

Regionaal inkoopkader Wmo en Jeugdhulp Blok B 2018 en verder



Inleiding

De belofte van de decentralisaties van de Wmo en jeugdhulp was dat de gemeente de zorg dichterbij de burger kon organiseren en dat de zorg daardoor toegankelijker, beter en goedkoper zou worden. Dit werd gesymboliseerd met het motto: *Gewoon doen wat nodig is*. Met de transitie werd de regio verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor onze burgers.

De transitie vereist een samenspel tussen verschillende partijen:

1. de cliënt en zijn omgeving
2. de basisinfrastructuur
3. toeleiders (zoals wijkteam, regieteam, artsen en voogden)
4. zorgaanbieders

De zorgaanbieders zijn ingekocht in 2015. De contractering voor 2018 is bijzonder omdat de contracten voor ambulante diensten Wmo en Jeugdhulp (blok B) aflopen. Dit maakt dat we een brede heroverweging hebben gemaakt. In dit inkoopkader geven wij het denkspoor weer met de overwegingen en keuzes achter de contractering.

Wijchen gaat per 2018 de inkoop zelf vormgeven. In april wordt het voorstel aan de Wijchense raad aangeboden en is dan ook beschikbaar voor de andere regiogemeenten.



Inhoudsopgave

Inleiding.....	2
Inhoudsopgave.....	3
1 Terugblik inkoopkader 2015-2017	4
Inhoud blok B	4
2 Doelen en verbeterpunten voor het nieuwe inkoopkader	6
Doelen	6
Verbeterpunten.....	6
3 De context van inkoop.....	10
Wijkteams.....	10
Het jeugdnetwerk.....	12
Gemeentelijke regie	12
Regionale samenwerking	13
4 Inrichting van de inkoop.....	14
Marktanalyse van de huidige situatie	14
Onderscheid tussen inkoopregime Combinatie en Kleine aanbieders opheffen.....	14
Selectie van aanbieders.....	15
Selectie op kwaliteit	15
Selectie en plafonds op betaalbaarheid.....	15
Looptijd.....	16
Percelen.....	17
Wmo	17
Jeugdhulp	17
Innovatieprojecten voor jeugd.....	17
5 Bekostigingsmodellen	19
Bijlagen Inkoopkader 2018 e.v. Wmo en jeugdhulp	21
Bijlage 1 Risico's van zorginkoop en maatregelen	21
Bijlage 2 Regionaal financieel kader.....	24
Bijlage 3 Gunningscriteria.....	25
Bijlage 4 voorgenomen wijziging Uitvoeringsbesluit	25



1 Terugblik inkoopkader 2015-2017

De contractering van de nieuwe Wmo en jeugdhulp was in 2015 en in 2016 gericht op transitie en continuïteit van zorg tegelijkertijd met forse bezuinigingen (zie bijlage 2). In de nota Kracht door Verbinding is vastgelegd dat we 'lokaal doen wat lokaal kan en regionaal wat regionaal moet'. Uitgangspunt was dat we zoveel mogelijk ondersteuning en zorg zo licht en dichtbij mogelijk willen hebben. In 2017 hebben we een aantal verbeteringen doorgevoerd en dat heeft geresulteerd in onderstaand inkoop-en subsidiemodel.

Blok A Lokaal contracteren - Lokaal uitvoeren

Alle diensten die lokaal (= per gemeente) zijn ingekocht of gesubsidieerd. Het betreft de basisinfrastructuur zoals welzijn en het sociaal wijkteam. Van de nieuwe Wmo diensten betreft het inloop, ontmoeting, belevingsgerichte dagbesteding ouderen en vervoer.

In 2017 is Specialistische dagbesteding ouderen en kortdurend verblijf ouderen overgeheveld naar de lokale inkoop om een verbinding met de lokale welzijnsvoorziening te maken.

Blok B Regionaal contracteren - Regionaal uitvoeren

Diensten: maatwerkvoorzieningen gericht op ontwikkelingsgerichte dagbesteding, vervoer, kortdurend verblijf, ambulante trajecten, observatie en diagnostiek voor jeugd en volwassenen. Deze diensten zijn ingekocht bij zowel de Combinatie als middels een raamcontract met kleine aanbieders.

In 2017 is Dyslexie apart aanbesteed om de groei om te buigen met plafonds. Het betreft een meerjarig contract 2017-2021.

In 2018 lopen de contracten voor blok B af daarover gaat dit inkoopkader.

Blok C Regionaal contracteren - Regionaal uitvoeren

1 Blok C1 Jeugdhulp met verblijf

Diensten: maatwerkvoorzieningen pleegzorg, gezinshuizen en residentiële jeugdhulp.

In 2017 hebben we de bovenregionale inkoop van complexe jeugdhulp gebundeld met de regionale inkoop om een betere verbinding tot stand te brengen met de lokale netwerken. We hebben een driejarig en flexibel contract (2017 t/m 2019) gesloten met een netwerk van aanbieders en we hebben de verblijfvoorkomende en –verkortende ambulante hulp ondergebracht in het contract. Het doel is transformatie naar minder kinderen in verblijf.

2 Blok C2 jeugdbescherming en jeugdreclassering

Dit betreft 3 subsidies voor 1 jaar aan gecertificeerde instellingen. Voor de contractering in 2018 volgt een apart voorstel.

Inhoud blok B

Het betreft het contract met de Combinatie met 11 partijen en 170 raamcontracten kleine aanbieders die tezamen ongeveer 15.000 burgers in onze regio van zorg voorzien. Financieel betreft het een budget van 41 miljoen regionaal (prognose 2017). Inhoudelijk zijn het ambulante diensten die zoveel mogelijk lokaal zijn ingericht met een sterke verbinding met andere lokale, regionale en landelijke domeinen. Dit is exclusief het zorgaanbod voor Dyslexie omdat die diensten al in 2017 apart zijn ingekocht.

Lokaal

1. De basisinfrastructuur zoals welzijnsvoorzieningen, opvoedingsondersteuning en jeugdgezondheidszorg
2. Vindplaatsen zoals kinderopvang, scholen, woningbouw en politie



3. Toeleiders zoals sociale (wijk)teams, regieteams, veiligheidshuis, huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en voogden (van gecertificeerde instellingen)

Regionaal en landelijk

4. Jeugdhulp met verblijf en het landelijk transitiearrangement voor Jeugdhulp
5. Beschermd wonen
6. Maatschappelijke opvang
7. Wet Langdurige Zorg
8. Zorgverzekeringswet o.a. volwassenen psychiatrie

De diensten in Blok B hebben een cruciale functie in het op- en afschalen tussen bovenstaande domeinen. Het afschalen van de zware regionale en landelijke zorg zal tot een toename leiden in blok B. Daarnaast wordt verwacht dat blok B kan afschalen naar de lokale basisinfrastructuur. Het netto effect op het volume van zorg in blok B is niet in te schatten en zal per zorgsoort ook kunnen verschillen. De inkoopvorm moet deze veranderlijkheid in het productievolume ondersteunen.



2 Doelen en verbeterpunten voor het nieuwe inkoopkader

Doelen

De belofte van de decentralisaties van de Wmo en jeugdhulp was dat de gemeente de zorg dichterbij de burger kon organiseren en dat de zorg daardoor toegankelijker, beter en goedkoper zou worden. Dit werd gesymboliseerd met het motto: *Gewoon doen wat nodig is*. In de contracten met aanbieders is vastgelegd dat zij zich richten op de kerndoelstellingen van de transitie (zoals in de door de gemeenteraden vastgestelde regionale beleidsnota 'Kracht door Verbinding').

Kerndoelstellingen en succesfactoren van de transitie

Kerndoelstellingen	Succesfactoren
<ol style="list-style-type: none"> 1. De Kanteling is de kern van de werkwijze van de professional 2. De mens in de eigen leefomgeving staat centraal 3. Zorg en ondersteuning bieden aan die personen die het nodig hebben 	<ul style="list-style-type: none"> • De cliëntbenadering is vraaggericht • De professional heeft de mogelijkheid om maatwerk te leveren • De professional beschikt over de juiste competenties • Sterk eigen netwerk • Hulp zo licht en dichtbij mogelijk • Basisstructuur is op orde • Toegang is goed geregeld
<ol style="list-style-type: none"> 4. Eén huishouden, één plan & een optimale samenhang tussen zorg en welzijn door professionals en informele zorg en ondersteuning 5. Iedereen benut de eigen mogelijkheden en neemt eigen verantwoordelijkheid waarbij we streven naar maximale zelfregie en samenredzaamheid 6. Optimale participatie in een inclusieve samenleving 	<ul style="list-style-type: none"> • Eén regisseur per huishouden • Op elkaar afgestemd plan voor alle deelnemers in het huishouden • Op elkaar afgestemd aanbod (binnen het plan)
<ol style="list-style-type: none"> 7. Een verschuiving in de keten van zwaar naar licht: 8. preventie voor curatie 9. Betaalbare zorg en ondersteuning 	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt minder zware zorg ingezet • Er wordt sneller afgeschaald van zwaar naar licht • Er wordt meer ingezet op preventie • Plan op maat: op- en afschaling wordt flexibele ingezet • Informele zorg wordt goed benut • Optimale inzet van het aantal handen aan het bed

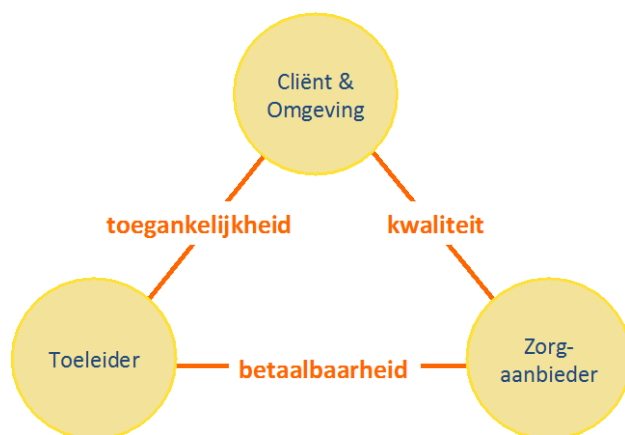
Deze inhoudelijke kerndoelstellingen zijn nog steeds het leidende principe. In dit inkoopkader gaat het vooral om HOE de zorg georganiseerd, gecontracteerd en betaald moet worden zodat aan de gestelde beleidsdoelen wordt voldaan.

Verbeterpunten

De gemeente heeft compensatieplicht uit hoofde van de Wmo 2015 en de Jeugdwet. De zorginkoop moet garanderen dat hoge kwaliteit van zorg beschikbaar is voor burgers, waarbij de betaalbaarheid voor de gemeenten ook geborgd is. De toegang tot het zorgaanbod die wordt uitgevoerd door de



toeleiders¹ is geen onderdeel van de zorginkoop. Het is wel van belang dat de gemeente er op stuur: het goed functioneren van het totale systeem voor goede zorg is immers de verantwoordelijkheid van de gemeente.



Er zit spanning tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Bijvoorbeeld een hoge toegankelijkheid van zorg kan betekenen dat de betaalbaarheid onder druk komt. Te lichte kwaliteit van zorg is op korte termijn goedkoper maar kan op lange termijn duurkoop zijn. En de wens van de cliënt is niet altijd verenigbaar met de principes van zelfredzaamheid en afschaling die nodig zijn voor de betaalbaarheid. De transformatie naar *Gewoon doen wat nodig is* vereist een open dialoog tussen de cliënt en zijn omgeving, de toeleider en de zorgaanbieder. Deze transformatie heeft tijd nodig om zorgvuldig te verlopen. De gemeente heeft fors minder middelen gekregen dus de zorg moet anders ingeregeld worden. Generieke kortingsmaatregelen zijn niet de oplossing omdat hiermee geen rekening wordt gehouden met de kwaliteit die elke individuele burger nodig heeft. Een goede balans tussen kwaliteit en betaalbaarheid vereist een zorgvuldige afweging die per cliënt gemaakt moet worden. We spreken hier over **passende zorg**: zo licht als kan, zo zwaar als nodig. Dit betekent dus ook dat er niet eerst wordt aangemodderd met lichte zorg als zware zorg noodzakelijk is. Het bepalen van de passende zorg is een taak van de toeleiders. Het samenspel tussen toeleiders en aanbieders is cruciaal in de transformatie van zorg, het bereiken van de inhoudelijke beleidsdoelen en het garanderen van kwaliteit en betaalbaarheid. Afgelopen 2 jaar hebben we daar ervaring mee opgedaan. In onderstaande tabel staan de verbeterpunten geformuleerd zijn verzameld en die van maatregelen zijn voorzien voor de nieuwe inkoop. Deze verbeterpunten zijn afkomstig van wijkteams, regieteams, aanbieders, contractmanagement en fraudemeldpunt.

Verbeterpunt	Maatregelen
Er is een spanning tussen de taken van de wijkteams. Collectieve preventie sneeuwt soms onder omdat de aandacht gaat naar toeleiding en lichte ondersteuning.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elke individuele gemeente moet sturen op de taak van collectieve preventie en het aantal cliënten dat kan worden geholpen zonder inzet van zorg. 2. Een eis aan de aanbieders dat ze een signalerende rol hebben waar kansen liggen voor een collectieve aanpak en adviseren hoe die kan worden ingevuld. Randvoorwaarde is een goede lokale samenwerking tussen aanbieders en wijkteams.

¹ sociale (wijk)teams, regieteams, veiligheidshuis, huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en voogden (van gecertificeerde instellingen)



Verbeterpunt	Maatregelen
<p>Versterking van het jeugdnetwerk (jeugdgezondheidszorg, wijkteam, scholen, huis-, jeugd- en kinderartsen, gedwongen kader, Veilig Thuis en Veiligheidshuis) en verhogen van de vroegsignalering op de vindplaatsen om risico-gevallen te vermijden.</p>	<p>3. De randvoorwaarde voor transformatie is een goede samenwerking tussen alle spelers in de jeugdketen. De gemeente moet regie voeren op het functioneren van de jeugdketen.</p> <p>4. Zorgaanbieders van jeugdhulp moeten meer beschikbaar zijn op vindplaatsen en bij wijkteams en daar ook korte ondersteuning kunnen bieden. Dit vereist een stuk beschikkingsvrije ruimte die we organiseren middels de innovatieprojecten.</p>
<p>1 gezin, 1 plan komt nog niet altijd uit de verf. Burgers worden niet altijd integraal voor meerdere problemen en op alle leefgebieden geholpen. Dit komt ook doordat het beschermen van de privacy van cliënten niet altijd toestaat dat andere partijen betrokken worden.</p>	<p>5. De eis aan aanbieders is dat ze integraal werken ook met de basisinfrastructuur. Randvoorwaarde is een goede lokale samenwerking tussen partijen, die moeten elkaar kennen en betrekken rond een casus als dat nodig is. Samenwerking tussen professionals moet gestimuleerd worden door opleidingen, ontmoetingen en ruimte in tijd en geld.</p> <p>6. Case-management is een randvoorwaarde voor goede samenwerking rond complexe casussen De inkoop eisen moeten worden aangescherpt. In Nijmegen loopt een pilot ter verbetering van case-mgt.</p>
<p>(Nijmegen) Burgers hebben al contact met een aanbieder voor het wijkteam een brede analyse kan maken van de problematiek en ook de zelfredzaamheid kan inschatten.</p>	<p>7. Primaat voor inzet van zorg ligt bij de toeleiders en niet bij de aanbieders. Wijkteams zijn de experts in de brede analyse over de leefdomeinen, aanbieders zijn de experts in de specifiek zorgbehoefte. Beide perspectieven moeten elkaar aanvullen. Aanbieders moeten consultatie en advies leveren. Aanbieders mogen echter niet zelf al de intake gedaan hebben voordat een wijkteam is ingeschakeld. Randvoorwaarde is een goede lokale samenwerking tussen aanbieders en wijkteams.</p>
<p>Toeleiders en aanbieders kijken nog onvoldoende naar de mogelijkheden van afschaling naar lichtere ondersteuning en zelfredzaamheid. Aanbieders blijven langdurig (specialistische) begeleiding en behandeling bieden.</p>	<p>8. Aanscherping van de selectie-eisen aan de werkwijze van zorgaanbieders: gekanteld, methodisch, integraal en afschalend werken.</p> <p>9. Randvoorwaarde is goed zicht op de aanbieders. Dit zowel door contractmanagers als door elke gemeente voor zijn lokale netwerk/in Nijmegen voor elk stadsdeel.</p> <p>10. Aangrijpingspunt zijn de herindicaties, deze vormen een goed moment voor een kritische heroverweging. Toeleiders spelen hierin een cruciale rol. Sturing op de lokale toeleiders is een speerpunt voor de elke gemeente.</p> <p>11. Investeren in het voorveld om zorg te voorkomen. Bijvoorbeeld door meer ondersteuning als algemene voorziening aan te bieden en het creëren van meer dag invulling en ontmoeting om inzet dagbesteding te verminderen. De aanpak van het voorveld verschilt per gemeente, we leren van elkaar en van de landelijke aanpakken.</p>
<p>Afschaling van jeugdhulp met verblijf en beschermd wonen naar ambulante hulp gebeurt nog onvoldoende.</p>	<p>12. Eis van deelname aan casusoverleg waar elke cliënt besproken wordt en onderzocht wordt of lichtere zorgalternatieven mogelijk zijn. Niet alleen vanuit</p>



Verbeterpunt	Maatregelen
	<p>kostenbewustzijn maar ook om de zorg zoveel mogelijk in het normale bestaan in te bedden.</p> <p>13. In het contract Jeugdhulp met verblijf zijn voor 2017 al substitutieafspraken gemaakt waardoor de aanbieders de vrijheid hebben binnen hun budget te switchen naar ambulante zorg.</p> <p>14. Beschermd wonen gaat zijn contracten voor 2018 herijken.</p>
Administratieve verlichting voor toeleiders, backoffices en zorgaanbieders.	<p>15. Aansluiting bij landelijke standaarden zoals de VNG uitvoeringsvarianten van bekostiging en de landelijke productcodes.</p> <p>16. Het omzetten van ondersteuning van maatwerkvoorziening naar algemene voorziening voorkomt bureaucratie. Dit is een lokale keuze.</p>
Verbeteren betaalbaarheid van de zorg.	<p>17. De situatie is per regiogemeente anders. Op jeugdhulp hebben meerdere regiogemeenten een tekort in 2017. De prioriteit om dit op te lossen ligt bij de aanpak van het aantal kinderen in verblijf en een onderzoek naar de groei van de ambulante hulp aan Licht Verstandelijk Beperkten.</p> <p>18. Voor Wmo begeleiding en dagbesteding heeft Nijmegen in 2017 een tekort. De maatregelen zijn meer sturing op de werkwijze van zorgaanbieders en wijkteams: gekanteld, methodisch en afschalend werken.</p>
Uit de handhaving blijkt dat een aantal aanbieders niet voldoen aan de kwaliteitseisen.	<p>19. Strengere selectie op kwaliteit van aanbieders in de inkoop. Dit leidt mogelijk tot minder aanbieders. Bijkomend voordeel is dat het makkelijker is om goed zicht te houden en dat de tijdsintensieve handhaving minder wordt ingezet.</p>
Aanbieders geven signalen dat tarieven niet altijd passend zijn.	<p>20. Wij streven naar reële tarieven die de zorgkosten dekken. Een aantal tarieven worden op dit moment onderzocht omdat ze misschien te hoog zijn of te laag zijn. Zie ook het voorgenomen wijzigingsbesluit van de Wmo over onderbouwing van tarieven (zie bijlage 4)</p>
Verschuiving Wmo-zorg van Combinatie naar kleine aanbieders	<p>21. Inkoop moeten flexibel mee kunnen veren met verschuivingen in de markt.</p>

Bovenstaande verbeterpunten worden nog besproken met cliëntenvertegenwoordigers in april en met aanbieders in mei.

2 jaar ervaring heeft tot verbeterpunten geleid die een plek krijgen in de nieuwe inkoop van zorgaanbieders. Daarnaast moet ook op de toeleiders gestuurd worden. Het samenspel tussen toeleider en zorgaanbieder is cruciaal in de transformatie en het garanderen van de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.



3 De context van inkoop

De transformatie naar *Gewoon doen wat nodig is* vereist een open dialoog tussen cliënt, toeleider en zorgaanbieder. Voor de Wmo is het wijkteam² de belangrijkste toeleider, voor jeugdhulp zijn dat andere toeleiders. De gemeente moet als opdrachtgever of eigenaar van het wijkteam erop toezien dat zij hun rol als toeleider goed vervullen. Op de andere toeleiders heeft de gemeente geen directe sturing, daar moet zij vooral de dialoog zoeken.

Wijkteams

Landelijk zie je dat wijkteams op een breder terrein actief zijn dan alleen Wmo en jeugdhulp (zie schema op pagina 11 en 12): professionals van werk, inkomen en schulden in het wijkteam opgenomen omdat veel cliënten van wijkteams ook problemen hebben op het gebied van wonen, schulden, armoede en werkloosheid zijn. Daardoor kan het wijkteam echt de belofte van de 3 decentralisaties waarmaken: de burger op alle leefdomeinen ondersteunen, geen schotten meer. De regiogemeenten bezinnen zich op deze uitbreiding van de wijkteam. Er lopen pilots om professionals van het Werkbedrijf te verbinden aan de wijkteams. Sommige regiogemeenten hebben de dienst Inkomen al betrokken, en ook met Schuldhulpverlening lopen er pilots. De invulling van de wijkteams en een verbreding in de toekomst is een lokale keuze waarover regionaal wordt afgestemd.

De dominante taak van de wijkteams nu ligt op het domein Zorg en Welzijn. De inkoop van Wmo en Jeugdhulp kan niet los gezien worden van de invulling van de wijkteam in de gemeenten en de doorontwikkeling daarin. Er zijn regionaal 20 sociale wijkteams. Vanuit de zorginkoop is navraag gedaan welke wensen er leven. De wijkteams hebben aangegeven dat ze de **zorgprofessionals dichterbij** willen hebben. Dit willen ze om:

1. Meer expertise te kunnen betrekken om hun taak van toeleiding beter te kunnen vervullen. Voor de transformatie is het van belang om op basis van expertise goed in te kunnen schatten wanneer er opgeschaald moet worden en wanneer afschaling mogelijk is.
2. De regiefunctie van het wijkteam goed te laten samenwerken met de zorgaanbieder zodat er sprake is van 1-gezin-1 plan en een goed gekanteld hulpverleningsplan met veel aandacht voor eigen kracht en collectieve activiteiten.
3. Sneller de zorgprofessional te kunnen betrekken bij een cliënt voor korte interventies en collegiale consultatie.
4. De expertise van zorgprofessionals te betrekken bij het formuleren van een wijkgericht preventief en collectief aanbod.

Bovenstaande signalen zijn opgenomen in de verbeterpunten voor de inkoop (hoofdstuk 1). Maar het vereist ook keuzes ten aanzien de inrichting van het wijkteam. Als we kijken naar de inrichting van de wijkteam zien we regionaal en landelijk verschil:

- De bezetting van het wijkteam: de disciplines die in het wijkteam zijn opgenomen en de omvang van het wijkteam. Dit bepaalt ook de omvang van de zorg die het wijkteam zelf kan leveren naast de toeleidingsfunctie en de regiefunctie. De doelstelling van het wijkteam is het toeleiden naar passende zorg en daar hoort ook bij het leveren van preventieve en lichte ondersteuning als dat zwaardere zorg kan voorkomen. Het wijkteam moet het toonbeeld zijn van *Gewoon doen wat nodig is*.
- De organisatorische ophanging van het wijkteam verschilt in de mate van afstand van de gemeente. De vormen daarin zijn:
 - o Als een gemeentelijke afdeling, dit is het geval in Berg en Dal, Druten, Heumen en Mook en Middelaar

² Waar wijkteam staat moet ook regieteam gelezen worden. Daarnaast hebben de wijkteams ook andere namen in de regio: sociale teams, sociale wijkteams en kernteams.

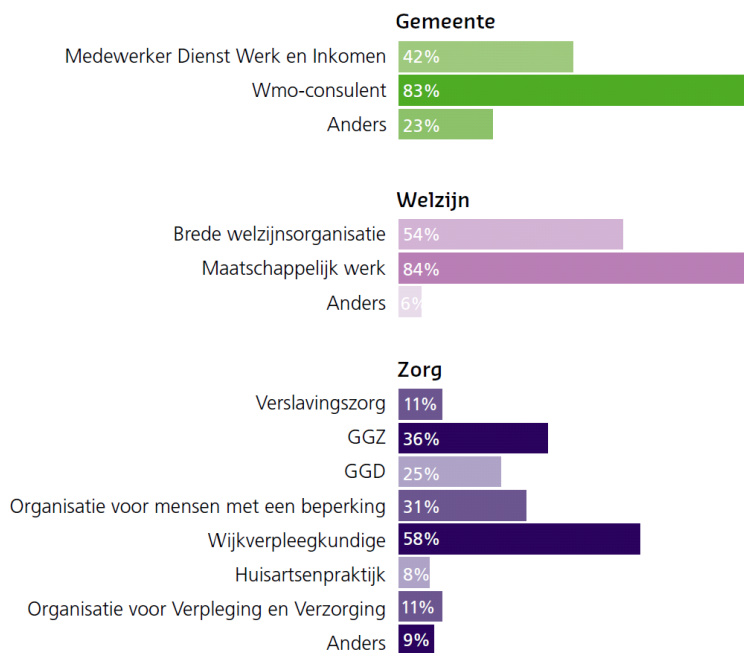


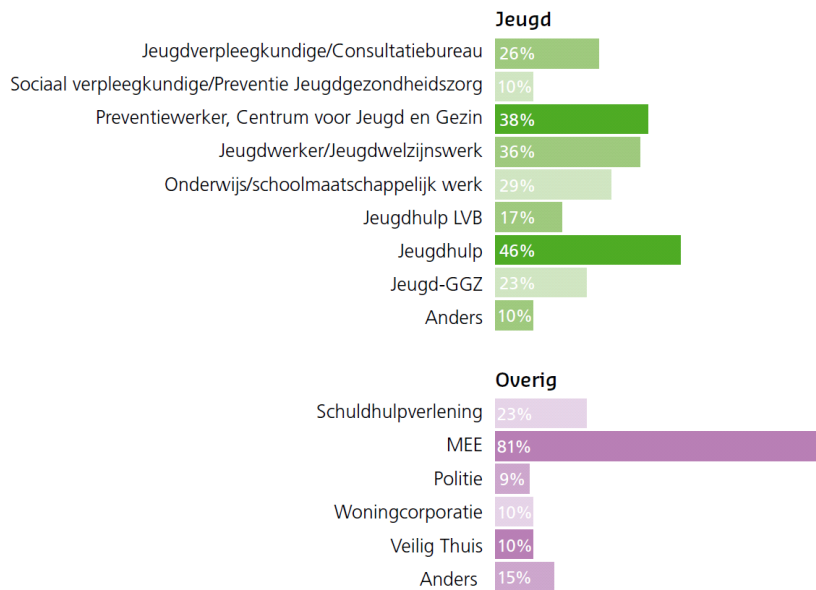
- Bij een bestaande aanbieder, dit is het geval in Nijmegen waar Nim-Swon wordt gesubsidieerd om het Wijkteam te organiseren
- Als een netwerk van aanbieders, dit is de inrichting die Beuningen en Wijchen hebben gekozen
- Als gemeenschappelijke regeling of rechtspersoon (stichting of coöperatie), dit zijn andere mogelijkheden die elders in het land voorkomen en waar Wijchen voor gaat kiezen.

Elke gemeente in de regio bezint zich op de inrichting van het wijkteam, zowel op de omvang als op de ophanging. Dit kan effect hebben op de zorginkoop. Daarom moet de zorginkoop qua volume flexibel meebewegen met de keuzes voor het wijkteam. Die flexibiliteit zit in de omvang van zorg die wordt ingekocht, daarom worden er geen vaste budgetten meer ingekocht maar raamcontracten zodat het volume van zorg kan verschuiven. De transformatie is nog niet klaar en we willen de verschuiving van zwaardere naar lichtere zorg blijven stimuleren in de toekomst.

Het wijkteam moet vanuit de kantelingsgedachte kijken naar de mogelijkheden om zorg licht en dichtbij de burger te organiseren en het aantal verwijzingen naar maatwerkvoorzieningen te verminderen.

Landelijke inventarisatie van disciplines in een wijkteam (% wijkteams met de genoemde discipline
Bron: Mosisili, *Sociale (wijk)teams in beeld*, februari 2016)





Het jeugdnetwerk

Voor de jeugdhulp zijn de belangrijkste toeleiders de huisartsen bijvoorbeeld voor de inzet van geestelijke gezondheidszorg (Ggz). Andere toeleiders zijn de jeugdartsen, kinderartsen, voogden van gecertificeerde instellingen en Veilig thuis. Al deze toeleiders zijn onafhankelijk van de gemeenten. Samenwerking gebeurt op basis van gelijkwaardigheid en uiteraard met respect voor de beroepsethiek van de toeleider en de privacy van de cliënt. Toch is het van belang dat er goed contact is met deze toeleiders om met hen samen tot transformatie van de jeugdhulp te komen. Investeren in de dialoog met deze onafhankelijke stakeholders is dus een belangrijke taak van de gemeente.

Daarnaast zijn er veel andere spelers van belang voor jeugd. Zo zijn er de vindplaatsen zoals kinderdagverblijven en scholen (schoolmaatschappelijk werk en zorgadviesteams) en ook de jeugdgezondheidszorg bij de GGD. Het netwerk voor jeugd is bij elkaar genomen pluriform en complex en de aanbieders van jeugdhulp die we inkopen moeten hier naadloos op aansluiten.

De gemeente moet als eindverantwoordelijke voor de zorg aan haar burgers ervoor zorgen dat het samenspel, ook in het complexe spelersveld rondom de jeugdhulp, goed verloopt

Gemeentelijke regie

De aanbieders die een contract krijgen in 2018 worden geacht een netwerk te gaan vormen met het lokale wijkteam en het lokale jeugdnetwerk. Om de transformatie te laten slagen vereist het krachtige sturing op een aantal randvoorwaarden:

1. De samenwerking tussen de aanbieders gericht op samenhang in de zorg voor burgers.
2. De samenwerking tussen aanbieders en toeleiders (bijv wijkteam, huisartsen) en vindplaatsen (onderwijs, kinderdagverblijven) gericht op vroegsignalering en preventie.
3. De transformatie van wijkteams en aanbieders naar gekanteld en vraaggericht werken.
4. Een gezamenlijke aanpak die aansluit bij de lokale problematiek en infrastructuur van de wijk: het decor is in elke wijk anders en vraagt om een andere aanpak.



De gemeente moet actief netwerkregie voeren op de bovenstaande randvoorwaarden. Het is logisch dat deze netwerkregie belegd is bij de gemeente: ook al hebben we de zorg uitbesteed aan externe zorgaanbieders dan nog vereist de verantwoordelijkheid die we hebben als gemeente dat we stevig gaan sturen. De gemeente is verantwoordelijk voor het functioneren van het hele systeem en is de meest objectieve partij daarin. Cliënten, toeleiders en aanbieders hebben hun eigen deelbelangen, de gemeente is de uitgelezen partij om al die belangen tegen elkaar af te wegen en een optimum vinden. Dit doen we op lokaal niveau dus per gemeente voor de ambulante zorgvormen uit blok B. Voor de zware zorgvormen zoals jeugdhulp met verblijf en beschermd wonen hebben we regionale ketenregie ingericht.

Netwerkregie is een taak van elke gemeente om te sturen op de transformatie over de partijen heen en aan een sterk lokaal netwerk te bouwen. Regionale regie is ingericht voor zwaardere hulpvormen.

Definitie Netwerkregie: netwerkregie vindt plaats op gemeentelijk of wijkniveau, afhankelijk van de schaal van een gemeente. Het doel is om verschillende aanbieders en veldpartijen in de keten (of netwerk) goed met elkaar te laten samenwerken. Goed samenwerken betekent dat de samenwerking in dienst staat van de gemeentelijke beleidsdoelen. De netwerkregisseur werkt daarbij aan goede, consistente afspraken om ieders rol te expliciteren en te sturen op rolvastheid en het nemen van verantwoordelijkheid. Vooral in de fase waarin nieuwe rollen in de keten en het veld moeten ontstaan heeft de netwerkregisseur een belangrijke rol. Naarmate de partijen meer ervaren zijn met hun nieuwe rol, treedt de netwerkregisseur 'terug' en zal zijn rol beperkter zijn. Netwerk regie ligt op het niveau van het netwerk. Het is dus geen casusregie of procesregie³ maar zorgt dat meerdere processen voor meerdere casussen goed gaan lopen.

Regionale samenwerking

Naast de lokale netwerkregie op het samenspel tussen cliënt, toeleider en aanbieder blijft er ook nog een noodzaak voor regionale bundeling van de regie op aanbieders over de gemeenten heen. De regio heeft een regionaal ondersteuningsbureau (ROB) ingericht voor contractering, contractmanagement, betaalafspraken, monitoring en handhaving. Hier wordt de expertise over zorgaanbieders gebundeld. De lokale netwerkregisseurs kunnen hier hun signalen kwijt over zorgaanbieders waarna contractmanagementgesprekken, kwaliteitsonderzoeken en handhaving kan plaatsvinden. Naast het regionale ondersteuningsbureau wordt ook regionaal afgestemd tussen portefeuillehouders, beleid, financiën, backoffices en handhaving. Alle regiogemeenten onderschrijven het belang van samenwerking in dit domein en het bundelen van de krachten om een stevige opdrachtgever te vormen.

Regionale samenwerking versterkt het opdrachtgeverschap van de gemeente, het contractmanagement wordt regionaal gezamenlijk georganiseerd.

³ Een procesregisseur zorgt in een gebied dat een proces van melding tot afhandeling waar meerdere partijen/professionals bij betrokken zijn goed verloopt. Gericht op alle casussen.



4 Inrichting van de inkoop

Marktanalyse van de huidige situatie

	Wmo	Jeugdhulp
Aantal partijen die samen 80% leveren	23	8
Grote omzet partijen >100.000 euro	34	20
Kleine omzet partijen <10.000 euro	26	39
Totaal aantal partijen	99	98

[de getallen voor Wmo en jeugdhulp kunnen niet zomaar opgeteld worden omdat het deels dezelfde partijen betreft, let daarop bij het interpreteren van onderstaande zinnen]

Wat opvalt aan de huidige situatie is dat er veel partijen een contract hebben. Daarbij zijn er ook veel kleine partijen met weinig omzet: 65 van de 180 ongeveer. De grote hoeveelheid partijen maakt dat we geen recht kunnen doen aan het model van partnership: het zijn er teveel om allemaal goed contact mee te onderhouden. Dit geldt zowel voor contractmanagement als voor de wijkteams. Daardoor is er ook niet overal zicht op de geleverde kwaliteit en het handelen van de zorgaanbieder. De gemeente Nijmegen geeft aan naar minder partijen te willen gaan om beter zicht te krijgen op het reilen en zeilen van een aanbieder, de rest van de regio geeft aan vooral op kwaliteit van de zorgaanbieder te willen selecteren, het aantal aanbieders ervaren ze niet als een probleem. Deze verbeterpunten staan ook in hoofdstuk 1 benoemd.

Een aantal grote partijen is verenigd in de Combinatie (11 partijen) maar daarnaast zijn er nog zo'n 35 partijen die ook een grote omzet hebben. Deze vallen nu in de kleine aanbieders regeling maar zijn dus niet klein.

Bij Jeugd is 80% van de omzet geconcentreerd bij 8 partijen, bij Wmo is die meer verspreid over 23 partijen.

Onderscheid tussen inkoopregime Combinatie en Kleine aanbieders opheffen

In de contractering 2015-2017 hebben we twee regimes in blok B: het contract met de Combinatie met 11 partijen en de raamcontracten kleine aanbieders met ongeveer 170 partijen. We willen voor 2018 naar 1 regime voor de zorginkoop. De redenen daarvoor zijn divers.

1

We hebben in 2015 aan de Combinatie gevraagd om gebiedsgerichte Ambulante Teams in te richten waar vanuit de hulpverlening wordt gecoördineerd en verricht. Omdat dit ambulante team alleen van de Combinatie was en niet van de kleine aanbieders werd het niet de handige one-stop-shop voor de wijkteams. De eis voor 2018 wordt dat alle zorgprofessionals in een gebied goed samenwerken in een ambulante netwerk met het wijkteam als spil.

2

De Combinatie kreeg een vast budget. In theorie is een vast budget is het bekostigingsmodel wat afschalend werken het meeste stimuleert. Er zit immers geen productieprikkel in om zoveel mogelijk zorg te leveren. Ook is het een model wat geacht wordt gesprekken over geld te voorkomen maar in de praktijk werkte dit kostenmodel anders. Omdat de Combinatie geen nieuwe entiteit was maar een



samengesteld gezelschap moest het budget toch verdeeld worden over de instellingen. Middelen stroomden dus niet volledig vrijelijk ten gunste van de burger. Daarnaast werkte het model van een vast budget voor de Combinatie niet optimaal omdat daarnaast de kleine aanbieders een open-einde financiering hadden. Je ziet een verschuiving optreden van zorg naar kleine aanbieders bij de Wmo. We kiezen voor hetzelfde bekostigingsmodel voor dezelfde diensten dus voor alle zorgaanbieders in blok B zonder een onderscheid tussen Combinatie en Kleine aanbieders (voor bekostigingsmodellen zie hoofdstuk 6).

3

Daarnaast werd het in 2016 helder dat de instellingen van de Combinatie vanuit hun bedrijfsvoering niet allemaal in het zelfde organisatiemodel pasten: een deel ziet dat zij hun professionals daadwerkelijk in een gebiedsteam kunnen plaatsen als vaste standplaats, een deel ziet dat zij daarvoor onvoldoende massa hebben en ziet meer in een netwerkmodel waarbij professionals meerdere gebieden bedienen. De kleine aanbieders hebben vaak wel hun standplaats in een gebied. De wens van de regiogemeenten is dat professionals zoveel mogelijk een vast gezicht in de wijk worden. Dit zal worden opgenomen in het programma van eisen.

4

De toegevoegde waarde van de Combinatie was het verbinden van zorgaanbieders op bestuurlijk en operationeel niveau. Samenwerking tussen zorgprofessionals en zorginstellingen is namelijk cruciaal voor de transformatie. Voor 2018 willen we dat er sterke lokale netwerken gaan ontstaan. Door op lokaal niveau te opereren betreft het minder partijen die elkaar moeten kennen. Het betreft dan direct ook de meer inhoudelijke en uitvoerende medewerkers die daadwerkelijk in een gezin actief zijn. Die uitvoerende samenwerking willen we stimuleren middels de eerder genoemde netwerkregie van de gemeente. Daarnaast denken we aan extra stimulansen voor de samenwerking door eisen te stellen zoals: een lokaal samenwerkingsconvenant, eis van gezamenlijke opleidingen, eis van multidisciplinair overleg, eis van casemanagement enz. Deze komen terug in het programma van eisen van de inkoop.

Het onderscheid tussen Combinatie en kleine aanbieders voor blok B wordt losgelaten.

Selectie van aanbieders

In het inkoopproces voor de Wmo en Jeugdhulpdiensten van blok B willen we gaan selecteren op aanbieders.

Selectie op kwaliteit

We willen scherper selecteren op kwaliteit van de aanbieders: de burger moet erop kunnen vertrouwen dat de Zorg in Natura zorgvuldig is ingekocht. We hebben veel kennis opgedaan over de werkwijze van aanbieders en die kennis gaan we omzetten in gunningscriteria die we in de inkoop gebruiken voor de selectie van aanbieders (zie concept gunningscriteria in bijlage 3). Dit leidt mogelijk tot iets minder aanbieders. Dat zien we niet als een nadeel: iets minder aanbieders maakt het mogelijk om meer zicht te krijgen en meer te kunnen sturen op goede onderlinge samenwerking en het bereiken van de doelen 1 gezin-1 plan en samenhang in de zorg.

Selectie en plafonds op betaalbaarheid

Vanwege de betaalbaarheid kan het zijn dat we voor specialistische begeleiding ook minder volume willen inkopen. Deze vorm van begeleiding laat een stijgende trend zien, terwijl reguliere begeleiding daalt. Ook in andere gemeenten is deze ontwikkeling zichtbaar. Er vindt een analyse plaats en mogelijk is het een oplossing om minder capaciteit in te kopen. Een andere oplossing is het introduceren van plafonds net als bij jeugdhulp met verblijf en dyslexie. Plafonds geven een duidelijk



kader voor aanbieders en een indicator voor de contractmanagers om tijdig in gesprek te gaan als de plafonds in zicht komen om tot passende maatregelen te komen.

Een selectie in het inkoopproces vormt op een aantal fronten een uitdaging

1. Het vergt een tijdsintensief proces om veel aanbieders te beoordelen.
2. Niet-gunnen geeft kans op juridische procedures. We hebben de afgelopen 2 jaar veel zorgaanbieders toegelaten en die zullen het verlies van hun omzet niet zonder bezwaar accepteren. Dat is niet te vermijden in tijden van forse bezuinigingen waar we als gemeente nu nog toeleggen op sommige vormen van zorg.
3. Cliënten bij de niet geselecteerde aanbieders moeten hun traject afmaken of overgedragen worden. Dit zal ook bij cliënten op bezwaar kunnen stuiten als hun vaste zorgaanbieder verdwijnt. Andere gemeenten hebben hier ervaring mee opgedaan in de loop van de transitie die we gaan ophalen.
4. De druk op PGB zal hoger worden. We onderzoeken of we kunnen aanbieders die in de inkoop een onvoldoende scoren in de inkoop ook kunnen uitsluiten van PGB.

We gaan er van uit dat er nog voldoende keuzevrijheid van overblijft voor burgers voor Zorg in Natura contracten, zowel in aanbieders en helemaal in hulpverleners. De zelfredzame burger kan met een PBG sowieso zijn eigen keuzes maken. Als een burger gedurende het traject niet tevreden is kan hij switchen en dan moet er een warme overdracht plaatsvinden.

Looptijd

Zowel voor de gemeente als opdrachtgever als voor de zorgaanbieders is het gewenst om naar langjarige contracten te gaan. Door langjarige contracten kan gewerkt worden aan een stabiel lokaal netwerk en het bespaart een jaarlijkse contracteringsronde. Een nadeel is dat we niet helemaal vooruit kunnen kijken wat de toekomst brengt en een contract niet altijd aanpasbaar is. Daarom adviseren we naar een contract van 3 jaar te gaan met 2 keer 2 jaar verlenging. Bij de verlenging ontstaat de mogelijkheid om het contract te stoppen, dit kan ook partieel per perceel terwijl de rest doorloopt en dat geeft flexibiliteit.

We adviseren naar raamcontracten te gaan omdat daarin de flexibiliteit zit: het volume kan fluctueren in de tijd en dat biedt de ruimte die we nodig hebben.

We gaan voor een langjarig contract van 3 jaar (2018/2020), met een optie tot verlenging van 2 keer 2 jaar (2021/2022, 2023/2024).



Percelen

Wmo

De percelen voor Wmo zijn een combinatie van een inhoudelijke- en een gemeente as. We gaan een perceel per gemeente maken omdat de transformatie voor Wmo moeten plaatsvinden in nauwe samenwerking met de lokale wijkteams. We willen een sterkere binding tot stand brengen tussen aanbieders en wijkteams. Gunning vindt plaats per perceel waardoor elke gemeente zijn eigen coalitie aan aanbieders krijgt waarmee ze gaan bouwen aan een sterk lokaal netwerk. Van grote spelers die in meerdere gemeente actief zijn wordt gevraagd de couleur locale tot uitdrukking te laten komen in hun inschrijving en lokaal vaste gezichten te gaan leveren. Veel aanbieders zijn al zeer lokaal gebonden, slechts een kwart levert in 4 of meer gemeenten.

Percelen	M&M	Heumen	Druten	Beuningen	Berg en Dal	Wijchen	Nijmegen
Dagbesteding							
Begeleiding							
Specialistische begeleiding							

Jeugdhulp

Jeugdhulp vormt meer een regionale keten naar de zware jeugdhulp met verblijf. Er is sprake van een grote diversiteit aan specialistische expertise die te schaars is om per gemeente vaste gezichten te leveren. Daarnaast is er een groot belang dat de verschillende disciplines elkaar weten te vinden over de regio heen om cliënten integrale hulp te bieden. De huidige grote spelers die de markt domineren investeren hier al actief in en vormen een regionaal netwerk. Vandaar dat we niet per gemeente een perceel definiëren. Uiteraard worden aanbieders wel verzocht een goede verbinding te maken met het lokale netwerk en hun expertise in te brengen. Ook vindt de monitoring van productie en betaling per gemeente plaats.

	Perceel
1	GGZ
2	Dagbesteding
3	Begeleiding
4	Specialistische begeleiding
5	Behandeling
6	Kortdurend verblijf

Innovatieprojecten voor jeugd

In 2016 en 2017 hebben we geïnvesteerd in innovatieprojecten voor de jeugd waarbij 2^e lijnsprofessionals aan het werk zijn bij huisartsen, scholen en kinderdagverblijven. Die professionals kunnen daar direct korte zorg verlenen (beschikkingsvrij) waardoor escalatie en zware zorg wordt voorkomen. Daarnaast vergroten ze de kennis in die omgevingen om problematiek te herkennen en ermee om te gaan. Voor de snelle inzetbaarheid zijn deze 2^e-lijns professionals anders ingekocht dan de rest van de zorg. Ze zijn ingekocht als algemeen toegankelijke functionarissen en we betalen de FTE's voor hun beschikbaarheid. Ook in 2018 blijven we ze apart inkopen omdat deze vorm niet past in raamcontracten maar meer in subsidies. De kosten worden terugverdiend omdat het zwaardere zorg voorkomt, bijvoorbeeld de plaatsing van een specialist Jeugd-ggz bij de huisarts voorkomt



toeleiding naar de maatwerkvoorziening. Het voorkomen van zwaardere zorg was ook een doel van de wijkteams maar het verschil is dat het hier zwaardere 2^e lijns-professionals betreft en dat ze op de vindplaatsen actief zijn. Ter onderscheid van het wijkteam noemen we dit de **expertiseschil**. Voor de inkoop van 2018 concluderen we dat deze expertiseschil effectief is en moet worden uitgebreid. Maar de expertiseschil moet wel duidelijk gepositioneerd worden in het jeugdnetwerk en de aansluiting maken met het wijkteam. Daarnaast moet gemonitord worden in hoeverre de expertiseschil doorverwijzing naar zware zorg voorkomt en toch goede zorg levert.

Voor 2018 wordt de expertiseschil voor Jeugdhulp opnieuw gecontracteerd vanwege bewezen effectiviteit in het voorkomen van zware zorg. De contracteringsvorm wordt een subsidie omdat niet het produktievolume wordt bekostigd maar fte's (zie hoofdstuk 5).



5 Bekostigingsmodellen

De VNG heeft 3 uitvoeringsvarianten van bekostiging uitgewerkt.

Inspanningsgericht	Bekostiging op de levering van een specifiek product of dienst in een afgesproken tijdseenheid. P*Q (uur, dag)	<p>Geschikt bekostigingsmodel als er veel verschil is in zwaarte tussen cliënten. Er is geen risico op onderbehandeling van burgers wel op overbehandeling. Daarvoor kunnen dempings-mechanismes worden ingezet zoals plafonds per maatwerkvoorziening, instelling of perceel.</p> <p>De inspanningsgerichte variant lijkt een logische opvolger van de DBC bekostiging van de Ggz (die vervalt in 2018) omdat het een grote spreiding van cliëntzwaarte en daarmee kosten betreft.</p> <p>De inspanningsgerichte variant is nu ingericht in de backoffices van gemeenten en aanbieders conform de landelijke standaard (berichtenverkeer). Dit is een taai traject geweest waar we nu de vruchten van gaan plukken omdat het actuele monitoring biedt over de productie per gemeente.</p>
Resultaatgericht	Bekostiging op een resultaat.	<p>Resultaatgerichte bekostiging is lastig in het sociaal domein omdat het resultaat voor een cliënt altijd het vraagstuk bevat van causaliteit/attribution (was het de hulp die zorgde voor het resultaat of waren het andere omstandigheden?). Dit attributie-vraagstuk is nog groter als meerdere aanbieders betrokken zijn en als het opgroeiende kinderen betreft omdat de ontwikkeling daar grillig van verloopt.</p> <p>Resultaatgerichte bekostiging wordt in een aantal gemeenten gebruikt voor trajectfinanciering: P*Q (traject). Daarvoor hebben we in de regio een pilot.</p> <p>Trajectfinanciering is geschikt als cliënten zich rond een gemiddelde begeven anders is er risico op zowel over- als onderbehandeling van de cliënten.</p>
Taakgericht	Bekostiging voor een taak voor een (deel)populatie, aanbieder heeft de vrijheid om de invulling van deze taak vorm te geven, geen verantwoording op individueel niveau	<p>Dit bekostigingsmodel lijkt het meeste op de subsidies in het sociaal domein. Taakgerichte bekostiging past goed als het om een grote hoeveelheid cliënten en een grote diversiteit aan handelingen gaat. Het is geschikt voor laagdrempelige zorg die je beschikkingsvrij wil aanbieden bijvoorbeeld als algemene voorziening.</p> <p>Monitoring om inzicht te krijgen in de activiteiten en resultaten die je krijgt voor het geld is een uitdaging. Juist vanwege de laagdrempeligheid registreer je niet op BSN niveau en weet je minder goed wat er voor de middelen wordt gepresteerd.</p>



Gemeenten hoeven niet voor het gehele zorgaanbod te kiezen voor één en dezelfde uitvoeringsvariant. Sommige vormen van hulpverlening passen vanwege hun aard of omvang wellicht beter bij één specifieke variant.

Logische vormen zijn:

- wijkteam: taakgericht
- crisisdienst: taakgericht
- zware jeugdzorg: inspanningsgericht

Een hele belangrijke afweging bij de uitvoeringsvarianten is de registratiedruk voor professionals en zorginstellingen. Veranderingen in de uitvoeringsvarianten moeten zorgvuldig worden ingevoerd. Grote aanbieders doen een sterk appel om aan te sluiten bij landelijke standaarden om hun backoffices te ontlasten.

Voor de contractering van blok B adviseren we te kiezen voor een combinatie van bekostigingsmodellen:

1. De inspanningsgerichte variant. Deze geeft helderheid in de geleverde productie en kosten en maakt gebruik van de reeds ingerichte infrastructuur met aanbieders. De bekostiging volgt direct op de productie en dat geeft de flexibiliteit in volume die we nodig hebben omdat de transformatie nog niet klaar is. De tarieven stellen we vooraf vast. Omdat er geen concurrentie op tarieven plaatsvindt, ligt de focus op kwaliteit. Deze vorm van bekostiging past bij de inkoopvorm van raamcontracten. Hierbij geven we geen garanties over het productievolume omdat de toeleider bepaalt wat het volume wordt.
2. De taakgerichte variant. Hiermee scheppen we de mogelijkheid om een deel van de zorg beschikkingvrij in te kunnen zetten zoals de innovatieprojecten Jeugd. Dit gaan we naast de inkoop van raamcontracten apart inkopen of subsidiëren.

We kiezen voor verschillende bekostigingsmodellen op basis van de aard van de dienstverlening.



Bijlagen Inkoopkader 2018 e.v. Wmo en jeugdhulp

Bijlage 1 Risico's van zorginkoop en maatregelen

Overwegingen achter inkoop vanuit het perspectief van drie stakeholders: cliënt, aanbieder en gemeente

Stakeholder	Criterium	Risico	Maatregel
Cliënt	Toegang	Wachlijsten bij wijkteam, regieteam, veiligheidshuis	Valt onder directe sturing van gemeente, ingrijpen op het proces.
		Wachlijsten bij voogden	Valt onder de subsidie van de regio blok C2, aanspreken is rol voor contractmanagement.
		Weigering aanbieder (die richt zich op de makkelijke cliënten Cherry-picking)	Acceptatieplicht opnemen in programma van eisen (PvE). Verantwoordelijkheid van de aanbieder om een passend alternatief te vinden als hij zelf niet kan leveren (PvE).
		Wachlijsten bij aanbieders	Tijdige meldingsplicht van aanbieder als verantwoorde wachttijd in het geding komt (PvE)
	Keuzevrijheid	Cliënt kan geen keuze maken	Keuzehulp wordt geboden door het wijkteam. Keuzehulp-website voor zelfredzame cliënten is in ontwikkeling
		Niet passende hulpverlener	Meerdere aanbieders per zorgsoort inkopen. Mogelijkheid tot switchen van aanbieder gedurende hulp (PvE).
	Maatwerk: Integrale, ontschotte en samenhangende zorg	Cliënt knel tussen regelingen en systemen Professionals werken niet samen	Toestemming van cliënt om andere professionals in te schakelen (ivm privacy). Regelruimte voor wijkteams om onorthodoxe oplossingen te zoeken. Werken aan de samenwerkingsattitude van professionals. Case-management goed invoeren. Financiering voor samenwerking tussen meerdere professionals mogelijk maken (stapelen bouwstenen). Regie op het vormen van een netwerk zodat spelers elkaar kennen en weten te vinden.
	Kwaliteit van zorg	Verschraling zorg	Selectie aanbieder tijdens inkoop o.a. op beroepsbekwaamheid. Na inkoopfase zorgen voor kwaliteitscontrole & handhaving o.a. met fraudemeldpunt. Contractmanagement gesprekken met cliëntenparticipatie.



Stakeholder	Criterium	Risico	Maatregel
	Continuïteit van zorg	Zorgonderbreking leidt tot terugval	Huidige trajecten afronden bij huidige zorgverlener
Aanbieders	Level playing field: toegang tot de markt en gelijkwaardige voorwaarden	Monopolie posities van aanbieders Slechte onderaannemers-voorwaarden	Meerdere aanbieders per zorgsoort toelaten. Gelijke tarieven. Eisen stellen aan onderaannemers positie (PvE).
	Instroom van cliënten	Agressieve acquisitie van cliënten	Verbod op intake voordat toeleider is ingeschakeld (PvE). Second opinion voor wijkteam als er twijfels zijn over match tussen cliënt en aanbieder. Onafhankelijke toets op PGB vaardigheid.
	Weinig bureaucratie	Korte trajecten waardoor veel herindicaties nodig zijn. Verschillende administratieve eisen van gemeenten.	Trajectduur is maatwerk per cliënt: kort waar kan, lang waar nodig. Aansluiten bij landelijke standaarden.
Gemeente	Monitoring	Geen informatie beschikbaar	Aansluiten bij landelijke standaarden zoals berichtenverkeer en productcodes voor monitoring van maatwerkvoorzieningen (PvE). Monitoring van wijkteams via WIZ-portaal
	Betaalbaarheid	Te hoge kosten door te hoge tarieven, te grote volumes in combinatie met open einde financiering	Reële tarieven bieden (zie ook bijlage 4). Stresstest op financieel effect van tariefwijzigingen. Minder aanbieders selecteren. Plafonds per instelling (waar noodzakelijk want is zeer bewerkelijk) Trajectduur per cliënt instellen. Controle wijkteam bij herindicaties.
	Kwaliteit voor burgers	Verschraling zorg, fraude	Kwaliteitsonderzoek en handhaving
	Ingrijpen	Beperkte invloed na de contractering	Invloed door: <ul style="list-style-type: none"> - lokale netwerkregie en contractmanagement: aanspreken op doorlooptijden en afschaling - meer/minder toeleiding cliënten - contractmanagement - handhaving
	Volwaardig zorglandschap met alle cruciale functies.	Luie monopolieposities Onvoldoende hoog-specialistisch aanbod (niches)	Genoeg zorgaanbieders contracteren. Noodzakelijke niche diensten definiëren in de offerteaanvraag.
	Transformatie en innovatie in de zorg	Starre contracten beperken innovatie	Aparte innovatieprojecten opstarten. Als gemeente kennisdeling faciliteren en expertiseplatforms inrichten.



Stakeholder	Criterium	Risico	Maatregel
			Betrekken van cliëntenraden. Bonus voor innovaties introduceren.
	Selectie op aanbieders in inkoop	Bezwaar tegen voornemen tot niet-gunnen	Bezwaren hoeven gunning niet in te weg te staan. Niet gegunde aanbieders maken in ieder geval hun lopende trajecten af. Er is geen nieuwe instroom tijdens bezwaarperiode.



Bijlage 2 Regionaal financieel kader

De integratie-uitkering sociaal domein vormt het regionale financiële kader. Er zijn vanaf 2015 forse kortingen op dit budget doorgevoerd. In onderstaande tabel geven we de meerjarige ontwikkeling weer. Wat opvalt is de forse daling in de eerste jaren.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Jeugdhulp	68,1	64,0	62,0	62,8	62,8	62,9	63,2
Wmo	45,7	42,0	40,0	39,7	39,3	39,2	39,1

Deze uitkering wordt gebruikt voor de financiering van onder andere blok A (lokale uitvoering, dagbesteding ouderen), arbeidsmatige dagbesteding, Veilig Thuis, blok B en blok C (jeugdhulp met verblijf), PGB, Landelijk Transitie Arrangement en gemeentelijke uitvoeringskosten. Het saldo van de verschillende regio-gemeenten verschilt. 5 gemeenten hebben een tekort op jeugdhulp en 2 gemeenten hebben een tekort op Wmo. Oplossingen van deze tekorten worden gezocht in het totale stelsel waar de inkoop een onderdeel van is.



Bijlage 3 Gunningscriteria

Onderstaande gunningscriteria worden gewogen aan de hand van hulpverleningsplannen, evaluatieverslagen en visie-documenten van de aanbieders.

<i>Samenwerking en Afstemming</i>
<i>Zelfregie en Samenredzaamheid</i>
<i>Optimale Participatie</i>
<i>Diversiteit en cultuursensitief werken</i>
<i>Betaalbaarheid</i>
<i>Duurzaamheid</i>

Bijlage 4 voorgenomen wijziging Uitvoeringsbesluit

Nieuwe regels gemeenten voor inkoop van Wmo-diensten

24-februari-2017 | bron: [Officiële Bekendmakingen](#)

Op 23 februari 2017 is in het Staatsblad een besluit tot wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 gepubliceerd. Door deze wijziging worden gemeenten verplicht om bij de uitvoering door derden, regels te stellen ter waarborging van een goede verhouding tussen de prijs voor de levering van een voorziening en de eisen die worden gesteld aan de kwaliteit van diezelfde voorziening. Gestreefd wordt naar een inwerkingtreding met ingang van 1 juni 2017.

Aanleiding zijn de vergoedingen die gemeenten en aanbieders hanteren voor dienstverlening in het kader van maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten zijn sinds 1 januari 2007 verantwoordelijk voor het bieden van huishoudelijke verzorging in het kader van de Wmo.

Achtergrond

Sinds die tijd zijn de gemiddelde vergoedingen die gemeenten en aanbieders overeenkomen voor vormen van huishoudelijke verzorging of hulp gedaald. Daar waar vergoedingen te hoog waren en de prijs kan dalen door efficiënter werken en het toepassen van innovatie, is dit positief voor cliënten en de beheersing van de financiële uitgaven van de overheid. De prijsontwikkeling van de afgelopen jaren leidde echter ook tot negatieve gevolgen. Aanbieders uitten zorgen over de kwaliteit en continuïteit van deze dienstverlening en het ontstaan van een race naar de bodem.

Verordening

Er wordt nu geregeld dat de gemeenteraad in de verordening vastlegt dat het college een reële prijs vaststelt voor Wmo-diensten die door derden worden geleverd en dat deze prijs geldt als ondergrens voor een inschrijving in de aanbestedingsprocedure en bij de overeenkomst met een derde.

Eisen

Onder andere de volgende eisen gelden:

De gemeente stelt een reële prijs vast overeenkomstig de eisen aan de kwaliteit van de dienst. De gemeente dient tevens bij de vaststelling van een reële prijs rekening te houden met de continuïteit in de hulpverlening.

De kostprijselementen waar een reële prijs op is gebaseerd zijn ten minste:

- a. de kosten van de beroepskracht;
- b. redelijke overheadkosten;
- c. kosten voor niet productieve uren van de beroepskrachten als gevolg van verlof, ziekte, scholing, werkoverleg;
- d. reis en opleidingskosten;
- e. indexatie van de reële prijs voor het leveren van een dienst; en
- f. overige kosten als gevolg van door de gemeente gestelde verplichtingen voor aanbieders waaronder rapportageverplichtingen en administratieve verplichtingen.



Afwijkingsmogelijkheid

Er bestaat overigens een mogelijkheid voor gemeenten om geen reële prijs vast te stellen en geen reële prijs als ondergrens te hanteren. De gemeente stelt in dat geval de eis aan de inschrijvende partij om een prijs voor de dienst te hanteren die gebaseerd is op hetgeen hierboven is gesteld.

Relatie Aanbestedingswet 2012

Dit besluit past binnen de kaders van de Aanbestedingswet 2012 en Mededingingswet. Het college is verantwoordelijk voor een gelijk speelveld voor aanbieders en een eerlijke kans voor aanbieders op het verkrijgen van opdrachten voor het verlenen van diensten van maatschappelijke ondersteuning. In dit kader stelt een aanbestedende dienst objectieve eisen voor een overheidsopdracht zoals aan welke prijs en aan welke kwaliteit een bepaalde dienst moet voldoen.

Realiseren reële prijs

Een gemeente kan op grond van dit besluit op 3 manieren een reële prijs realiseren voor de inkoop van een Wmo-dienst:

- 1) De gemeente neemt de vastgestelde reële prijs als eis in de aanbestedingsdocumenten op, zodat inschrijvingen beneden de reële prijs terzijde kunnen worden gelegd.
- 2) De gemeente hanteert geen reële prijs als ondergrens voor een inschrijving onder de voorwaarde dat de prijs, die met een derde wordt overeengekomen voor de dienst, een reële prijs is. Een reële prijs maakt het voor de aanbieder mogelijk te voldoen aan de eisen aan de continuïteit en kwaliteit van de dienstverlening en is gebaseerd op ten minste de in het besluit genoemde kostprijsselementen. Het inzichtelijk maken van de kostprijsselementen van de prijs beweegt aanbieders tot het bieden van een reële prijs. Het maakt voor het college de verschillen tussen de aanbieders meer transparant. Het kan gunstiger zijn een aanbieder ondanks een hogere prijs het contract te gunnen als bijvoorbeeld de hogere prijs verklaard wordt uit vaste arbeidscontracten van beroepskrachten met meer kwaliteit en ervaring. Het college vraagt een inschrijvende partij bij de inschrijving te onderbouwen hoe zij is gekomen tot de prijs teneinde inzicht te geven in de opbouw van de kostprijsselementen die door die partij is gehanteerd. Het college toetst op deze wijze of de inschrijvende partij een reële prijs hanteert.
- 3) De vastgestelde reële prijs wordt als een vaste prijs gehanteerd. Voor veel gemeenten is het hanteren van een vaste prijs staande praktijk. Hiermee wordt de concurrentie op prijs uitgeschakeld en kan enkel op kwaliteit het verschil worden gemaakt.

