

Marktconsultatie:

## ABC Opdrachtenstructuur Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR)

### Schriftelijke marktconsultatie Inkoop Jeugdhulp GRJR

Op woensdag 10 maart 2021 heeft de Gemeenschappelijke Regeling Jeugdhulp Rijnmond (GRJR) een marktconsultatie voor de Jeugdhulp gepubliceerd. In december 2020 is een eerste consultatie gehouden over de inkoopstrategie van de GRJR. De GRJR heeft goede nota genomen van de inbreng in die consultatie en naar aanleiding van die inbreng wordt er thans een tweede marktconsultatie gehouden. Met de marktconsultatie krijgt de GRJR ook inzicht in welke mate aanbieders aan de behoefte van de GRJR kunnen voldoen. De GRJR wil de mogelijkheden van de markt optimaal benutten en luisteren naar aandachtspunten vanuit de markt. De marktconsultatie bestond uit 4 vragen. Na de sluiting van de reactieperiode heeft de gemeente alle input geëvalueerd en een samenvatting opgesteld om te delen met de markt.

In deze samenvatting leest u terug hoe (een deel van) de zorgaanbieders in Rijnmond staan ten opzichte van de diverse vraagstukken die zijn voorgelegd.

#### **Vraag 1: Ziet u kansen bij deze nieuwe wijze van indelen van het zorglandschap?**

*Algemeen:*

De nieuwe indeling wordt door de verschillende partijen gezien als een verbetering, maar ook als een grote wijziging. Vaak wordt genoemd dat de aansluiting beter past bij de behoefte en noodzaak om schotten weg te nemen. Dit kan leiden tot versimpeling van de financiering en het makkelijker op- en afschalen. Er wordt aangegeven dat dit model recht doet aan de hulpvraag van jongeren, hun gezinnen alsook aan de verschillende uitgangspunten van aanbieders in het zorglandschap van Rijnmond.



De expertise van historische categorieën GGZ, J&O en LVB komen weer meer centraal te staan waardoor “de druk” van het leveren van integrale zorg op organisatieniveau verdwijnt.

Over de visie dat samenwerking essentieel is om effectief en efficiënt zorg te kunnen verlenen staan verschillende partijen achter het voorgenomen partnerschap. Het biedt kansen voor opdrachtgever, opdrachtnemer maar ook voor de inwoner.

Doorstroming is volgens partijen van groot belang in het totale zorglandschap.

Het zorglandschap wordt gezien als een consistente indeling van producttypen en de rolgeving voor opdrachtgever en opdrachtnemer die daarbij hoort.

#### Categorie A:

In categorie A wordt als grootste kans de ontschotting van percelen B, C en E genoemd. Er zal een beperkt aantal “systeemaanbieders” een groot deel van het zorgaanbod in onderlinge afstemming kunnen realiseren. Onderlinge samenwerking biedt kansen om te komen tot verdere transformatie. Hierdoor is de gewenste snelle op- en afschaling, doorstroom en uitstroom mogelijk naar andere aanbieders/sectoren die onderdeel zijn van A of B. Sommige partijen vinden dat langdurig verblijf ook behoort tot deze opdracht. Hiermee wordt het gat gedicht tussen kortdurend verblijf met behandeling en langdurig zonder behandeling.

#### Categorie B:

Binnen opdracht B wordt als voordeel aangemerkt dat er ruimte ontstaat tussen verschillende vormen van verblijf zodat er makkelijker kan worden op- en afgeschaald. Dit alles zonder al te veel administratieve lasten. Daarnaast wordt het meer centraal stellen van de aanbieders op basis van hun kenmerken als verbetering aangemerkt. Dit biedt perspectief en kansen maar is afhankelijk van een aantal randvoorwaarden.

Het is van belang dat partijen A en B hier samen een opdracht en invloed op hebben onder regie van de regiogemeenten.

Het onderbrengen van crisis en spoed in deze opdracht wordt gezien als een belemmering. De crisiszorg en spoedzorg in ggz-terminologie acute zorg is onlosmakelijk verbonden met het (hoog) specialistische systeemaanbod in categorie A en zou daarom onderdeel van A moeten zijn.

#### Categorie C:

De druk vermindert op het aantal onderaannemers met dito forse administratielast als er een mogelijkheid is om apart te contracteren met de organisaties die hiervoor aanbod hebben. Door via een aparte opdracht (C) partners in te zetten die zorg kunnen bieden bij een tekort creëer je reductie wachttijden.

### **Vraag 2: Ziet u risico's? Hoe zouden deze risico's kunnen worden ondervangen? Kunt u dit voor het geheel alsook per categorie aangeven?**

#### *Risico's voor het geheel:*

Zorglandschap: De transformatie die een aantal jaar geleden is ingezet wordt gestagneerd door de nieuwe indeling. Dit heeft onder andere te maken met de lokale inkoop en contractafspraken en de uitvoeringskosten die omhooggaan, nieuwe schotten die ontstaan tussen lokaal ingekochte zorg en regionaal ingekochte zorg, grondslag om te vernieuwen verdwijnt door individueel leveren van integrale zorg & het bieden van integrale hulp wordt bemoeilijkt als het over de categorieën heen gaat.



Er wordt ook de ervaring gedeeld dat een aanbod per gemeente goed te organiseren is en de samenhang niet in het gevaar komt. Uiteraard is er sprake van meer regeldruk om per gemeente goed te organiseren binnen de afzonderlijke regels die daar gelden. Dit kun je ondervangen door goede afspraken binnen de GR te maken die te uniformiseren zijn (wijze van verantwoording, facturatie enz.).

Samenwerking met en tussen partners hangt samen met de druk van het zorglandschap en de categorie waar je je in bevindt. Daar waar iemand uit moet stromen naar een andere categorie, maar de druk in die categorie hoog is en de capaciteit schaars is moeilijk om tot afspraken te komen en tijdig passende (vervolg)zorg te creëren; Toename van complexiteit aan zorgvragen doordat er aan de voorkant niet tijdig de juiste zorg en expertise is ingezet. Systeemaanbieder moeten een breed scala aan producten en interventies kunnen bieden. Daarvoor is een kritieke massa nodig qua Fte en disciplines. Alleen op deze manier zijn ze in staat om de zorg verantwoord te kunnen organiseren en (te blijven) bieden.

Daarnaast is het streven naar uniforme tarieven een risico voor systeemaanbieders. De mate waarin deze systeemvoorzieningen bieden kan verschillen en heeft impact op de tarieven. De kosten hiervoor zijn mede afhankelijk van beschikbare systeemvoorzieningen. Een systeemaanbieder met onderzoeks- en opleidingscapaciteit heeft een ander tarief dan een aanbieder zonder deze voorzieningen.

In de nieuwe indeling vervalt de integrale opdracht per aanbieder (maar wordt deze vervangen door een integrale opdracht voor de gezamenlijke A-aanbieders). Het risico hiervan is dat iedere aanbieder zich, ondanks de gezamenlijke verantwoordelijkheid, toch weer intern gericht zal raken op de eigen sector en eigen organisatie. De afgelopen jaren hebben getoond dat de integrale opdracht héél constructief heeft gewerkt om sneller en beter passende zorg te bieden: Er wordt gepleit voor de individuele integrale opdracht, zeker in perceel A, te behouden.

De huidige verschillende werkwijzen van de lokale c.q. wijkteams per gemeente. Met name de op- en afschaling zal een stuk lastiger te organiseren zijn door aanbieders bij ontbreken van uniformiteit is.

Op individueel niveau zijn partijen zich via hoofd-onderaannemingen verantwoordelijk geworden voor trajectzorg, waarbij de cliënt één partij heeft die de zorg coördineert en zorgt dat alle benodigde expertises (en organisaties) samenwerken;

Naast alle risico's vanuit organisatie en landschap wordt er vooral een risico voor de kinderen/ jongeren uit Rijnmond gesignaleerd: Verbreding van de contra-indicaties binnen de diverse organisatie waardoor een kind of jongere tussen het wal en het schip dreigt te raken; Lokale verschillen tussen beschikbare hulp en beschikbare capaciteit; Daar waar lokale hulp niet toereikend is, langere wachtlijsten voor de specialistische zorg; In af- en opschaling van de zorg nieuwe aanbieders en nieuwe schakels; Verergering van de problematiek door niet tijdig de best passende zorg aangeboden te krijgen.

Er wordt gepleit voor: Dat de integrale opdracht per aanbieder (zeker in perceel A) gehandhaafd blijft; Dat er géén apart perceel B en C komt, maar dat deze zorgvormen (eventueel via onderaanneming) onderdeel worden van perceel A; Dat het aantal systeempartijen niet te klein is om samen verantwoordelijkheid te nemen, maar ook niet te groot is om effectief te kunnen samenwerken.

### **Vraag 3: Heeft u bij het zien van deze indeling een beeld van wat voor aanbieder u in onze ogen bent?**

De aanbieders hebben gemotiveerd aangegeven in welke categorie zij denken thuis te horen. Enkele aanbieders hebben aangegeven dat zij samen met derden thuishoren in de A-categorie. Ook is er een aantal aanbieders dat aangeeft juist in de B-categorie of C-categorie hun plek te kunnen vinden. Kortom meerdere mogelijkheden zijn geopperd.



De onderbouwing om in categorie A of B te vallen, wordt veelal gevonden in expertise, ervaring en capaciteit.

Ook wordt verschillende aanbieders benoemd dat om te vallen in categorie A de samenwerking met andere zorgaanbieders noodzakelijk is om zo een zo groot mogelijk groep cliënten te bedienen met de juiste passende zorg. Door juist deze samenwerking aan te gaan zien aanbieders de mogelijkheid om snel op en af te kunnen schalen met de beste passende zorg voor de cliënten.

**Vraag 4: Heeft u een idee hoe u aan zou kunnen tonen dat u thuishoort in A, B en of C?  
Door middel van een beeld schetsen van de casussen die de afgelopen twee jaar begeleid zijn met bijbehorende therapieën en onze skills.**

De aanbieders hebben concreet aangegeven op welke wijze zij kunnen aantonen dat zij in staat zijn kwalitatief goede en bewezen dienstverlening te bieden middels gegevens uit het verleden.

