Aan de hand van deze criteria kan de aanbieder zelf inschatten of hij aan de criteria voldoet.

46. Wanneer wordt er overgegaan naar nieuwe contracten?

Het is de bedoeling dat er in 2022 nieuwe contracten worden afgesloten, maar we zitten nog vroeg in het besluitvormingsproces. Dit moet nog nader worden ingevuld.

Vragen over de overgangperiode

47. Als je nu trajecten hebt lopen en niet in de nieuwe aanbesteding, stopt de zorg dan?

Er zal altijd sprake zijn van een termijn van afronding c.q. afronding van lopende zorg. Is na x maanden na de ingangsdatum van het nieuwe contract zorg nog niet afgerond, dan zal overdracht van een cliënt aan de orde zijn.

Overige vragen

48. Gaan we terug naar de stapelbeschikkingen?

We willen hier vanaf, maar we hebben gemerkt dat dat lastig is. In de hoog complexe gevallen zijn we straks sowieso af van de stapelbeschikkingen, omdat het in die casussen helder is dat er integrale hulp nodig is.

49. Sommige hulp aan ouders kan onder de zorgverzekering vallen, dat kan kosten in de jeugdzorg besparen.

We zijn in gesprek met zorgverzekeraars. Je kan ouders binnen de jeugdwet behandelen als sprake is van een opgroevraagstuk, want de Jeugdwet gaat ook over gezinssystemen. Als de geboden hulp aan de ouder valt onder de zorgverzekering, is het aan de aanbieder dat aan te geven. In dit segment speelt ook normalisering een belangrijke rol. We willen een duidelijkere scheidslijn tussen jeugdhulp en het voorliggend veld.

50. Is corona in de analyse meegenomen?

We kijken in de analyse over een bestek van meerdere jaren, we kijken ook naar maatschappelijke trends. Dus ook de situatie met corona wordt meegenomen, al is dat complex.

51. Als er sprake is van pleegzorg of gezinshuiszorg, kun je dan aanvullende modules inzetten?

We maken onderscheid tussen verblijf met behandeling en wonen. In geval van wonen kan er vanuit een ander segment zorg worden ingezet indien nodig. Er komt dan een extra beschikking voor.

52. Jullie zetten in op systeemgerichte hulp, maar kijken scherper naar het snijvlak jeugdzorg en niet-jeugdzorg.

We zetten inderdaad in op systeemgericht werken. Maar indien er geen sprake is van jeugdhulp verwijzen we naar het juiste domein.

53. Waarom kies je voor een apart product ADHD? Naar mijn idee wringt dat met normalisering.

Al voor de transitie zit een deel van de ADHD-hulp (de ADHD +) deels bij de ziekenhuizen. Als de start bij de jeugd complex is, dan begint de hulp bij de ziekenhuizen. Daarom wordt dit al vanaf 2015 door gemeenten ingekocht bij de ziekenhuizen. Vanuit verwijzers en huisartsen is dit product gewenst.