

Verslag marktconsultatie JGGZ op dinsdag 1 juni 2021 van 10:00 tot 12:00 uur.

Aanwezigen: School & Family Support, Eleos, Stichting 's Heerenloo, Cascade, Pluryn, Ago Natura, Psycho Praktijk Emmeloord, Centraal Nederland landelijke protestants-christelijke SBD, Therapeutisch Centrum GGZ, Driestar Educatief

Sarah van Os, beleidsadviseur Jeugd (gemeente Urk)
Tineke van der Pol, beleidsadviseur Sociaal Domein (gemeente NOP)
Marco Bron, strategisch beleidsadviseur Sociaal Domein (gemeente NOP)
Karin Blikendaal, inkoopadviseur Sociaal Domein (gemeente NOP)

De aanwezigen worden welkom geheten bij de 2^e digitale marktconsultatie. Aan de hand van een presentatie wordt het programma nader toegelicht. Van de bijeenkomst wordt een verslag gemaakt en deze wordt gepubliceerd op TenderNed.

Het eerste deel gaat met name over de inhoud:

- Terugkoppeling van de vorige marktconsultatie;
- Toelichting 'Stip op de horizon'
- Gesprek, interactief, over enkele thema's

vervolgens is er een korte pauze en daarna is er in het tweede deel ruimte voor een toelichting op inkoop en tarieven.

De presentatie zal als bijlage bij dit verslag worden gepubliceerd.

Terugkoppeling marktverkenning 16 februari jl.

Er is destijds met elkaar gesproken over de 1500 minuten grens en de gevolgen daarvan op de zorgvolumes binnen gemeente budgetten. We willen uiteindelijk naar een situatie waarbij de focus is gericht op resultaten in plaats van op inzet.

We zien verschillende vormen van zorg binnen een ggz traject: begeleiding, behandeling, specialistisch, diagnostisch, nazorg e.d. In de toekomst willen we kritisch kijken waar we zorg inzetten. We willen de juiste zorg op de juiste plaats.

Na de vorige marktconsultatie is er een stip op de horizon bepaald. Op landelijk niveau worden er trends en ontwikkelingen gezien binnen de JGGZ. De juiste zorg op de juiste plaats hier een duidelijk voorbeeld van. Gemeenten krijgen vanuit deze landelijke en regionale ontwikkelingen taken en opdrachten aangereikt en dienen dat te vertalen naar lokaal beleid. Zo is ook de nieuwe koers Sociaal Domein ontstaan.

Toelichting 'stip op de horizon'

1. *Preventief waar kan en specialistisch waar nodig:* De gedachte is om de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn te versterken. We willen investeren in de toegangsprofessionals, omdat zij voor een groot deel bepalen wie welke zorg krijgt. Op dit moment verlopen de meeste verwijzingen naar de GGZ via de huisartsen. De behandeling van lichte problematiek kan meer in de eerstelijns worden uitgevoerd, maar dat betekent dat we moeten investeren in deze toegang en eerste lijn GGZ-zorg bij de huisartsen. Wij willen kijken wat de rol van de POH is en hoe we deze rol kunnen versterken. We willen hierbij gaan kijken naar de rol van de POH binnen het sociaal domein en gaan investeren in een eventueel onafhankelijke POH Jeugd GGZ bij de huisartsen. Het is goed om te benoemen dat er een verschil is in inzet POH bij gemeente Urk en NOP. Op Urk wordt door huisartsenpraktijken zelf POH ingezet, de gemeente subsidieert hier een deel van. In de NOP wordt vormgegeven aan de inzet van een onafhankelijke POH Jeugd GGZ. Binnen gemeente Urk is men bezig om de rol te verdiepen en verder uit te werken. Beide gemeenten hebben deze stip op de horizon: het versterken van de POH. Ook wordt nagegaan of er anders omgegaan kan worden met de budgetplafond van de basis-Jggz, door de mogelijk verschuiving in aantallen bij het versterken van de rol van de POH. Aandacht die hier ook wordt gevraagd door TCF, is of het dan niet redelijkerwijs passend zou zijn om het budgetplafond van

de SGGZ ook los te laten. Omdat al deze vormen van zorg onderling aan elkaar verbonden zijn en dus invloed hebben op de aantallen.

2. *De juiste zorg op de juiste plaats:* we zien een stijging van aantallen binnen de JGGZ. Veelal bestaan langdurige trajecten uit verschillende typen zorg: diagnostiek, behandeling, begeleiding, nazorg, medicatiecontrole e.d. Door de toenemende druk op de GGZ willen we kritisch kijken naar waar zorg plaats dient te vinden. Doel is om de juiste expertise op het juiste moment in te zetten. We willen daar graag meer samenhang in aanbrengen.
3. *Sturen op het resultaat is het uitgangspunt:* in het belang van de jeugdige willen we het behalen van resultaten centraal stellen waarbij we tevens de zorgaanbieder de ruimte willen geven om zijn ervaringen en expertise in te zetten. In de komende tijd willen we gaan onderzoeken of een resultaatgerichte financiering wenselijk en haalbaar is.
(Bij een resultaatgerichte bekostiging verstrekt de gemeente een bedrag voor het behalen van het resultaat.) Als tussenstap naar mogelijk een resultaatgerichte financiering, zetten we allereerst in op resultaatgericht werken. We kiezen ervoor de 1500 minutengrens los te laten. In plaats daarvan gaan we werken met een maximale behandelduur waarin het te behalen resultaat centraal staat.
4. *Een intensieve samenwerking tussen alle partners in het jeugdhulpveld:* Gemeente is en blijft verantwoordelijk voor de regie in het Sociaal Domein en dat vraagt om een bepaalde doelgerichtheid. We willen samen met onze zorgaanbieders het gesprek aangaan waarbij we ook kritisch kijken naar de prestaties van onszelf als gemeenten. Dit zou bijvoorbeeld kunnen in themabijeenkomsten waarin aandacht is voor vragen en problemen uit de dagelijkse werkpraktijk. Het reflecteren en hier samen van te leren draagt bij aan een betere hulpverlening rondom de jeugdige en het gezin.
5. *Werken aan een toekomstbestendig sociaal domein:* we willen zo goed mogelijk onze inwoners ondersteunen maar het moet ook binnen de financiële kaders passen. Het bestaande budget is leidend en we willen dat tekorten binnen het Sociaal Domein opgevangen kunnen worden. Dat betekent dat het huidige totaalbudget ook het kader vormt voor de toekomst. We hebben geconcludeerd dat we dit op basis van huidige gegevens nog niet goed kunnen inrichten. We hebben hiervoor meer gegevens, meer data nodig om dat goed te kunnen doen. We willen volgend jaar productcodes aan de percelen toevoegen. Hoe lang wordt zorg ingezet en welke vorm van zorg wordt precies geboden, om meer zicht te krijgen over wat er nu gebeurt en ook hier met elkaar het gesprek over aan te gaan.

Wat betekent dit voor de aanbesteding?

De huidige contracten eindigen op 31 december 2021 en dat betekent dat wij per 1 januari 2022 willen beschikken over nieuwe contracten. De huidige contracten zullen als uitgangspunt dienen waarbij er sprake is van enkele wijzigingen:

- we schaffen 1500 minutengrens af en sturen in plaats daarvan op een maximale behandelduur;
- we monitoren de effecten van de preventieve GGZ;
- we voegen productcodes toe en vragen zorgaanbieders gericht te schrijven. Deze informatie draagt bij aan het onderzoeken van de differentiatie van zorg binnen de GGZ;
- we zetten in op een intensievere samenwerking tussen alle partners in het jeugdhulpveld;
- de gemeente denkt samen met de GGZ-aanbieder mee in het bepalen van een vervolg wanneer verlenging na de maximaal gestelde behandelduur nodig blijkt.

Vanaf 1 januari 2022 en verder willen we met elkaar, gemeenten en zorgaanbieders, werken aan de stip op de horizon. Dat betekent dat we:

- regelmatig (eens per kwartaal/halfjaar) onze partners informeren over de recente gegevens, ontwikkelingen, cijfers en kosten.
- mogelijk één keer per jaar een bijeenkomst waarin met we met elkaar naar de ontwikkelingen kijken. Zodra de jaarcijfers bekend zijn, kunnen we hier gezamenlijk naar kijken en de cijfers duiden. Deze bijeenkomsten vinden plaats op breed niveau. De gesprekken specifiek per organisatie vinden plaats in de contractgesprekken.

De duur van de contracten zal minimum 2 jaar zijn waarbij er mogelijk sprake is van een optie tot verlengingen.

Sarah van Os en Tineke van der Pol worden bedankt voor hun toelichting en er is ruimte om vragen te stellen. Z.A. staat voor Zorgaanbieder.

Vraag Z.A.: het is een mooi uitgangspunt, wij kunnen ons voor een deel vinden in de stip, dat is gelegen in het volgende:

1. de uitwerking van resultaatgericht werken vergt nog meer toelichting en
2. het financieel kader staat haaks op kader van het Rijk

Bij het 2^e punt wordt niet aangesloten op het landelijke, hoe verhoudt zich dat tot elkaar?

Antwoord:

1. hoe we het resultaat gericht werken vorm willen geven komt aan de hand van thema's aan bod tijdens deze bijeenkomst;
2. we weten dat er miljarden naar jeugd komt, maar nog niets is concreet. Daarbij is jeugdhulp meer dan alleen JGGZ.

Reactie Z.A.: gaan jullie nu niet haaks tegen een ontwikkeling in? De toegang tot jeugdhulp moet beter, gemeenten hebben daar een maatschappelijke verantwoordelijkheid in.

Antwoord: we begrijpen uw reactie, echter de beloftes vanuit rijk zijn nog niet concreet vertaald in wat we er bij krijgen en hoe zich dit verhoudt tot de tekorten die er nu ook al zijn en hoe dit zich vertaald in structurele middelen. Niemand in gemeenteland weet dat nu. We kunnen daar nog geen toezeggingen op doen. Vandaar dat budget leidend is.

Vraag Z.A.: het signaal dat de wachtlijst op slot gaat omdat er geen financiële middelen zijn om te behandelen is niet nieuw voor jullie. Jullie zeggen dat het financieel kader is wat het is wat het is.

Antwoord: deze signalen zijn bekend, momenteel zijn we ook bezig met gesprekken in te plannen hoe daar mee om te gaan. Wil deze vraag graag buiten de marktconsultatie verder uitdiepen, omdat de marktconsultatie zich richt op de nieuwe contracten. Hier worden zoals gemeld gesprekken over gevoerd.

Vraag Z.A.: wij hebben begrip voor het punt om de zorg in toekomst betaalbaar te houden. Ik zie dat jullie ook een max aan behandelduur staan. Soms uitschieter naar boven soms naar beneden. Ik zie maximaal aan behandelduur. Zit dat dan in behandelduur wat je maximaal per week mag declareren? En hoe kun je toch voor de uitschieters zorg leveren dat het betaalbaar blijft.

Antwoord: één van de redenen is dat we het resultaat werken nog niet helemaal vorm kunnen geven, is omdat we niet weten hoe de trajecten eruit zien en hoe zich dat vertaald in tijd en termijnen. Verderop komt het ook nog aan de orde. Overigens is ook geen sprake van maximum, maar van verlenging. We stellen niet dat behandeling na een x aantal maanden over is, er is altijd mogelijk tot verlenging indien dat noodzakelijk is.

Opgemerkt wordt dat deze manier van werken ook een aardige puzzel is, ook op het gebied van administratieve lasten.

Vraag Z.A.: u geeft aan dat u productcodes wilt toevoegen om zo nadere analyses te kunnen doen, hoe doen we dat met het zicht op het kind en het systeem? Hoe blijven dat zuivere analyses?

Antwoord: we hebben nog geen gedachten over om met cliëntkenmerken en zwaartes te werken. Nu zitten we meer op begeleiding basis, specialistisch of nazorg. Dat zou ook een verhoging zijn van de administratieve lasten. Momenteel hebben we te weinig zicht op wat er nu gebeurd in een traject. Daar willen we meer zicht op krijgen zodat we daar wat mee kunnen: het onderzoeken van de differentiatie van de zorg binnen de GGZ;

Vraag Z.A.: bij sommige doelgroepen is langdurige begeleiding beter is. Welke keuzes worden er inhoudelijk dan gemaakt. Wil je dan als gemeente die risicos nemen om daar in te snijden of wil je een vinger aan de pols houden?

Antwoord: wanneer het zo langdurig is dan zouden wij graag inzicht willen hebben in hoe lang het dan duurt? Is het onderhoud? Is het begeleiding basis of begeleiding specialistisch? Hoe is de nazorg? Of is het een soort waakvlamcontact? De frequentie kan er dan anders uitzien, is de frequentie anders dan zijn mogelijke kosten ook anders met een ander traject met bijbehorend tarief. Nu hebben we voor de SGGZ slechts een tarief waar alles op gedeclareerd wordt. Het is niet zo star van het moet zoveel

maanden zijn en dan is alles opgelost, maar veel meer zorg op maat en wat is de zorgvraag en wat past daarbij? Aan het einde dan de vraag: hoe financieren we dat?

Vraag Z.A. over POH GGZ in NOP versterken en anders willen omgaan met basis GGZ en het budgetplafond, kun je daar iets meer over benoemen?

Antwoord: momenteel krijgt een deel van de jongeren met psychiatrische problematiek hulp van de POH. Deze hulp is soms voldoende, waardoor doorverwijzing naar de BJGGJ niet meer noodzakelijk is. Het is goed om te kijken naar welke hulp wordt waar geboden en zetten we de juiste hulp op het juiste moment in. NOP heeft een project lopen met een onafhankelijke POH. Op Urk gaan we hierin een verdiepingsslag maken. We willen graag dat er breder wordt gekeken. Wellicht is het ook mogelijk om afstemming te zoeken met voorliggende voorzieningen waar jeugdige naar toe kan. Nu verwijst de POH veel door naar ggz en wij stellen ons de vraag hoe we de verbinding met het sociaal domein breed kunnen leggen. .

Het budgetplafond willen we flexibeler kunnen inzetten voor de basis. Op het moment dat toegang wordt versterkt dan heeft gemeente regie op POH. Het zou bijzonder zijn wanneer toegang van gemeente iemand verwijst naar ggz en dat het dan niet kan omdat plafond bereikt is. We willen dat flexibeler doen, bijvoorbeeld per behandelde inwoner is dat flexibele bedrag € 5000 en heb je meer inwoners krijg je ook voldoende budget erbij dus gemiddeld per inwoner.

Daar willen we een flexibele modus in vinden, zijn het er meer dan gaat het bedrag omhoog en zijn het er minder dan gaat het bedrag naar beneden. We willen anders omgaan met het vaste plafond, dit zie je bijvoorbeeld ook wel bij fysio. Bij de basis ggz gaan we bekijken of we op een voorzichtige manier daar meer ruimte in kunnen bieden.

Vraag Z.A.: gaan jullie dat ook doen bij de specialistische GGZ? Trek dat dan door.

Antwoord: eens, echter vindt er in de specialistische GGZ een veel grotere differentiatie plaats qua zorg. Basis-ggz is meer overzichtelijk. Bij sggz is dat veel lastiger. Het gemiddelde zal dan de volgende discussie worden. In geval de behandelvorm veel homogener is, is dat makkelijker te bepalen.

Vraag Z.A.: wij werken al samen met ggz op Urk, nemen jullie ook mee dat als s-ggz afschaalt naar basis dat er van die kant ook afschaling kan komen richting POH?. En bij langdurige trajecten is het niet meer basis-ggz maar soort vinger aan de pols. De afschaling is ook anders, hybride. Wij lopen er tegenaan dat s-ggz wachtlijst op slot is. Basis-ggz is nu ook op slot in NOP. We moeten heel goed nadenken dat je stroming blijft houden beide kanten op.

Antwoord: eens maar we hebben daar nu geen zicht op hoe er wordt afgeschaald. Willen daar graag inzicht in.

Opmerking Z.A.1: voor sommige gezinnen is het heel lastig om bij afschalen en opschalen telkens weer een band opbouwen. Je kunt ook concluderen dit gezin hoort gewoon in s-ggz en zal zo blijven. Werkt niet voor alle gezinnen zo. Hoeveel geld gaat er verloren met weer een andere instelling, andere hulpverlener.

Andere zorgaanbieder vult aan: wij schalen al behoorlijk af, het is ook maar net hoe je het inricht en aangeeft hoe je af en opschaaft. Kun je mensen in meenemen. Je hebt ook punt hoor. Wanneer je van te voren goed uitlegt en gezinnen daarin goed meeneemt is dat wel mogelijk. Vaak haken mensen af op systeem of mensen.

Opmerking Z.A.1: dus bij productcodes dat aangeven, ben niet zo van aangeven wat clientfactoren zijn maar wellicht dat je dat hierbij wel zult moeten doen.

Conclusie: blijf hierover het gesprek voeren.

Aan de hand van post its vullen de aanwezigen hun reactie toe op de neergelegde stelling: *‘Een traject is over het algemeen binnen 6 tot 9 maanden afgerond’*. We stellen het op prijs dat deze input binnenkomt en willen dat ook behandelen.

Onderstaand de verschillende reacties:

“We doen ook regelmatig een jaar en dan gaandeweg een lagere intensiteit”

“Bij ons is het echt afhankelijk van de vraag. Soms blijkt ook tijdens behandeling dat er meer speelt dan uit een intake, of eerste aanzet behandeling naar voren kwam.”

“Helemaal afhankelijk van de hulpvraag. En van wat er soms achter de initiële hulpvraag vandaan komt - of niet.”

“Klopt, behandeling is over het algemeen binnen die periode afgerond. Daarbij uitzonderingen waarbij de problematiek zwaarder is. Dit gaat dan wel om de BGGZ, SGGZ trajecten vergen vaak wel langer de tijd.”

“Wisselend per hulpvraag en hulpbronnen.”

“Gemiddeld 12 maanden inclusief brede diagnostiek omdat we zowel met kind, systeem als school werken. Verandering heeft ook tijd nodig. Op dit moment werken we vanuit sggz vooral met doelgroep met schoolverzuim, wat vrij complexe doelgroep is over het algemeen.”

“Afhankelijk van de zwaarte, we hebben chronische ggz problematiek, de naam zegt het al. Andere trajecten kunnen zeker binnen 9 mnd worden afgerond. Ik zou een verdeling maken tussen licht, middel, zwaar en maatwerk.”

“Wisselend, afhankelijk van hulpvragen van cliënt.”

“Soms wel, soms niet. Laat de vraag bepalend zijn.”

“Afhankelijk van de hulpvraag, sommige mensen laten niet meteen het achterste van hun tong zien maar pas gaandeweg wanneer ze je beter kennen.”

“Het lijkt of de vragen die binnen komen niet meer een enkelvoudige vraag is en samenwerken is dan van belang, de problematiek wordt heftiger en zwaarder. Denk dat ook te maken heeft met s-ggz wachtlijst en dat ze dan bij b-ggz terecht komen. Zorg op juiste plek maakt het dan eerst lastig.”

“Diagnostiek blijft na vertrouwen dat er nog veel meer problemen achter vandaan komen. In de eerste diagnosesch fase komt dat nog niet naar voren. Dus je start 1 maand.”

“Het is lastig om van te voren zeggen dat een client klaar is binnen 6 of 9 maanden.”

Antwoord gemeente: het is niet zo dat het na x aantal maanden stopt maar wij willen weten hoe het eruit ziet, waar wordt tegenaan gelopen en wat is nodig. Je zou kunnen denken afhankelijk van zwaarte, bijvoorbeeld licht, middel, zwaar en maatwerk. Dank voor deze input.

Reactie Z.A.: Gemeente moet dan wel voor die gesprekken beschikbaar zijn, dus zorg voor voldoende mankracht om zaken te kunnen bespreken.

Voor komende aanbesteding wordt vastgehouden aan huidige vorm qua financiering, P*Q.

Als voorbeeld wordt regio IJsselland genoemd, daar was sprake van een trajectprijs. Standaard 1 bedrag voor de verschillende vormen (licht, middel en zwaar) en bijzonder tarief voor maatwerk. Opgemerkt wordt dat iedereen zoekt naar grip op financiën en het blijft lastig. P*Q wordt als prettig ervaren, beter dan werken met producten. P*Q wordt als eerlijk ervaren ten opzichte van trajectfinanciering. Het risico bestaat bij trajectfinanciering dat er meer wordt gedaan dan noodzakelijk is.

Gemeenten benadrukken nogmaals dat wanneer het gaat om ‘Een traject is over het algemeen binnen 6 tot 9 maanden afgerond’ dit gezien moet worden als een richtlijn: 80 à 90% van de trajecten zou binnen die duur afgerond moeten zijn. En duurt het langer dan 6 of 9 maanden dan volgt er een gesprek over het vervolg. Wij willen graag weten hoeveel van die trajecten er dan binnen die duur zijn afgerond. Als, zoals is aangegeven, het noodzakelijk is dat er een gesprek met de gemeente moet plaats vinden dan moeten die mensen er ook zijn om dat gesprek aan te gaan. Indien er bij 50% een gesprek noodzakelijk is dan is dat een uitdaging.

Aanwezigen worden gevraagd of er nog andere vragen en/of punten zijn waar de gemeenten rekening mee moeten houden.

Opgemerkt wordt dat preventieve ggz niet meer wordt gefinancierd.

Antwoord: dat deel zit nu al in tarief in de indirecte tijd, dat zit er nu ook al in.

Reactie Z.A.: je geeft aan dat dit verdisconteerd wordt en dat kun je dan niet inzichtelijk maken? Hoe verdisconteer je dat?

Antwoord: het punt is duidelijk. Het is eerlijk verdisconteerd.

Reactie Z.A.: maak er dan aparte productgroep voor, consultatie en advies is iets wat wij graag willen bieden. Dit vraagt meer tijd dan men denkt, en kan niet uit de verdisconteerde tarieven.

Vraag Z.A.: zit het ook in het basis ggz verdisconteerd? Wij zouden er blij van worden dat we cliënten niet door hoeven sturen via consultatie maar dat wij de sggz kunnen consulteren. Op die manier kunnen cliënten wel bij ons blijven maar kunnen wij dat onderling verrekenen. Zou een mooie aanvulling zijn op de huidige producten.

Antwoord: we nemen deze punten mee en komen later terug op tarieven.

Deel II: betreft een korte toelichting op het mogelijke inkoopproces van de J-GGZ.

Om te komen tot nieuwe overeenkomsten met partijen is het voorstel om een openbare procedure (Europees) te starten. J-GGZ is aangemerkt als een SAS dienst: Sociale en Andere Specifieke dienst, wanneer de opdrachtwaarde boven een bepaalde drempel komt (€ 750.000) dan zijn wij verplicht om dat Europees aan te besteden.

De huidige overeenkomsten zijn tot stand gekomen via het zogenaamde Zeeuws Model. Binnen het Zeeuws model bepalen gemeenten zelf alle voorwaarden en standaard tarieven. Een zorgaanbieder hoeft geen offerte in te dienen, maar enkel akkoord te gaan met alle voorwaarden. Vaak wordt er wel een kwaliteitsplan gevraagd. Er is sprake van één instapmoment.

Ook Open House is een methode om zorg in te kopen. Het is een toelatingsprocedure om tot een contract (zonder omzetgarantie) te komen. Ook hier bepalen gemeenten alle voorwaarden en standaard tarieven. Vaak wordt er wel een kwaliteitsplan gevraagd. Er kan sprake zijn van meerdere instapmomenten. Ook hier wordt er vaak een kwaliteitsplan gevraagd en dient er te worden voldaan aan gestelde voorwaarden.

Duur overeenkomst: de aanwezige partijen hebben het inhoudelijke deel gehoord en de stip op de horizon toegelicht gekregen. Om voldoende data/gegevens te kunnen ophalen is het voornemen om overeenkomsten aan te gaan voor tenminste een periode van 2 jaar met mogelijk opties tot verlenging.

Planning: er is een concept-planning gemaakt waarbij het de bedoeling is om meteen na de zomervakantie tot publicatie over te gaan. Mocht eerdere publicatie mogelijk zijn dan wordt de planning aangepast waarbij rekening zal worden gehouden met vakantieperiodes.

Vanaf moment publicatie geldt dat alle correspondentie via het aanbestedingsplatform TenderNed verloopt. Aandachtspunten: neem geen risico en begin op tijd met het indienen van vragen en het uploaden van de stukken. Wacht niet tot 5 voor 12. Te laat is te laat na het sluiten van de digitale kluis.

Na het indienen van de inschrijvingen vindt er een beoordeling en gunning plaats waarbij:

1. Toetsen aan uitsluitingsgronden en geschiktheidseisen
2. Beoordelen gunningscriteria
3. Rangorde om te komen tot een bepaald aantal partijen.

Vraag Z.A.: is er al bekend hoeveel partijen er gecontracteerd zullen worden?

Antwoord: nee, dat is nog niet bekend. Wat belangrijk is dat er genoeg partijen zijn die kunnen voldoen aan de (minimaal) benodigde capaciteit.

Vraag Z.A.: wat is nu EMVI?

Antwoord: EMVI betekent 'Economisch Meest Voordelige Inschrijving'. Nu geldt bij de aanbesteding van overheidsopdrachten op basis van de Jeugdwet en Wmo 2015 de verplichting om te gunnen op basis van de economisch meest voordelige inschrijving (EMVI). Momenteel bereidt de minister op dit moment een wetsvoorstel voor dat voorstelt om deze verplichting te schrappen uit de Jeugdwet en de Wmo 2015. De gedachte om te gunnen op basis van EMVI is het tegengaan van gunning op basis van enkel de laagste prijs, maar ook op basis van kwalitatieve criteria zoals samenwerking, innovatie en duurzaamheid.

Op de vraag aan aanwezige partijen wat in hun optiek geschikte gunningscriteria zouden zijn volgt een enkele reactie waarbij wordt gesteld dat een vraag over de jeugdige centraal moet staan.

Deel II: betreft een korte toelichting over tarieven

Vraag Z.A.: gaat de begeleiding als onderdeel van de jeugd ggz mee in deze aanbesteding?

Antwoord: er is plaats voor begeleiding in deze aanbesteding, er is echter nu te weinig informatie om dat als apart perceel toe te voegen. Dit is dan bijvoorbeeld onderdeel van een productgroep, een tussenstap. We moeten kijken hoe dit zich ontwikkelt.

Vraag Z.A.: is het straks de bedoeling dat deze 2 productcodes naast elkaar kunnen lopen? Bijvoorbeeld, we hebben behandeling SGGZ en daarnaast gelijktijdig Begeleiding vanuit de GGJ. Maak 2 afzonderlijke trajecten en sta stapeling toe. Volgens mij zit daar voordeel in.

Vraag gemeenten: kunnen we onderzoek doen hoe zich dat bij jullie verhoudt, hoe is die functiemix? Kan ik dat samen met jullie onderzoeken? Als dat bij jullie redelijk gelijk is. Zijn jullie bereid te participeren hierin?

Partijen geven aan graag te willen meewerken in een verkennend onderzoek.

Opmerking Z.A.: de VNG heeft een handreiking uit 2017. Daar staat goed in wat is wel en wat is niet declarabel. Liefst geen harde verhouding indirect en direct cliëntgebonden tijd!! Op moment dat je daar harde verhouding in zet gaan tarieven omhoog, neem dat niet mee. Maak dan een intentie.

Reactie gemeenten: het is niet de intentie om harde verhouding toe te passen.

Vraag Z.A.: beschikking en toewijzingsbericht: kan dat op trajectniveau in plaats van op maandniveau? Trajectniveau is administratief prettiger dan op maandniveau.

Antwoord: de beschikking kan voor een traject zijn, met een maximale duur, waarna evaluatie volgt (dus niet meer zoals nu, maximaal aantal minuten). Het declareren dient, net als nu, maandelijks plaats te vinden.

Vraag Z.A.: dyslexiezorg maakt geen onderdeel uit van dit contract?

Antwoord: nee, dit wordt op een andere wijze ingekocht. U kunt als geïnteresseerde partij uw gegevens aan ons kenbaar maken.

Vraag Z.A.: hoe gaat gemeente om met reiskosten in behandel trajecten? Krijgt dat een plekje in de indirecte tijd? Zo heeft een andere gemeente gesteld dat 3 kwartier reistijd mag worden opgevoerd.

Antwoord: dit signaal wordt meegenomen, hier is nog niet over nagedacht.

Opmerking: geef bij een volgende marktconsultatie vast de vragen mee ter voorbereiding.

Alle aanwezigen worden hartelijk bedankt voor de komst en waardevolle bijdrage.

Voor vragen en nabranders: inkoop@noordoostpolder.nl

Bijlagen: de presentatie