

# Rapportage monitor voortgang Jeugdwet

## Eerste monitor 2015: Evaluatie in- en verkoop 2015

Datum: 11 maart 2015  
Uitwerking door: Marjolein van den Brink en Djiewke Verseput  
Contactgegevens: [dverseput@ggznederland.nl](mailto:dverseput@ggznederland.nl) / 06-29020034



## Introductie en leeswijzer

In het kader van de decentralisatie van de jeugdggz / van de jeugdhulp voert GGZ Nederland periodiek een monitor uit onder haar leden. Deze ggz-rapportage is ingedeeld in drie delen. Deel 1 kenmerkt de respondenten. Deel 2 gaat in op de evaluatie van de in- en verkoop 2015. Deel 3 geeft weer wat de wensen zijn van de lidinstellingen voor wat betreft de ondersteuning van GGZ Nederland. De notitie eindigt met conclusies en aanbevelingen. Door veel respondenten is gebruik gemaakt van de mogelijkheid om antwoorden toe te lichten. Deze reacties geven een andere inkleuring van de gegeven antwoorden op de meerkeuzevragen.

## Deel 1 – Algemeen beeld van de respondenten

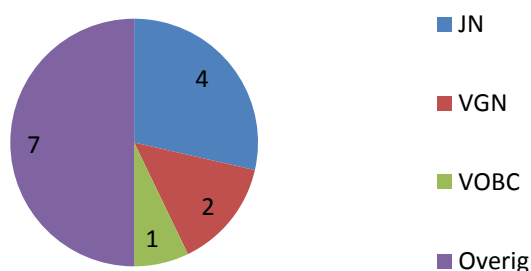
### 1. Respons

Van de instellingen die jeugdggz of jeugdverslavingszorg bieden hebben 35 de monitor ingevuld. De responderende instellingen zijn jeugdggz-instellingen, geïntegreerde instellingen, forensische zorgaanbieder en verslavingszorginstellingen. Met de hoge respons (80% van instellingen op lijst achterban, >80% volume jeugdggz van de leden) biedt de monitor een representatief beeld.

### 2. Lidmaatschappen brancheorganisaties naast GGZ Nederland

Van de respondenten geeft 29% (n=4) aan ook lid te zijn van Jeugdzorg Nederland. 14% (n=2) is lid van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. 1 lidinstelling is ook lid van de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra.

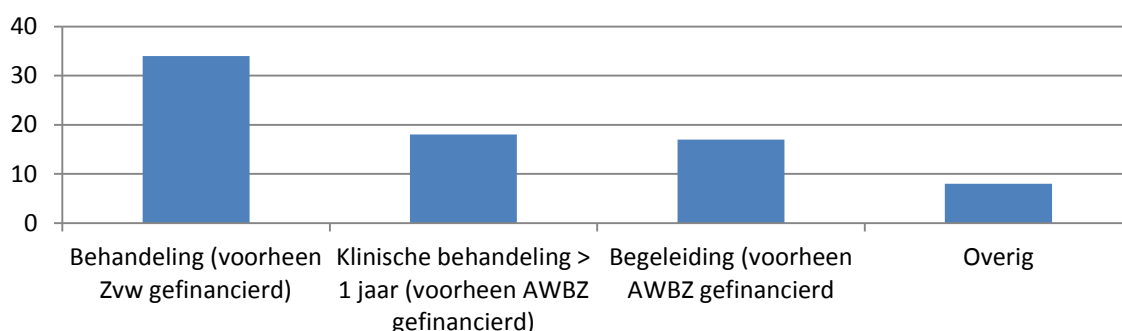
Zeven instellingen melden andere lidmaatschappen, zoals de RIBW Alliantie, Expertisecentrum KJP (voorheen K7), Federatie Opvang (n=3) en het Platform MFC LVG.



### 3. Welke jeugd-ggz wordt geboden?

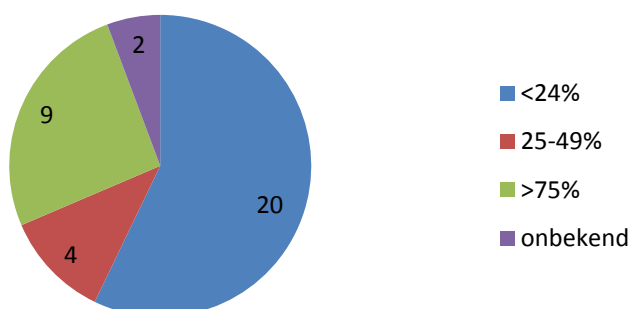
Van de 35 respondenten geven 34 (97%) aan voorheen Zvw-gefinancierde behandeling te bieden. De helft van de respondenten (n=18, 51%) biedt ook klinische behandeling met verblijf langer dan 1 jaar (voorheen Awbz-gefinancierd). Begeleiding (voorheen Awbz-gefinancierd) wordt ook door de helft van de respondenten geboden (n=17, 49%).

Bij overige producten is de volgende toelichting gegeven: consultatie; anonieme e-health; Awbz-verblijf LVG en GGZ; jeugdstrafrecht/forensische ggz; RIBW. De open antwoordcategorie overig is ingevuld door 8 respondenten (23%).



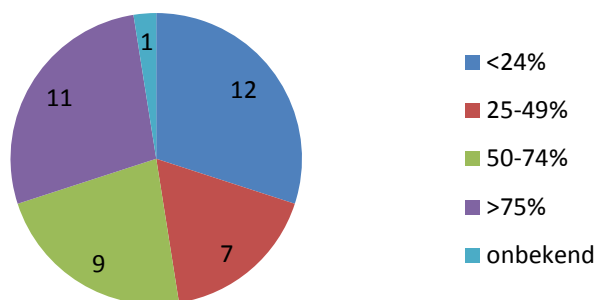
#### 4. Percentage van totale omzet 2015 uit de Jeugdwet

Ruim de helft van de respondenten (n=20, 57%) geeft aan dat, naar verwachting, de omzet uit de Jeugdwet 0-25% van de totale omzet bedraagt. Bij vier respondenten (11%) is de omzet uit de Jeugdwet een kwart tot de helft van de totale omzet. De antwoordcategorie 50-75% is voor niemand van toepassing. Een kwart van de respondenten (n=9, 26%) geeft aan dat de meer dan 75% van de omzet afkomstig is uit Jeugdwet. Twee respondenten hebben deze vraag met onbekend beantwoord.



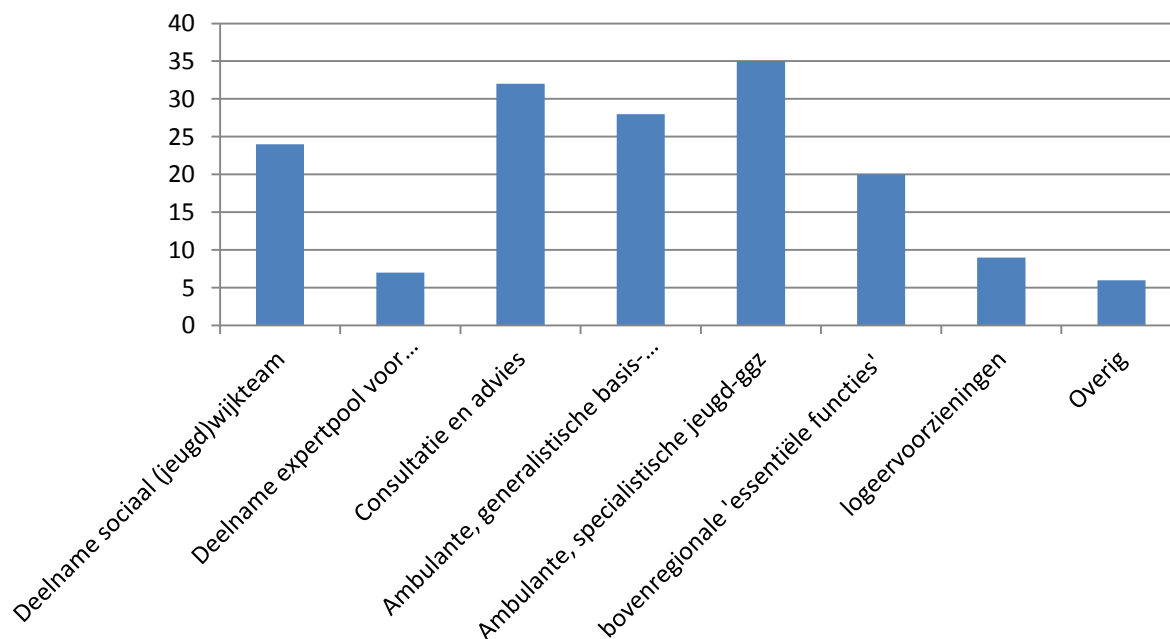
#### 5. Percentage van totale omzet 2015 uit gemeentelijk kader (Jeugdwet, Wmo, Participatiewet, Wet publieke gezondheid)

Twaalf respondenten (34%) geven bij deze vraag aan dat minder dan een kwart van de omzet uit het gemeentelijke domein afkomstig is. Bij een vijfde van de respondenten (n=7, 20%) komt een kwart tot de helft van de omzet uit het gemeentelijke domein. Een kwart van de respondenten (n=9, 26%) geeft aan dat de helft tot driekwart van de totale omzet afkomstig is uit het gemeentelijke domein. Bij een derde (n=11, 31%) van de respondenten is meer dan driekwart van de omzet afkomstig uit het gemeentelijke domein. Een respondent geeft aan deze vraag niet te kunnen beantwoorden.



## Deel 2 – Evaluatie in- en verkoop 2015

### 6. Door gemeenten ingekochte vormen van jeugd-ggz / jeugdhulp in 2015



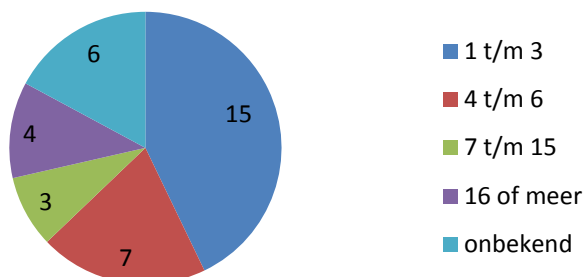
Ruim tweederde van de respondenten (n=24, 69%) geeft aan deel te nemen aan sociale (jeugd)wijkteams. Een vijfde (n=7, 20%) levert jeugdggz door deelname aan expertpools, die door wijkteams te raadplegen zijn. Bijna alle aanbieders (n=32, 91%) hebben afspraken gemaakt over het bieden van consultatie en advies. Ambulante, generalistische basisggz voor jeugd wordt geleverd door 80% van de respondenten (n=28). Alle respondenten bieden ambulante, gespecialiseerde jeugdggz. Ruim de helft (n=20, 57%) levert gespecialiseerde 'bovenregionale essentiële functies' (voor de definitie hiervan zie het landelijk akkoord van Rijk, VNG en BGZJ van oktober 2014 over o.a. de inkoop van deze essentiële functies). Logeervoorzieningen worden geboden door een kwart van de respondenten (n=9, 26%).

Zes respondenten (17%) hebben de antwoordcategorie 'overig' aangevinkt. Ter toelichting worden de volgende antwoorden gegeven: zorg in LTA, traumabehandeling, verslavingszorg tot 23 jaar, opvoedondersteuning, jeugdhulpverlening, 7x24 uurs crisisdienst, preventie. Verder wordt opgemerkt dat de basisggz via de sociale teams loopt; dat de beantwoording van deze vraag weergeeft wat geboden wordt maar dat het onduidelijk is hoeveel er gebruik van gemaakt wordt; dat de logeerfunctie wordt afgebouwd en zo mogelijk wordt overgedragen.

### 7. Hoeveel regio's behoren tot de kernregio's?

Gevraagd is hoeveel regio's gerekend worden tot de kernregio's van de instelling. Dit zijn de regio's waar de instelling de meeste omzet genereren. Instellingen kunnen met meerdere dan deze kernregio's (raam)contracten hebben afgesloten.

Vijftien respondenten (43%) geven aan 1 tot 3 regio's als kernregio's te beschouwen. Een vijfde van de respondenten (n=7, 20%) geeft aan zaken te doen met 4 tot 6 kernregio's. Drie instellingen (9%) rekenen 7 tot 15 regio's tot hun kernregio's. Vier respondenten (11%) hebben te maken met 16 of meer kernregio's. Zes respondenten (17%) geven aan deze vraag niet te kunnen beantwoorden.



De volgende antwoorden / kanttekeningen zijn gegeven:

- Landelijk werkend, is contract met VNG;
- Naast een beperkt aantal kernregio's meerdere contractregio's én landelijke afspraken (en nog 7 zorgverzekeraars);
- De Drentse gemeenten hebben gezamenlijk één orgaan/penvoerder ingesteld;
- Kernregio's zijn die regio's waar het grootste deel van de cliënten vandaan komt en/of waar regio's verbonden zijn met locaties en scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs;
- Met 34 regio's contracten afgesloten.

### 8. Contracten voor continuïteit van zorg

In de Jeugdwet is vastgelegd dat jeugdigen die op 31-12-2014 in zorg zijn, recht hebben op continuïteit van zorg. Op de vraag met hoeveel regio's contracten zijn gesloten voor het leveren van continuïteit van zorg antwoordt één instelling dat hiervoor geen afspraken zijn gemaakt. Ruim een derde (n=13, 37%) van de respondenten geven aan dat met 1 tot 3 regio's hiervoor contracten zijn afgesloten. Een zesde (n=5, 14%) van de respondenten heeft met 4 tot 6 regio's afspraken gemaakt over de continuïteit van zorg. Een kwart (n=9, 26%) heeft met 7 tot en met 15 regio's contractafspraken gemaakt. Twee aanbieders (6%) heeft



**GGZ**NEDERLAND



zorgaanbieders stelt met meer dan 15 regio's afspraken te hebben gemaakt voor nieuwe instroom. Een kwart (n=8, 23%) geeft aan deze vraag niet te kunnen beantwoorden.

De volgende toelichtende antwoorden zijn gegeven bij deze vraag:

- Nieuwe instroom kan plaatsvinden via LTA, is raamcontract zonder budgetplafond;
- Variatie in contacten: volume en prijsafspraken / betaling naar rato van productie met maximum / raamcontracten.
- Met een omliggende regio geen contract over nieuwe cliënten in verband met te hoge korting.

### **10. Korte termijncontracten (3 - 6 maanden)**

De meeste respondenten hebben een contract van een jaar. De landelijke afspraken (LTA) hebben een looptijd van drie jaar. In een beperkt aantal regio's zijn korte contracten afgesloten waarmee de continuïteit van zorg bij de overgang naar het decentrale stelsel is geborgd. Bij deze regio's zijn de accounthouders van het Rijk, het ondersteuningsteam decentralisaties (OTD) en de TAJ betrokken.

Van de 35 respondenten geeft tweederde (n=25, 71%) aan geen korte termijncontracten te hebben. 5 respondenten heeft te maken met 1 kortlopend contract. Een aanbieder heeft te maken met 2 kortlopende contracten. Een aanbieder geeft te maken te hebben met 7 kortlopende contracten (meerdere regio's + contracten per 'zorgsoort').

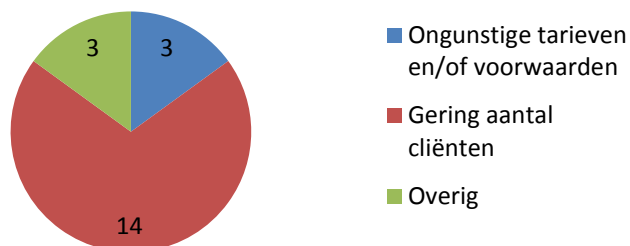
Bij deze vraag zijn de volgende opmerkingen gemaakt:

- Contract voor 6 maanden voor logeervoorziening is bedoeld om scenario's (met prijs/kwaliteit) te ontwikkelen;
- Met twee grootste kernregio's (80% cliënten) kortlopend contract vanwege gebrek aan overeenstemming over (te lage) tarieven. Staatssecretaris heeft ingegrepen met kortlopend contract en onderzoek naar (on)billijkheid opgelegde kortingen / kostprijsonderzoek;
- Contracten voor een jaar met mogelijkheid tot verlenging;
- In 1 regio voorbehoud op budget en tarief. Na onafhankelijk onderzoek tarieven essentiële functies kan gemeenten budget en tarief bijstellen.

### **11. Geen contracten uit eigen overweging**

Op de vraag met hoeveel regio's uit eigen overweging géén contract is afgesloten en waarom, komen gevarieerde antwoorden terug. De meeste respondenten geven aan dat dit niet van toepassing is (n=15), vervolgens variëren de antwoorden van 1 tot heel veel regio's. De gerichtheid op een beperkte regio/een beperkt aantal regio's verklaart dit laatste antwoord.

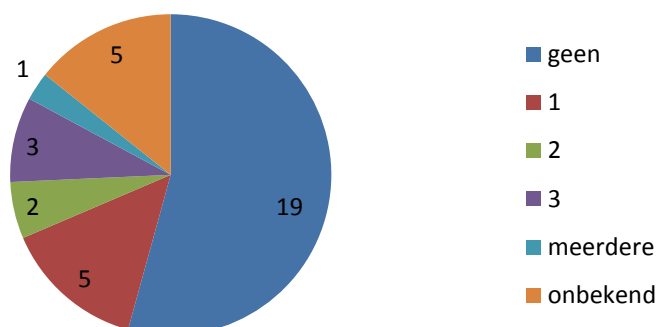
Redenen om bewust geen contract af te willen sluiten zijn ongunstige tarieven of voorwaarden (n=3, 15%) of een gering aantal cliënten dat afkomstig is uit de betreffende regio('s) (n=14, 40%). Bij 'overige redenen' wordt de verhouding tussen administreren lasten en inkomsten genoemd: 'Het is niet te doen'. Waar nodig worden soms maatwerkafspraken gemaakt.



## 12. Geen contracten uit gemeentelijke overwegingen

Gevraagd is naar het aantal regio's waarmee de jeugdggz-aanbieder wel een contract mee wilde afsluiten, maar waar de gemeente heeft besloten dit niet te doen.

Ruim de helft van de respondenten (n=19, 54%) heeft niet met deze situatie te maken. Bij vijf respondenten (14%) speelt dit bij 1 regio. Twee instellingen (6%) hebben twee regio's die geen contract willen afsluiten. Drie instellingen (9%) zijn bij drie regio's geconfronteerd met het besluit dat ze geen contract krijgen. Een respondent (3%) geeft aan dat dit bij meer dan drie regio's aan de orde is. Vijf respondenten (14%) hebben geen antwoord kunnen geven op deze vraag.



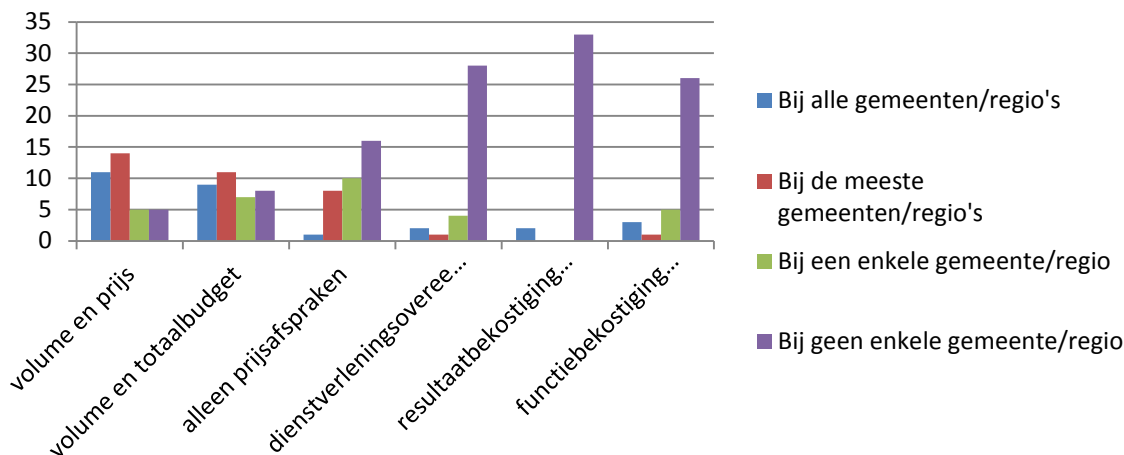
De volgende redenen zijn opgegeven waarom gemeenten geen contract hebben afgesloten:

- Door verplichting onderaannemerschap op verblijf. Er wordt uitsluitend één zorgaanbieder gecontracteerd met klinisch aanbod door de regio;
- Gering aantal cliënten;
- Door procedurefout zorgaanbieder uitgesloten van inkoop;
- Regio sluit contracten met regionaal gevestigde zorgaanbieders;
- Reeds voldoende expertise met het bestaande, ingekochte aanbod;
- Inkoop kan plaatsvinden via LTA;
- Maatwerkafspraken als regionaal ingekocht aanbod niet volstaat;
- Regio koopt niet de zorg in die wij bieden;
- Regio wil geen bovenregionale zorg inkopen conform afspraken.



### 13. Type contract met kernregio's

Gevraagd is naar het type contract dat is afgesloten in de kernregio's. Uit onderstaande tabel komt naar voren dat de meeste contracten gekenmerkt worden door 1) volume- én prijsafspraken; 2) volume- en budgetafspraken of 3) alleen prijsafspraken (raamcontracten). Dienstverleningsafspraken, populatiebesteding en functiebesteding komen wel, maar veel minder voor.

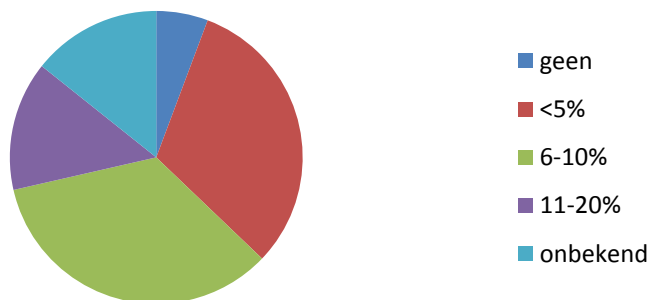


De volgende toelichting is gegeven bij deze vraag:

- Functiebesteding van toepassing bij inzet in lokale teams;
- In LTA zijn tarieven uitonderhandeld met de VNG;
- Afspraken verschillen tussen ambulante en klinische. Bij ambulante deel geen volume, alleen prijsafpraak. Voor klinische deel totaal budget en volumeafpraak en/of functiebesteding;
- Budgetplafond met daarbinnen afspraken over te hanteren prijs op onderdelen;
- Zeer diverse soorten contracten;
- Functiebesteding alleen voor logeerkamervoorziening;
- Consultatie en advies aan wijkteams gaat via een dienstverleningsovereenkomst;
- Jeugdpreventie via subsidieregeling;
- Beschikbaarheidscomponent en subsidie-afspraken nog af te ronden;

### 14. Kortingspercentage op maximum NZA-tarief in kernregio's

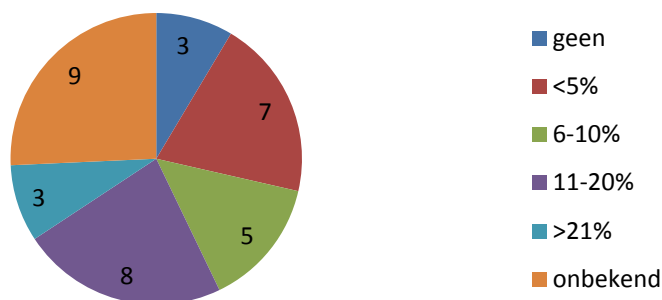
De kortingen op de tarieven variëren van geen tot 11-20 procent.



Twee aanbieders (6%) geven dat geen korting op het tarief wordt toegepast. Een derde van de respondenten (n=11, 31%) geeft aan dat de kortingen minder op gelijk aan 5% zijn. Eveneens een derde (n=12, 34%) heeft te maken met kortingen van 6 tot en met 10%. Vijf respondenten (14%) worden geconfronteerd met kortingen variëren van 11 tot 20%. Vijf respondenten hebben deze vraag niet kunnen beantwoorden.

### 15. Kortingspercentage op volume in kernregio's (vergeleken met 2012)

De kortingen op het volume van zorg varieert van geen tot meer dan 21%. Drie respondenten (9%) geven aan dat er geen sprake is van volumekortingen. Een vijfde (n=7, 20%) geeft aan dat de volumekorting maximaal 5% bedraagt. Bij 14% van de respondenten (n=5) ligt de volumekorting tussen 5 en 10%. Een kwart van de respondenten (n=8, 23%) geeft aan dat de volumekorting tussen 11 en 20% is. Drie aanbieders worden geconfronteerd met volumekortingen hoger dan 20%. Een kwart van de respondenten heeft deze vraag niet kunnen beantwoorden.



De volgende opmerkingen zijn gemaakt bij de vragen over tarief- en volumekortingen:

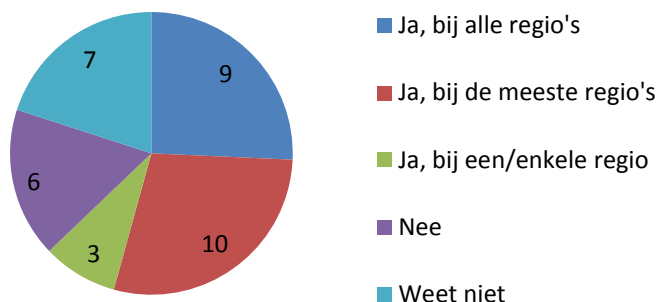
- Variatie van 0-29%
- Geen korting op volume omdat er geen volumeafspraken gemaakt zijn;
- Moeilijk om hier in z'n algemeenheid een uitspraak over te doen. De verschillen tussen de regio's en de verschillen in afspraken ambulante-klinisch zijn groot;
- Waar eerst de korting gering was conform de afspraken in het Zorgakkoord, zijn de kortingen later opgehoogd omdat het budget te krap was;
- Vanwege dyslexie problematiek extra korting op de jeugdggz, naast generieke korting en problematiek dbc-gat;
- Doordat regio uitgaat van gegevens 2013 is korting niet 15 maar 23%;
- Eenzijdig opgelegde korting op NZA-tarieven SGGZ 2015 en Awbz NZA 2014;
- Door kleine volumes in 'buitenregio's' grote(re) fluctuaties per jaar. Daarom lastig om antwoord te geven op deze vraag.

### 16. Kostendeckende budgetten / tarieven?

Een kwart van de respondenten (n=9, 26%) geeft aan dat in alle regio's sprake is van kostendeckende budgetten en/of tarieven voor de uitvoering van de door de gemeente gevraagde activiteiten. Bijna een derde (n=10, 29%) geeft aan dat dit het geval is bij de

meeste regio's. Drie respondenten (9%) geeft aan dat in een of in enkele regio's kostendekkende budgetten of tarieven zijn overeenkomen.

Een zesde van de respondenten (n=6, 17%) geeft aan dat er geen sprake is van kostendekkende budgetten en/of tarieven. Een vijfde (n=7, 20%) weet deze vraag niet te beantwoorden.



De volgende toelichting is bij het antwoord 'ja' gegeven:

- Er vindt overheveling van middelen plaats om klinische functies (BOPZ) in stand te houden. Regio X wordt zo financieel ondersteund door/vanuit andere regio's. Als bovenregionaal werkende instelling treden 'kruisbestuivingsmechanismen' op;
- Problemen worden verwacht in de regio's Gooi en Vecht, Flevoland, FoodValley, Noord Kennemerland, Rijnmond;
- Dankzij de tariefsverhoging van vorig jaar, is nog te leven met de nu opgelegde korting;
- Als we gaan reorganiseren en medewerkers ontslaan, is het i.p. kostendekkend;
- Korting -25% en driemaandscontract;
- In drie regio's een tariefkorting van 15%, maar we zijn daar een kleine aanbieder en beïnvloedingsmogelijkheden daardoor gering;

Bij 'nee' zijn de volgende opmerkingen gemaakt:

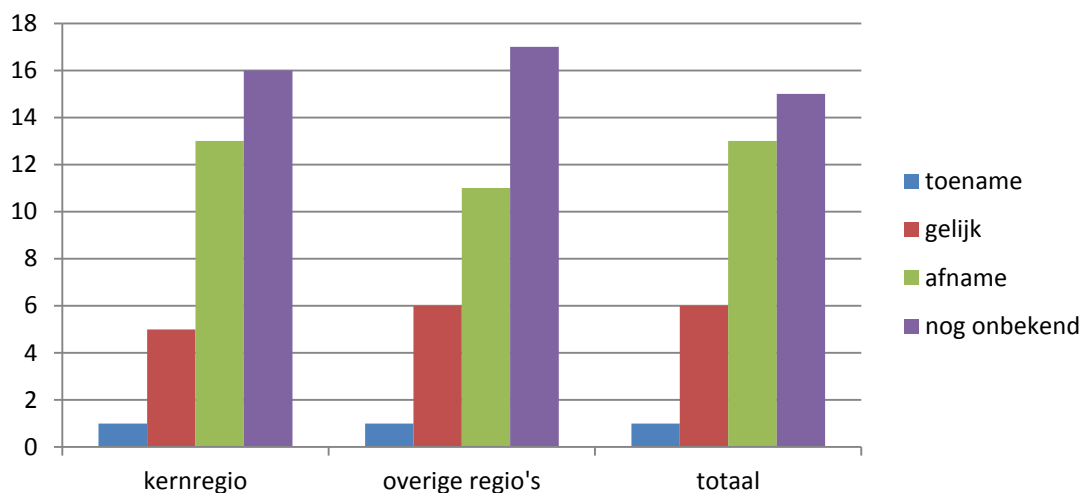
- Zie kostprijsonderzoek KJP DBC's: 5% daling betekent geen kostendekkende tarieven;
- Kortingen zijn veel hoger dan afgesproken is;
- Bij bovenregionale voorzieningen wordt per regio afgerekend, maar het gebruik van voorzieningen fluctueert natuurlijk. Solidariteitsprincipe levert onvoldoende perspectief.

Bij 'weet niet' is het volgende toegelicht:

- Er zijn twijfels of voldoende zorg is ingekocht, dat zal in de praktijk blijken;
- Raamovereenkomst inzake beschikbaar budget moet nog besproken en vastgesteld;
- Kostprijsonderzoek loopt;
- Nog onbekend hoe het e.a.a. uitpakt, ook de extra overhead moet berekend worden.

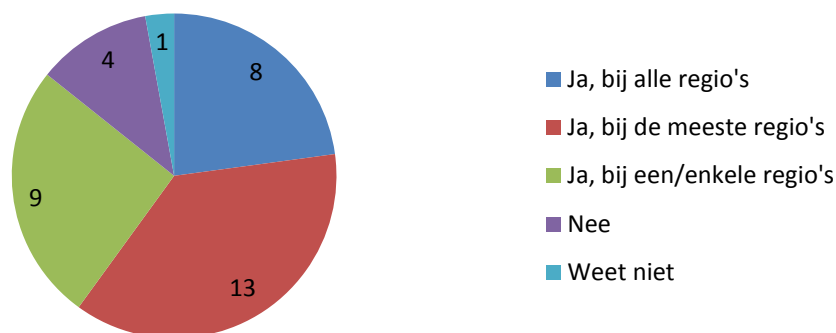
## 17. Verwachte verandering volume zorg in 2016

In het voorjaar van 2015 starten de voorbereidingen voor de in- en verkoop 2016. De meeste zorgaanbieders verwachten een afname van het te verkopen zorgvolume (groene balk) of weten nog niet wat te verwachten (paarse balk).



In de toelichting op deze vraag worden krimppercentages genoemd van 5 tot 20%. Een opmerking betreft de zorgvernieuwing: 'We hopen op en streven naar de invulling van de transformatie. De huidige insteek is in veel gevallen een focus op budget. Dit zal enkel betekenen dat er in 2016 aanvullend gesneden moet worden in de inkomsten van de zorgaanbieders.

### 18. Social return on investment (SROI) als contractvoorwaarde



Een kwart van de respondenten (n=8, 23%) geeft aan in alle regio's afspraken te hebben gemaakt over SROI. Ruim een derde (n=13, 37%) geeft aan dat dit in de meeste contracten is vastgelegd. Een kwart (n=9, 26%) geeft aan dat dit in een of enkele regio's een contractuele voorwaarde is. Vier respondenten (11%) heeft geen SROI-afspraken gemaakt. Een respondent kan deze vraag niet beantwoorden.

### 19. Hoe is social return contractueel vastgelegd

Gevraagd is op welke wijze social return onderdeel uitmaakt van de inkoopcontracten. Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

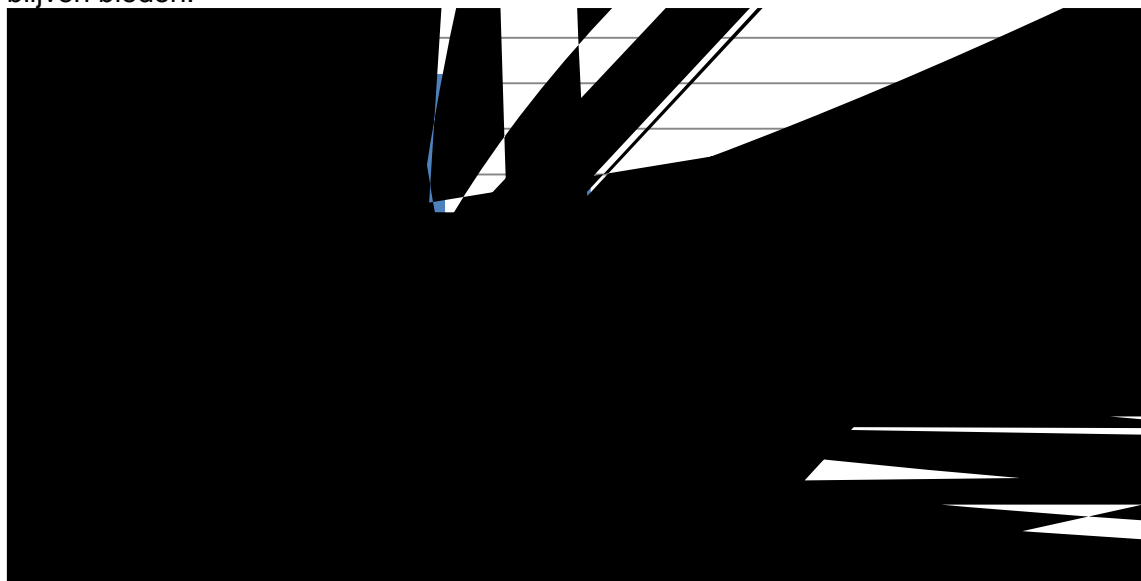
	N	%
Social return als knock-outeis voor deelname contractering	13	37%
Verzoek plan van aanpak schrijven waarin beschreven staat hoe de organisatie omgaat met social return	8	23%
Social return is een bijzondere uitvoeringsvoorwaarde bij de overeenkomst	15	43%
Koppeling met doelstelling Participatiewet	4	11%
Aantoonbare invulling maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO)	6	17%
Contracteis van 5%	14	40%
Contracteis <5%	5	14%
Contracteis > 5%	2	6%
Overig	3	9%
<b>totaal</b>	<b>35</b>	

De volgende opmerkingen zijn over SROI gemaakt:

- Wel afspraken over SROI, maar dat is verder niet gespecificeerd, grote onduidelijkheid;
- SROI leidt tot veel bureaucratie en onduidelijke eisen;
- Binnenkort zijn er bijeenkomsten waarin besproken wordt hoe e.a.a. te concretiseren;
- Was harde inkoopvoorwaarde, maar niet concreet verwoord;
- Moeilijk uitvoerbaar;
- Afhankelijk van totale omzet of totaal beschikking;
- De wethouder stelt SROI als knock-out eis, maar de uitvoeringsorganisatie van de gemeente wil een gezamenlijk plan maken.

## 20. Aanpassingen in organisatie om om te gaan met lager tarief en/of dalend volume

Gevraagd is naar de maatregelen die organisaties nemen, om kostendekkende zorg te blijven bieden.



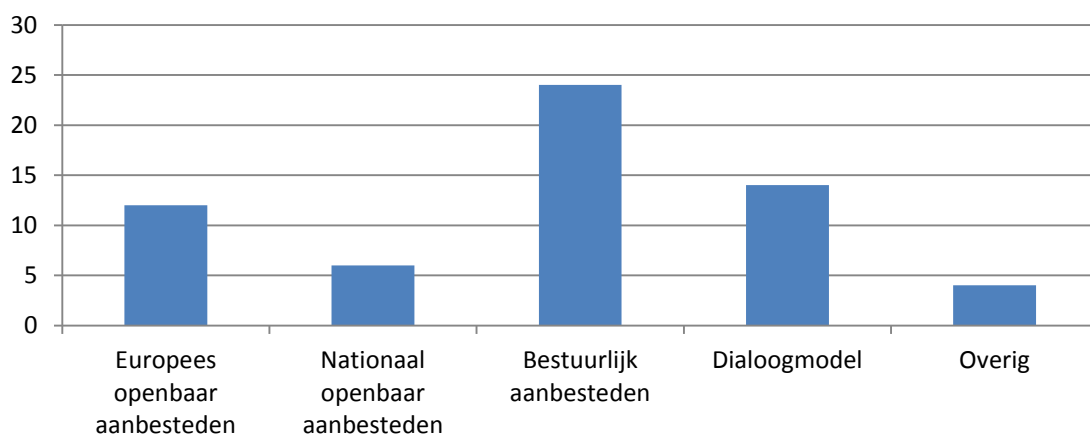
Drie respondenten geven aan dat deze vraag niet van toepassing is, omdat er geen sprake van krimp is. Uit bovenstaande grafiek blijkt dat minder personeel de meest genomen maatregel is. De antwoorden 'meer samenwerking met vrijwilligers' of 'compensatie van tekorten met winst op andere domeinen' zijn het minst van toepassing.

Ter aanvulling op gemaakte keuzes wordt het volgende vermeldt:

- Bij regio's met een laag budget gedurende 2015 cliëntenstop hanteren;
- Aandeel cliëntgebonden tijd zo hoog mogelijk maken;
- Verandering in bedrijfsvoering en inhoudelijke profilering;
- Vroegtijdig anticiperen leidt nu tot weinig maatregelen;
- Inzet op gemiddelde kostendaling per patiënt door ambulantisering, ligduurverkorting, substitutie naar gbgz, inzet e-health, zorgprogrammering.

## 21. Wijze van inkopen door kernregio's

Een derde van de respondenten (n=12, 34%) heeft te maken gehad met Europees aanbesteden. Een zesde (n=6, 17%) had met nationaal openbaar aanbesteden te maken. Twee derde van de respondenten (n=24, 69%) kwam in aanraking met het bestuurlijk aanbesteden. Veertien respondenten (40%) is het dialoogmodel tegenkomen bij de regionale onderhandelingen. Vier respondenten (11%) noemen overige vormen van inkoopprocedures. Hierbij worden genoemd de landelijke raamovereenkomst met de VNG en het meervoudig onderhands aanbesteden (bij bijv. regionale klinische bedden).



In de toelichting komt naar voren dat de respondenten met meerdere vormen van inkoop in aanraking zijn gekomen. Dat maakte het soms ook lastig bij de onderhandeling.

## 22. Hoofdaannemerschap en onderaannemerschap in contracten

Gevraagd is naar de mate waarin er sprake is van hoofdaannemerschap en/of onderaannemerschap. Hierbij is respondenten een schatting van het percentage contracten te geven, waarbij de totale optelsom per instelling 100% van de contracten is. Uit onderstaande tabel blijkt dat de meeste jeugdggz-aanbieders hoofdaannemer zijn voor de gemeentelijke inkoop.

100% hoofdaannemerschap	24
99%-1%	1
97%-3%	1
95%-5%	2
90%-10%	2
89-11%	1
75-25%	1
nog niet duidelijk	2
nvt	1
<b>totaal</b>	<b>35</b>

Ter toelichting zijn de volgende opmerkingen gemaakt:

- In de praktijk wordt samenwerking tussen aanbieders wel middels hoofd- en onderaannemerschap ingevuld;
- Bij bovenregionale functies in regio's de alleen met regionale aanbieders contracten hebben en die zelf die bovenregionale functie niet hebben;
- Jeugdhulpaanbieders hebben zich moeten verenigen in een 'combinatie' van aanbieders om de aanbesteding gegund te krijgen;
- Uitvoering dagbesteding door onderaannemer;
- Een hoofdaannemer in de regio. Hoofdaannemerschap is gericht op ketensamenwerking;
- In contractering is uitgegaan van hoofdaannemerschap, maar in de praktijk blijft regelmatig dat vormen van onderaannemerschap nodig zijn, met name bij de klinische BOPZ-functie ('gastplaatsingen' t.g.v. beddentekort bij gecontracteerde aanbieder)

### **23. Positieve ervaringen met de inkoopprocedure**

Gevraagd is naar goede ervaringen met de inkoopprocedure. Met stip bovenaan staat de dialoog. Waardering wordt geuit voor die regio's die continue de samenwerking en de afstemming zochten met instellingen en de transitie beschouwden als een gezamenlijke zoektocht, zowel op zorginhoudelijk als meer financieel/technische thema's. De wederzijdse bereidheid tot kennismaking, bijvoorbeeld ook door het afleggen van werkbezoeken bij zorgaanbieders, hielp daarbij net als wil van beide kanten om er uit te komen.

Ook voor de krachtenbundeling en (inhoudelijke) samenwerking van gemeenten en (boven)regio's bij de inkoop is waardering. Van belang waren transparantie bij en het wederzijds inzicht in het diverse aanbod met de prijsdifferentiatie voor verschillende producten, de afspraken over solidariteitsbeginsel en het op overstijgend niveau nadenken over transformatiedoelen, het verhogen van kwaliteit en de beperking van de administratieve lastendruk..

Een positief geluid wordt geuit over de professionaliteit en ggz-kennis van een specifieke inkooporganisatie. Waardering was er voor die situaties waarin er sprake was van open, constructieve, zakelijke en redelijke gesprekken, waarbij ook met een heldere visie het onderhandelings- en besluitvormingsproces is doorlopen met experimenteerruimte om de expertise aan de voorkant in te zetten.

Het opstellen van landelijke transitiearrangementen en landelijke inkoop krijgt een positieve waardering. Dit geldt ook voor de opstelling van de bovenregionale modelovereenkomsten, maar deze zijn in de praktijk minder waard gebleken dan de LTA's.

Een paar respondenten geeft aan positieve ervaringen te hebben met het inschakelen van de TAJ. De wettelijke borging van continuïteit van zorg is belangrijk geweest in het overleg.

#### **24. Negatieve of zorgelijke ervaringen met inkoopprocedures**

De beantwoording van deze vraag is –helaas- veel uitgebreider dan de vraag naar positieve ervaringen.

De antwoorden liggen in het verlengde van de beantwoording van de vorige vraag. Grote onvrede wordt geuit over (Europees) aanbesteden, een werkwijze waarbij het zo nodige overleg stil viel. Zeker daar waar dit samenviel met gebrek aan kennis aan gemeentezijde, leidde dit tot juridisering van de procedure. Ook omdat niet akkoord gaan met de gestelde onredelijke eisen tot uitsluiting van de procedure zou betekenen.

Gebrek aan kennis over jeugdggz en over de DBC- en Awbz-productstructuur wordt door vele respondenten genoemd bij deze vraag. Soms werd de niet passende Awbz systematiek gebruikt voor inkoop van DBC-gefinancierde jeugdggz.

De grote onrust, de juridisering en het vele 'geschuif met nota's van inlichtingen' was te voorkomen geweest door eerder en doorlopend overleg. Concept inkoopdocumenten voorleggen aan een aantal aanbieders kan ellende door onbekendheid of neveneffecten voorkomen.

In 2014 was sprake van een grote inzet van externe adviseurs, maar ook daar was niet altijd veel bekendheid met jeugdggz en DBC's, gbgz en Awbz. Met de overgang naar 2015 en het afscheid van vele externe adviseurs lekt ook weer veel kennis weg. Niet overal was de inzet van zorgverzekeraars in de kennisoverdracht afdoende. Opgemerkt is ook dat gemeenten eisen van zorgverzekeraars hebben overgenomen, zonder de implicaties daarvan te doorgronden.

Tot slot wordt opgemerkt dat het werken met interventieniveaus niet goed aansluit bij de DBC-systematiek en dat de jeugdggz moet zien te voegen in jeugdzorgsystematiek;

Niet overal viel de dialoog stil, maar grote marktconsultaties waarbij het echte inhoudelijke gesprek niet mogelijk is, leiden ook niet tot het gewenste resultaat bij inkoop en transformatie. Meerdere malen wordt opgemerkt is dat de procedures niet of nauwelijks geënt waren op inhoud, alleen op de realisatie van bezuinigingen.

Meermalen is vermeld dat er sprake was van onredelijke contracteisen die niet uitvoerbaar zijn. Waar daarbij sprake was van weinig onderhandelingsruimte was TAJ bemiddeling nodig om verder te kunnen in het proces.

Veel antwoorden gaan in op de grote diversiteit en onduidelijkheden in procedures, gebruik van websites en offerteformats, kwaliteits- en verantwoordings-eisen Dit, en de vele uitvragen voor informatie, betekende een enorme administratieve last. Dit is versterkt door de (te) late start, waardoor de planning en de deadlines onhaalbaar waren.

Het resultaat, een veelheid aan diverse gemeentelijke, regionale en bovenregionale contracten sluiten, controleren en bijhouden is zeer tijdrovend. De decentralisatie leidt tot toename van overhead in organisaties.



De diversiteit is ook - te - groot bij de procedures voor de toegang/toeleiding, het afgeven van zorgtoewijzingen en beschikkingen, de wijze van rapporteren, verantwoordenden en factureren. De diversiteit van productcodes helpt daar niet bij.

Ter illustratie: Voor de jeugdggz is het niet mogelijk om vooraf een DBC productcode te geven, omdat deze pas bij afsluiten van de DBC wordt bepaald. Toe leiden op productcodes is vanwege deze validatie achteraf en grillig verloop van het behandeltraject niet mogelijk. Hierin wijkt de jeugdggz af van de andere vormen van jeugdhulp en dat is voor gemeenten lastig. Gemeld wordt dat een regio 'geen productcode geen zorgtoewijzing/beschikking' hanteert. Als dan de –voorlopige- productcode niet blijkt te kloppen, moeten tussentijds nieuwe zorgtoewijzingen worden aangevraagd, mogelijk meerdere malen per cliënt. De toewijzing kan gepaard gaan met aanvullende voorwaarden. Naast een papieren tijger ook een ingrijpen in de professionele autonomie.

Nu begint ook duidelijk te worden hoe regio's de verantwoording vorm willen geven.

Ter illustratie: In een regio wordt de maandelijks gevraagde aanlevering van managementinformatie gecombineerd met maandelijks gesprekken met de gemeente, afgewisseld met gesprekken met afgevaardigden van de gemeenteraad. Als meerdere regio's dit zo toepassen kost dit veel capaciteit, alertheid en administratieve druk. Landelijke adviezen van de VNG zijn niet overal bekend of worden niet gebruikt. Lokaal of regionaal worden diverse wielen opnieuw uitgevonden. De verzuchting hierbij luidt 'hoe gaan we niet ten onder aan de veelheid van systematieken?'

Diverse respondenten geven aan dat er te beperkt budget beschikbaar is. De inkoop is in een aantal regio's daardoor nog niet afgerond. In meerdere regio's zijn eenzijdige verlagingen van eerder overeengekomen afspraken toegepast. De voortdurende onduidelijkheid over de cijfers heeft niet bijgedragen aan een goed inkoopproces.

Er zijn ook zorgen over de kwaliteit van de zorg. Door de gescheiden inkoop van ambulante en klinische zorg is het ingewikkelder om integrale trajecten aan jeugdigen te bieden. Ook het eenzijdig opleggen van eisen grijpen in in de professionele autonomie. Niet alle regio's dragen evenveel bij aan de (bovenregionale, dure) zorg waardoor sommige regio's nu andere regio's financieel ondersteunen. Op termijn zal dit wellicht leiden tot regionale kwaliteitsverschillen vanuit een instelling.

Ook door de versnippering/verkaveling van budgetten over gemeenten en de vele productieplafonds, zijn de kosten door gemeenten niet meer te garanderen en zijn de risico's voor cliënten en zorgaanbieders groot (hoog risico op veel onder- en overproductie per gemeente). Daarbij is het niet altijd duidelijk of dan substitutie tussen gemeenten gaat plaatsvinden.

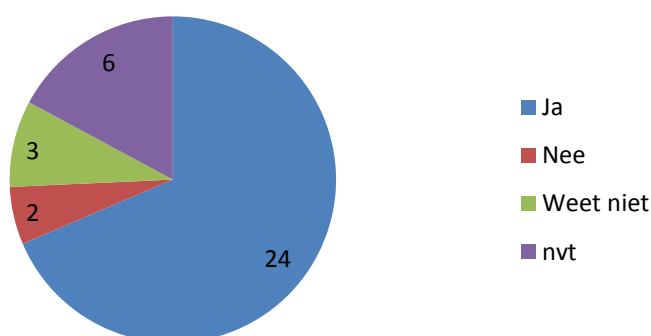
Dat middelgrote en kleine gemeenten onvoldoende risicodragend kunnen zijn bij grote fluctaties, heeft direct effect op het minder inkopen van duurdere zorgvormen en de toegang tot deze duurdere zorg. Gemeld wordt dat de plaatsing van kinderen uit dergelijke regio's stropering verloopt en gemeentelijke toestemming lang op zich kan laten wachten. Het inkoopniveau volstaat niet voor de borging van bovenregionale specialistische zorgfuncties. BOPZ-(gast)plaatsingen vragen nog om betere bovenregionale afspraken. Het is daarom risicovol dat diverse regio's zich weer splitsen in subregio's of gemeenten.

De schending van de privacy is een item dat meermaals wordt genoemd. Niet iedere aanbieder ervaart de ruimte om het gesprek aan te gaan over de spanning die er is tussen de nieuwe gebouwelijke eisen (dichtbij/lokaal) en de praktijk van langlopende huurcontracten

of koop panden. Tot slot wordt gesignaleerd dat er nieuwe schotten ontstaan in de zorg door bijv. de gescheiden inkoop van jeugdggz en Wmo door gemeenten.

## 25. Is de continuïteit van de zorg gewaarborgd aan jeugdigen die 18 jaar worden en wiens behandeling nog niet is afgerond?

Op de vraag of de continuïteit van zorg geborgd is voor jeugdigen die 18 jaar worden en overgaan naar de Zorgverzekeringswet of de Wmo als de behandeling nog niet is afgelopen, geeft het merendeel van de respondenten (n=24, 69%) aan dat continuïteit is geborgd. Twee respondenten (6%) geeft aan dat dit niet het geval is en drie respondenten (9%) geeft aan dit niet te weten. Zes respondenten (17%) geeft aan dat deze vraag niet van toepassing is.



Ter toelichting worden de volgende antwoorden gegeven:

- Er zijn contracten met zorgverzekeraars, maar er is op voorhand geen zekerheid dat er voldoende capaciteit beschikbaar is;
- Afhankelijk van het type zorgverzekering van de specifieke verzekeraar. Niet voor alle behandelingen zijn vergoedingen, dat is afhankelijk van de polis;
- Is nog onvoldoende concreet;
- De cliënten stappen over, wij kunnen continuïteit van zorg bieden;
- In principe is continuïteit gewaarborgd, maar niet persé bij ons;
- Binnen onze groep wordt geregeld dat deze cliënten goed worden overgedragen aan de volwassenen-ggz;

## 26. Opmerkingen naar aanleiding van ervaringen met het inkoopproces, die nog niet aan bod zijn gekomen

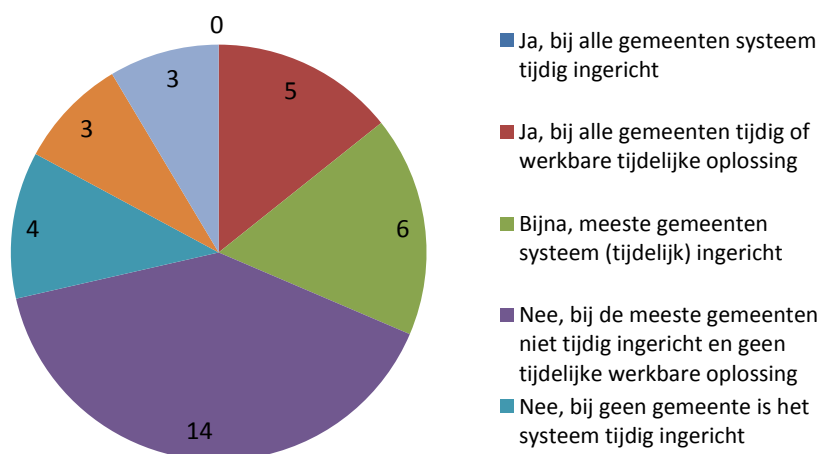
- Met een aantal gemeenten hebben we nog geen akkoord. Dat gaat over gemeenten waarvan 1 cliënt in zorg is bij ons. Daarvoor willen we geen overeenkomst, met addendum en Q&A en nota van inlichtingen en inkoopvoorwaarden over afspreken: administratieve nonsens.
- Vervoer van jongeren was niet geregeld, is meestal met tijdelijke maatregel gerepareerd. Ouderbijdrage nog niet;
- Het maken van prijsafspraken in geval van geen contract (cf VNG factsheet) is nog niet overall rond. Het heeft niet zo'n hoge prioriteit bij regio's en regio's blijven vooral

vasthouden aan eigen tarieven en de andere twee varianten hebben niet de voorkeur bij gemeenten. Hierbij speelt voor de ongeldigheid van de aanbesteding als ze met tarieven afwijken, ook als het gaat om alleen continuïteit van zorg;

- Het verschil in taal inclusief oude beelden over (rollen) van de sectoren zijn hardnekkig. Kan de jeugdggz laten zien dat we bijdragen aan de ontwikkeling van de maatschappelijke gezondheidszorg? En hoe borgen we het kennisniveau bij gemeenten?
- De ene gemeente is de andere niet. Dat geldt ook voor jeugdhulporganisaties. Hoe houden we voor het voetlicht dat wat in situatie x werkt en goed kan zijn dat niet bij situatie y hoeft te zijn?
- Wij hebben in verband met het knock out systeem positief geantwoord op verschillende eisen, in de veronderstelling dat dit tijdens de onderhandelingsfase besproken kon worden. Dit bleek niet altijd het geval, waardoor we er nauwelijks aan kunnen voldoen;
- Verplichte VOG met verjaringstermijn van 3 jaar jaagt organisaties onnodig op kosten;
- Spanning tussen centrale inkoop en afzonderlijke gemeenten;
- Gemeente informeren cliënten en huisartsen onvolledig over medische verwijzers als toegangsweg en over het recht eerst een familiegroepsplan te maken. Daarin wordt de familie ook nog onvoldoende gefaciliteerd;
- Gemeenten werken te weinig met aanbieders samen om medewerkers van werk naar werk te begeleiden;
- De lessons learned uit Denemarken zijn nog niet voldoende geborgd in Nederland;
- De beweging naar de voorkant moet wel met voldoende evenwicht tussen generalistische en specialistische zorg;
- Zorgelijk dat bovenregionale status verslavingspsychiatrie niet wordt erkend. Beeld bij gemeenten is dat dit bij elke instelling ingekocht kan worden. Bovenregionale model-overeenkomst heeft weinig waarde bij inkoop. Risicovol voor deze groep jongeren.
- De incidentenprotocollen zijn geent op de jeugdzorg en houden onvoldoende rekening met de IGZ, Wgbo etc. Ingewikkeld, want incidentenbeleid is onderdeel van inkoop.

## 27. Zijn systemen voor facturatie/declaratie in de belangrijkste regio's 2015 ingericht?

Op de vraag of de systemen voor facturatie en declaratie in de belangrijkste (kern) regio's zijn ingericht antwoord niemand dat alle kernregio's dit al voor elkaar hebben.

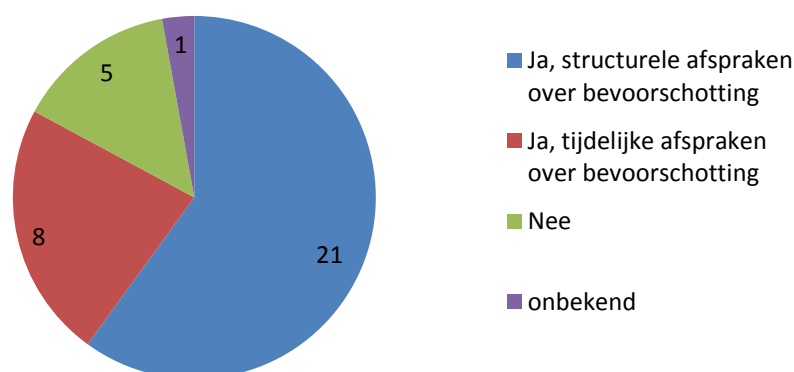


Vijf aanbieders (14%) geven aan dat er sprake is van een tijdige of werkbaar tijdelijke oplossing. Zes aanbieders geven aan dat de meeste gemeenten een (tijdelijk) werkzaam systeem hebben ingericht, maar enkele regio's nog niet. Veertig procent van de respondenten (n=14) geeft aan dat er bij de meeste gemeenten geen sprake is van een tijdig ingericht systeem of een tijdelijk werkbaar oplossing. 11% (n=4) geeft aan dat geen enkele gemeente een tijdig cq tijdelijk werkzaam systeem voorhanden heeft. Drie respondenten (9%) vullen overig respectievelijk weet niet in.

Ter toelichting zijn de volgende antwoorden gegeven:

- De tijdelijke oplossingen variëren sterk per regio, dit is voor ons arbeidsintensief.
- Vecozo is vaak nog niet ingericht en declareren op basis van DBC's nog onbekend bij gemeenten;
- ICT ondersteuning loopt nog nergens goed, ook onze systemen zijn nog niet klaar;
- Nog veel onduidelijkheid over 'beschikkingen' bij medische verwijzingen;
- Bevoorschotting is belangrijk totdat alle systemen goed werken;
- Er wordt hard aan gewerkt en over overlegd;
- Meerdere productcode-lijsten kunnen niet verwerkt kunnen worden in patiëntendossier.

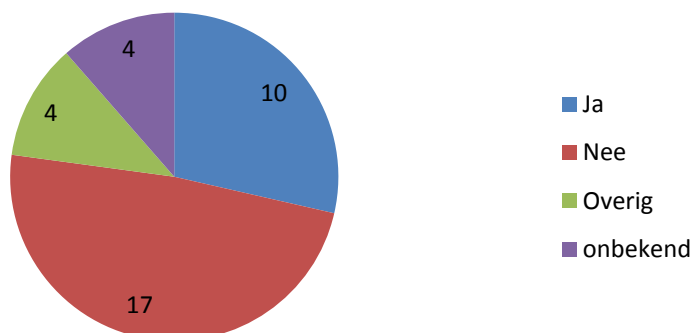
## 28. Bevoorschotting



Bovenstaande taartdiagram laat zien dat de meeste zorgaanbieders (n=21, 60) structurele afspraken heeft over bevoorschotting. Bijna een kwart (n=8, 23%) heeft tijdelijke afspraken gemaakt over bevoorschotting. Vijf aanbieders (14%) geven aan geen afspraken te hebben en een respondent heeft onbekend ingevuld.

## 29. Knelpunten bij bevoorschotting

Bij de bevoorschotting ervaart bijna een derde (n=10, 29%) knelpunten. De helft van de respondenten (n=17, 49%) ervaart geen knelpunten. Vier respondenten antwoorden met overig respectievelijk onbekend.



De volgende toelichtingen zijn gegeven:

- In een regio loopt het niet omdat centraal inkoopbureau en gemeenten het niet eens zijn;
- Hier en daar willen gemeenten 'bevoorschottingspercentages' in rekening brengen. Enkele regio's vragen een zodanige rente voor bevoorschotting dat het financieel soms meer kost om bevoorschotting aan te vragen dan het oplevert. Hiermee lekt ook geld weg dat voor de zorg bedoeld was;
- Een aantal regio's werkt niet met bevoorschotting maar met achterafbetaling op basis van geleverde zorg;
- Vaak 80%
- Bestuurlijke aversie tegen bevoorschotting;
- De praktijk moet leren of gemaakte afspraken toereikend zijn om risico's te voorkomen;
- Gemeenten weten zelf niet hoe het proces van facturatie en bevoorschotting moet lopen;
- Een regio geeft slecht een eenmalige bevoorschotting;
- Er is veel variatie wat in de uitvoering extra controle vraagt;
- Veel onbekendheid met de DBC-systematiek;
- De exacte berekening van de voorschotten is er nog altijd niet;
- Tussentijds factureren bij LTA is intensief en moet buiten de ICT-systemen om;
- Bij regio's met kleine zorgvolumes is niet altijd bevoorschotting aangevraagd (soms alleen tariefafpraak en geen volumeafpraak).

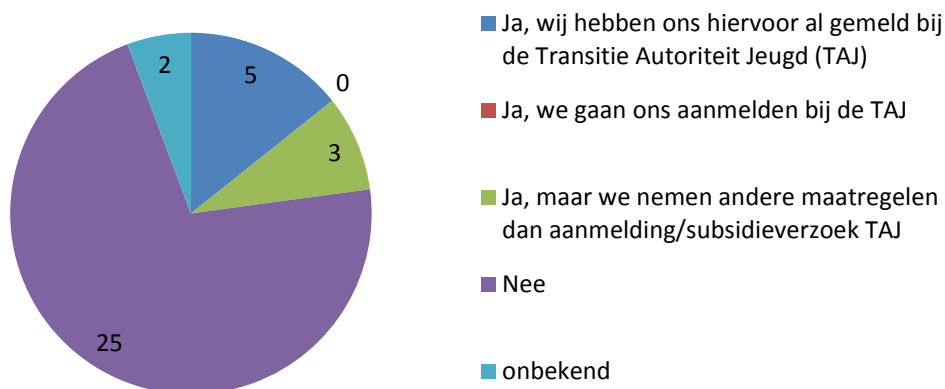
### 30. Liquiditeitsproblemen

Op de vraag of liquiditeitsproblemen worden verwacht, antwoordt ruim twee derde van de respondenten (n=25, 71%) dat dit niet het geval is. Vijf aanbieders (14%) heeft zich al bij de Transitieautoriteit Jeugd gemeld. Geen enkele aanbieder verwacht liquiditeitsproblemen, waarvoor nog een melding bij de TAJ gaat plaatsvinden. De overige drie respondenten die wel problemen verwachten (9%) nemen andere maatregelen dan een aanmelding/subsidieverzoek bij de TAJ. Twee respondenten kunnen deze vraag niet beantwoorden.

Ter toelichting op deze vraag is het volgende opgemerkt:

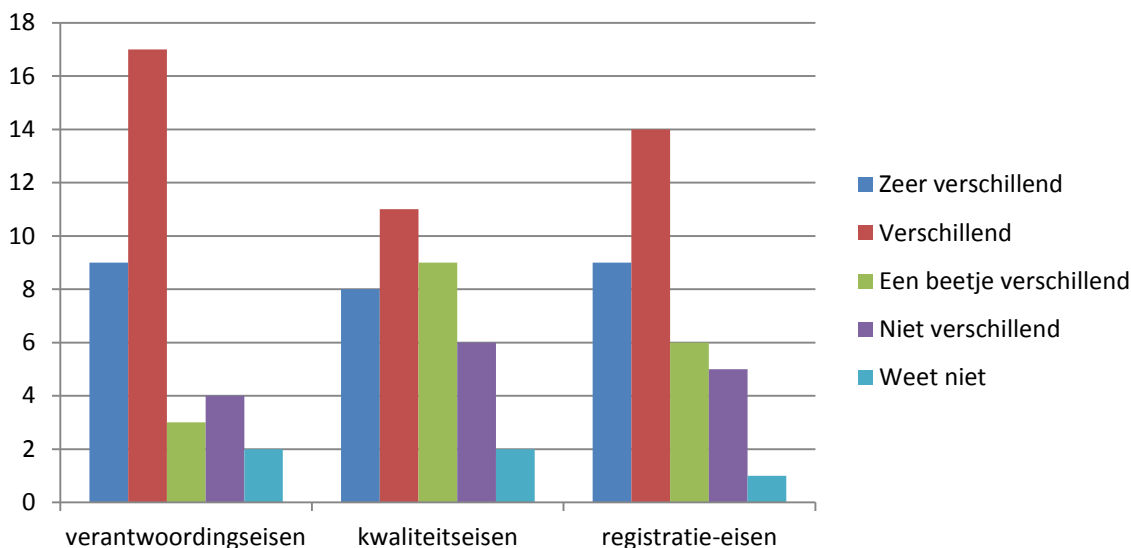
- Het is van belang dat er vanaf half juni een werkend facturatiesysteem is en dat we onze afspraken waarmaken. Lukt dit niet, dan komen we in de problemen;
- Mogelijke liquiditeitsproblemen voortkomend uit de jeugddivisie kunnen worden opgelost middels andere financieringsstromen;

- Niet op korte termijn, maar wel op langere termijn in verband met doorgaande krimp in de komende jaren;
- In juni, na het betalen van het vakantiegeld, verwachten we de eerste problemen. Hiervoor worden nu maatregelen getroffen, maar er is nog geen oplossing.



### 31. Gemeentelijke / regionale verschillen bij verantwoordings-, kwaliteits- en registratie-eisen

Op de vraag of aanbieders aanlopen tegen (grote) verschillen tussen gemeenten/regio's komt naar voren dat deze verschillen het grootst zijn bij de verantwoordingseisen. Maar ook bij de kwaliteitseisen en registratie-eisen is sprake van verschil.



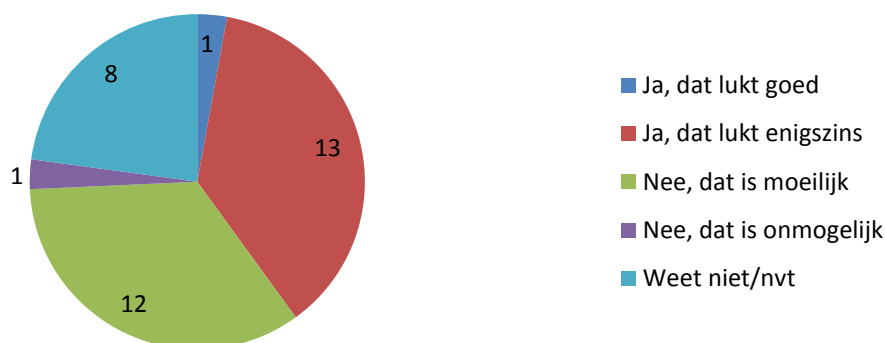
De gegeven toelichting bij deze vraag:

- Met name in de gehanteerde productdefinities/codes;
- De landelijke DBC-structuur wordt niet overal gehanteerd;
- Alle regio's hebben eigen systeem en eigen eisen, daarnaast periodiciteit verschillend;
- De huidige diversiteit is onmogelijk in te regelen in onze systemen;
- In de contracten nog open eindjes in de verantwoording, daarom nog niet in te schatten;

- Nog een grote zoektocht
- In de registratie-eisen zien we grote verschillen in de toegang van cliëntenstromen. Zeker tot het moment dat het berichtenverkeer elektronisch is;
- Wij maken de keuze om op één lijn te werken, ingegeven vanuit twee kernregio's en LTA. Deze werkwijze wordt ook toegepast in de andere regio's, de risico's hiervan brengen we nu in beeld.

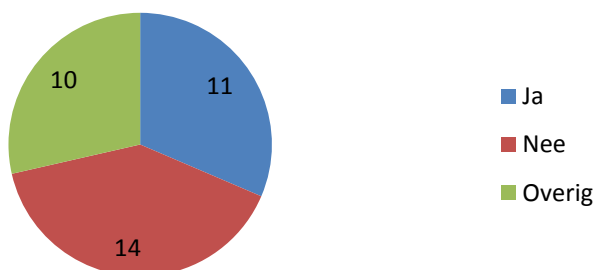
### 32. (On)mogelijkheid om aan eisen te voldoen

Er is slechts één respondent die stelt dat het goed lukt om aan de stelde verantwoordings-, registratie- en kwaliteitseisen te voldoen. Ruim een derde (n=13, 37%) geeft aan dat het enigszins lukt. Ook een derde deel (n=12, 34%) stelt dat het moeilijk is om aan alle eisen te voldoen. Een aanbieder (3%) geeft aan dat dit onmogelijk is. Een kwart (n=8, 23%) kan deze vraag niet beantwoorden.



### 33. Toerusting eigen ICT-systemen

Gevraagd is of de eigen ICT-systemen voldoende zijn toegerust om de benodigde verantwoordings-, kwaliteits-, registratie- en interne stuurinformatie op te leveren. Een derde (n=11, 31%) geeft aan dat dit het geval is, ruim een derde (n=14, 40%) geeft aan dat de eigen systemen hier nog niet voldoende op toegerust zijn. Bijna een derde (n=10, 29%) geeft 'overig' aan. Hierbij wordt aangegeven dat dit nog wordt onderzocht, ontwikkeld, aangepast, ingericht etc. De toerusting en inrichting kost (veel) capaciteit en geld.



### 34. Knelpunten bij voldoen aan kwaliteits-, registratie- en verantwoordingseisen

Ter aanvulling op reeds genoemde knelpunten worden de knelpunten genoemd:

- Koppeling met gemeentelijke datacenter lopen nog niet;
- Noodzakelijke aanpassingen zijn nog niet ingebouwd in ZIS;
- Interne her- en verrekeringen naar DBC-parameters zijn nog niet helder (ROM, KPI's, wachttijden, aantal wachtenden, meldingen aanvang zorg, duur zorg etc.)
- Houding software leverancier: kan pas over een jaar leveren;
- Onbekend hoe gemeenten enkele eisen willen invullen, bijv. cliënttevredenheid met welke methode en frequentie?;
- Wij moeten alert zijn op waarborgen privacy. Gemeentelijke diensten (niet CJG's of sociale teams) willen ook verwijsbrieven met inhoudelijke informatie over problematiek;
- Het verschilt per gemeente hoe lang zij DBC-systematiek blijven hanteren. Er zijn gemeenten die in 2015 al willen afwijken met als argument dat zo specifieke productinformatie tbv de transformatie wordt verkregen;
- We worden gevraagd in termen van Awbz-systematiek ons te verantwoorden, gemeenten snappen de DBC-systematiek niet, Awbz en DBC worden vermengd;
- Facturatieproces kan nog niet via EPD, nieuw ingericht EPD in april beschikbaar;
- Omslachtig berichtenverkeer als cliënten worden verwezen door huisarts of medisch specialist;
- Duivels dilemma tussen kostendruk op overhead vs capaciteit om aan alle eisen te voldoen;
- Door verlaging tarieven en kwaliteitseisen hoger dan bij verzekeraars is het bijna onmogelijk om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren;
- Tav hoofdbehandelaarschap worden verschillende eisen gesteld, is lastig in te regelen en het ontbreekt aan inhoudelijke legitimatie. Door hoge eisen aan hoofdbehandelaarschap zullen kosten stijgen ipv dalen;
- Veel onduidelijkheid over zorgtoewijzing/beschikking en start behandeling, vooral als huisarts of medisch specialist verwijst;
- Verschuiving van ggz naar gbggz van 20% is onrealistisch percentage;
- Verantwoording in termen van interventieniveau 's is niet haalbaar, sluit niet aan op ggz-productstructuur.
- Alle gemeenten in de regio vragen een aparte verantwoording;

### 35. Eigen acties op administratieve lasten te beperken

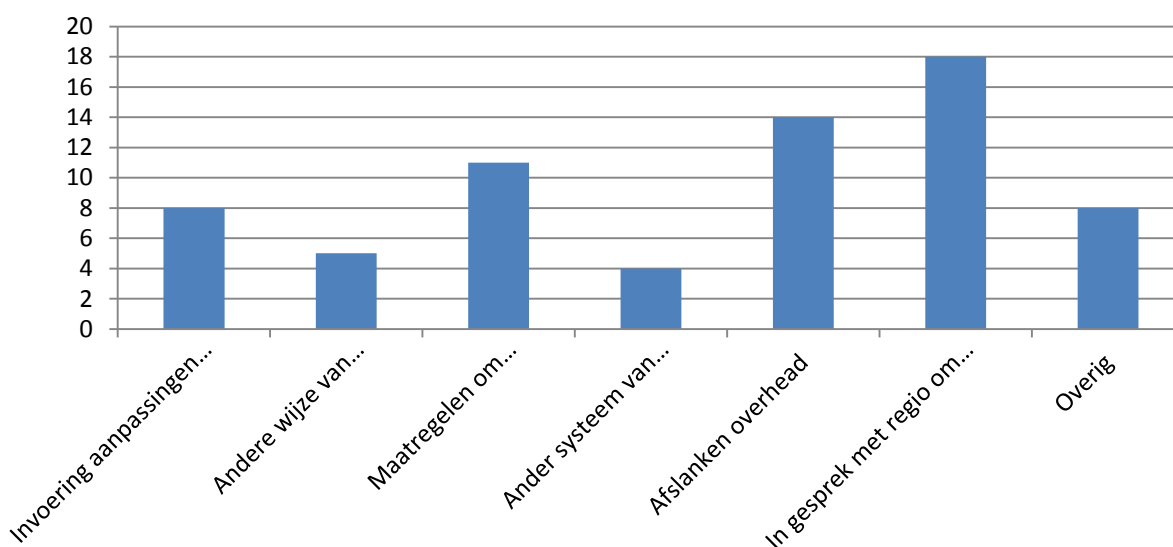
Op de vraag welke maatregelen genomen worden om de administratieve lasten te beperken zegt een kwart (n=8, 23%) aanpassingen in het kwaliteitsmanagementsysteem in te voeren. Een zevende (n=5, 14%) gaat op een andere wijze van resultaatmeting over. Een derde (n=11, 31%) neemt maatregelen om het kostenbewustzijn van medewerkers en management te bevorderen. Een tiende (n=4, 11%) kiest ervoor om een ander systeem van kostprijsberekening en kostentoedeling toe te passen. Veertig procent (n=14) van de respondenten geeft aan in te zetten op afslanking van de overhead. De helft van de aanbieders (n=18, 51%) gaat met de regio's in gesprek om samen tot eenvoudiger oplossingen te komen. Een kwart (n=8, 23%) kiest voor de antwoordcategorie 'overig'.

De volgende toelichting wordt bij deze vraag gegeven:

- Afslanken overhead kan juist niet, gezien de eisen die aan ons gesteld worden;
- Over de meeste onderdelen zijn we nog in gesprek met gemeenten, zij zijn ook zoekend;



- Overleg met andere zorgaanbieders IZA project en standaardisatie moet leiden tot meer uniformiteit en haalbaarheid.

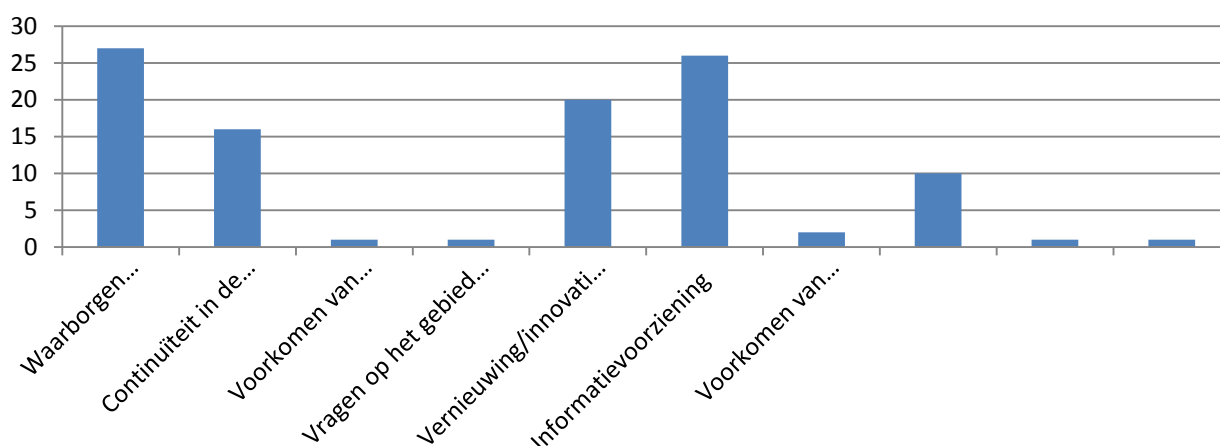


### 36. Regionale afspraken

Zorgaanbieders en regio's maken gezamenlijke inkoopafspraken. Gevraagd is naar thema's waarover afspraken zijn gemaakt. Uit de gegeven antwoorden blijkt dat de meeste afspraken zijn gemaakt over continuïteit van zorg in verband met het overgangsrecht (n=27, 77%); informatievoorziening (n=26, 74%) en over de transformatie (n=20, 57%).

In mindere mate zijn afspraken gemaakt voor de continuïteit in de relatie cliënt-zorgverlener (n=16, 46%) en specifieke afspraken voor specifieke doelgroepen (n=10, 29%).

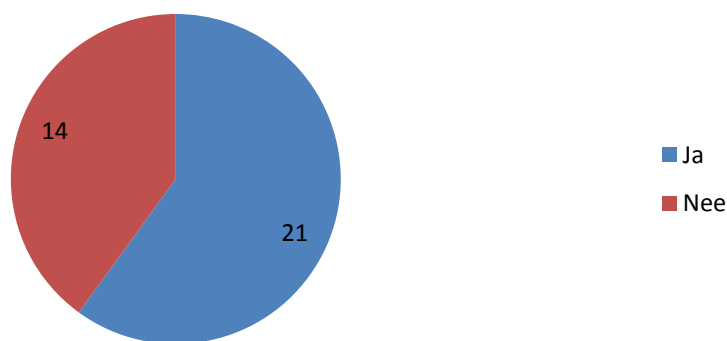
Slechts enkele aanbieders geven aan dat er afspraken zijn gemaakt over het voorkomen van onnodige ontslagen, over vastgoed of over voorkomen van administratieve lasten. Een respondent geeft aan dat er geen afspraken worden gemaakt, een respondent kiest voor de antwoord-categorie overig.



Ter toelichting zijn de volgende antwoorden gegeven:

- De nadruk heeft gelegen op continuïteit van zorg;
- In dit eerste kwartaal zijn we nog aan het overleggen om een aantal zaken goed in te regelen, daarna start het overleg over de transformatie;
- Er worden overlegtafels georganiseerd over innovatie;
- Specialistische aanbieders hebben zich verenigd om innovatie op te pakken, vaak dan weer zonder de wijkteams die zelf nog in opbouwfase zitten;
- Er is geen aandacht voor ontslagen of vastgoed;
- Door de verschillende regio's wordt voornamelijk gekeken hoe de korting van 25% behaald kan worden, hierbij wordt voorbij gegaan aan innovatie, vernieuwing en informatievoorziening;
- Afspraken over de jaarrekening en liquiditeit;
- Innovatiebudget is ingezet voor t bieden van meer budgetgaranties;
- Door eigen inzet op de hoog specialistische onderdelen, brengen we beperktere scope aan in bestaande contractering.

### 37. Problemen door toepassing woonplaatsbeginsel

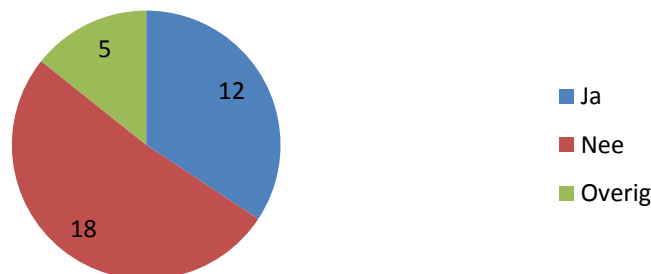


Zestig procent van de respondenten (n=21) geeft aan dat de toepassing van het woonplaatsbeginsel leidt tot problemen. Bij de overige veertig procent is dit niet het geval.

Over de aard van de problemen is het volgende toegelicht:

- Verhuizing tijdens looptijd DBC, risico ligt bij aanbieder, lastig om actueel te houden;
- Bij consultatie op anonieme basis;
- Bij gescheiden ouders;
- Bij voogdijschap lastig te bepalen;
- Bij ouders die in het buitenland wonen;
- Zorgaanbieders kunnen nog niet in het register (BRP en gezagsregister)
- Individuele 'lastige gevallen' en uitzoekwerk kosten veel tijd;
- Lastig als kind in de regio woont, maar contractueel valt onder regio waar geen contract mee is;
- Bij aanmeldingen van burgers uit overzeese rijkdelen;
- Verificatie aan begin zorgtraject is extra toetsing/administratie en leidt soms tot nee verkopen;
- Problemen verwacht bij afwijkende woonplaats en plaats van de school, of bij ouders die bij bepaalde ggz-instelling in behandeling zijn en kind daar ook in behandeling willen;

### 38. Gemeenten/regio's in eigen werkgebied waarbij toegang tot jeugdhulp/jeugd-ggz op 1 januari 2015 niet adequaat geregeld



Op de vraag of in het eigen werkgebied sprake is van gemeenten/regio's die de toegang tot jeugdhulp resp. jeugdggz nog niet op orde hebben, geeft een derde (n=12, 34%) aan dat dit het geval is. De helft (n=18, 51%) geeft aan dat de toegang geregeld is. Vijf respondenten vullen de antwoordcategorie overig in, in de betekenis van weet ik niet.

De gegeven toelichting is als volgt:

- Gemeenten geven burgers te weinig informatie over de twee toegangswegen. Over de toegang via de huisarts, jeugdarts of medisch specialist wordt weinig gecommuniceerd;
- De meeste instroom blijft via de huisarts, de weg naar de gemeente/wijkteam/CJG is nog niet voor iedereen te vinden;
- Er is verschil tussen theorie en praktijk;
- De bovenregionale doelgroep is niet goed in beeld;
- De crisisdiensten functioneren nog niet.;
- Bij scholen en ouders is veel onduidelijkheid over aanmeldingen bij dyslexie;
- Gemiddeld ziet per week één gezin af van opname in de kliniek door de ouderbijdrage;
- De wachtlijsten zijn nog steeds te lang voor gespecialiseerde jggz;
- Wijkteams zijn niet altijd goed op de hoogte van de contractafspraken.
- Niet overal kunnen beschikkingen afgegeven worden (nog niet operationeel) en zal op basis van vertrouwen door de zorgaanbieder gehandeld worden;
- Nog in gesprek met meerdere regio's over de toegang;
- Veel overleg nodig om toegang te realiseren, kennis te maken etc.;
- Het loopt nergens vlekkeloos, het is voor iedereen nog erg zoeken.
- Hier zit veel tijd in en de risico's van onjuiste beschikkingen zijn groot gezien de controleprotocollen van de regio's.

## Deel 3 – wensen t.a.v. rol GGZ Nederland

De lidinstellingen vragen GGZ Nederland een bijdrage te leveren aan de benodigde kennisdeling, aan de verdere inrichting van het jeugdstelsel (productstructuur; toegang/toeleiding; standaardisatie bij declaratie, facturatie, registratie en verantwoording; borging bovenregionale specialismen; privacy etc) en tot slot de rol van belangenbehartiger te vervullen richting de VNG, het Rijk en andere relevante stakeholders.

## Conclusies

GGZ Nederland constateert dat er bij gemeenten onvoldoende kennis was over de jeugdggz en de productstructuur (DBC, gbgz producten en Awbz) en het onderscheid cq de inhoud en regionale, bovenregionale en landelijke zorg. Dit heeft de in- en verkoop gecompliceerd en vertraagd. Waardering is er voor die gemeenten die in het proces van de de transitie de dialoog zijn blijven voeren en de transitie als een gezamenlijke zoektocht hebben benaderd.

Bij de in- en verkoop 2015 lag het accent vooral op de continuïteit van zorg aan bestaande cliënten. Zorgvernieuwing c.q. transformatie van de jeugdhulp is daarom nog nauwelijks van de grond gekomen ook omdat het inkoopproces onder grote tijdsdruk is gerealiseerd.

De kortingen waarmee instellingen zijn geconfronteerd zijn veel hoger dan de verwachte kortingen op basis van de macro bezuinigingsopdracht van ongeveer drie procent. De kortingen variëren van geen tot ruim vijftwintig procent.

Zorgaanbieders hebben zorgen over de toegang/toeleiding tot gespecialiseerde zorg en de borging van de bovenregionale gespecialiseerde ggz-functies.

De zorgaanbieders zien een te grote diversiteit in contractvormen en (formats voor) administratieve verantwoordingsverplichtingen, terwijl veel systemen niet tijdig gereed zijn. Veel instellingen laten weten dat het erg lastig wordt om op het gebied van verantwoording, kwaliteit en registratie aan alle eisen van gemeenten te voldoen.

De meeste instellingen zagen zich geconfronteerd met een krimp in hun personeelsbestand. In 2015 wordt mede ten gevolge van de herverdeling en de kortingen in 2016 een verdere krimp verwacht.

## Aanbevelingen

Stop met (Europees) aanbesteden en investeer in de relatie en in partnership, onderlinge kennisuitwisseling, en verhoogde deskundigheid bij de inkopers, zodat de onduidelijkheid over lokale, regionale, bovenregionale en landelijke voorzieningen wordt weggenomen en er een goede keten(samenwerking) ontstaat. Hiervoor is het ook nodig dat geïnvesteerd wordt in de deskundigheid en methodiekontwikkeling van en voor de wijkteams.

Het beleid is gericht op regionalisering van gespecialiseerde zorg. Dat staat op gespannen voet met de huidige praktijk waarin de zorgintensievere, c.q. klinische voorzieningen bovenregionaal of landelijk georganiseerd zijn. Deze situatie vraagt om een reële overgangsfase en bovenregionale en landelijke coördinatie, om onnodige afbraak van capaciteit en de bijbehorende zorg- en kennisinfrastructuur te voorkomen;

Start het –vereenvoudigde – inkoopproces 2016 tijdig, ga daarbij vroegtijdig de dialoog aan over de benodigde transformatie en werk op basis van vertrouwen.

Monitor de toeleiding/toegang tot zorg van nieuwe cliënten en de continuïteit van zorg bij de overgang van het jeugdstelsel naar andere stelsels bij het bereiken van de leeftijd van 18.



Werk aan vereenvoudiging en standaardisatie bij verantwoordingsinformatie en inkoopprocedures. Standaardisatie van de administratieve processen staat de decentralisatie en lokale/regionale/bovenregionale afspraken over de jeugdhulp niet in de weg. Voer geen nieuwe verantwoordingen in, als er niet tenminste een verantwoording overbodig gemaakt wordt.

Spreek meerjarencontracten af waardoor zowel de continuïteit van zorg kan worden geboden en verantwoord kan worden ingezet op de realisatie van de gewenste transformatie en innovatie.