



‘Overeenkomsten met zorg geregeld’

Inkoopkader 2018 – 2020

Jeugdhulp & Wmo (inclusief Beschermd Wonen) Midden-Holland

Versie (datum): 18 mei 2017 (definitief)
Besluitvorming colleges: 30 mei 2017 (vastgesteld)

Inhoudsopgave

1	Inleiding: de basis op orde in Midden-Holland	4
2	Visie, beleidskaders en scope: de volgende fase na de decentralisaties	5
2.1	Samenwerken in de regio.....	5
2.2	Visie gebundelde krachten	5
2.3	Ambitie inkoop 2018.....	5
2.4	Scope inkoopkader.....	7
2.5	Op welke diensten heeft dit inkoopkader betrekking?.....	8
2.6	Op welke diensten heeft dit inkoopkader geen betrekking?.....	8
3	Financiële uitgangspunten: grip en sturing	10
3.1	Een realistisch budget voor bekostiging regionale diensten.....	10
3.2	Gedeeltelijk afschaffen van de budgetplafonds Jeugdhulp	10
3.3	(Financiële) consequenties voor afschaffen budgetplafonds	11
3.4	Sturen op productie zonder budgetplafonds	12
3.5	Gelijke tarieven voor gelijke diensten	13
3.5.1	Hoogte tarieven bepalen	13
3.5.2	Lichte zorg financieel aantrekkelijker dan zware zorg.....	13
4	Dienstenstructuur	14
4.1	Visie op dienstenstructuur	14
4.1.1	Inspanningsgerichte variant.....	14
4.1.2	Comprimeren en ontschotten	14
4.1.3	Combineren van diensten	14
4.2	Hoe zien deze diensten er uit?	15
4.2.1	Segment A: Ondersteuning	15
4.2.2	Segment B: Behandeling.....	17
4.2.3	Segment C: JB/JR.....	18
4.3	Module keuze aanbieder (zorgtoewijzing)	19
5	Toetreding zorgaanbieders en kwaliteitsborging: goede zorg in Midden-Holland.....	21
5.1	Toetreding nieuwe aanbieders	21
5.2	Onderaanneming	21
6	Contracten.....	23
6.1	Inleiding.....	23
6.2	Wijzigingen.....	23
6.3	Verlenging overeenkomsten of nieuwe aanbesteding.....	24
6.3.1	Verlenging van de huidige overeenkomsten.....	24
6.4	Voorstel.....	25
6.5	Planning	25

7	Opgaven Implementatie en terugdringen administratieve lasten.....	26
7.1	Opgaven implementatie	26
7.2	Informatievoorziening, privacy en aanlevering eigen bijdrage.....	26
7.3	Van oud naar nieuw: eventueel overgangsjaar en conversietabel	27
7.4	Ontwikkelagenda.....	27

1 Inleiding: de basis op orde in Midden-Holland

In dit inkoopkader staat welke keuzes de samenwerkende gemeenten in de regio Midden Holland (Bodegraven-Reeuwijk, Gouda, Krimpenerwaard, Waddinxveen en Zuidplas) maken ten aanzien van het inkooptraject Jeugdhulp & Wmo (inclusief Beschermd wonen) en wat de gemeenten willen contracteren. Het inkoopkader geeft verder invulling aan de kadernota 'Gebundelde Krachten'. Deze uitgangspunten vormen het kader voor het vaststellen van de raamcontracten met de individuele dienstverleners voor het afnemen van de diensten.

De doelstelling van de decentralisaties is om ervoor te zorgen dat ondersteuning dichterbij de inwoner wordt vormgegeven. Rondom de inwoner en zijn netwerk van familie, vrienden, mantelzorgers en vrijwilligers.

De sociaal teams en / of de lokale sociale infrastructuur zijn daarbij van cruciaal belang. Daar werken de personen die het dichtst bij de inwoner staan. Daar vindt de belangrijkste transformatie plaats. Overeenkomsten voor maatwerkvoorzieningen moet die innovatie mogelijk maken, maar mogen nooit het hoofdonderwerp van gesprek zijn. Met deze overeenkomsten beogen de gemeenten zowel zorgcontinuïteit en keuze in het aanbod te waarborgen als innovatie mogelijk te maken. De overeenkomsten moeten duidelijk en zakelijk zijn, plus gemeenten in staat stellen die lokale belofte van de decentralisatie te realiseren. Dus: overeenkomsten met zorg geregeld.

Midden-Holland: uniek in harmonisatie Jeugd en Wmo

De gemeenten in de regio Midden-Holland kiezen voor innovatie via harmonisatie van diensten op het gebied van Jeugdhulp, Wmo en Beschermd Wonen onder meer door ontschotting binnen de productiebekostiging. Hiermee is de regio uniek. Vele regio's kiezen voor alternatieve wijzen van bekostiging (resultaten, arrangementen), maar houden de schotten in stand.

De gemeenten kiezen voor een verdere verfijning van de huidige wijze van bekostiging. Dit wordt mede ingegeven door de uitdagingen waarvoor de gemeenten in 2018 staan: de beëindiging van de DBC structuur in de Jeugd-GGZ en het verder op orde krijgen van het administratieve proces en het daarmee terugdringen van de administratieve lasten.

De gemeenten sturen op kwalitatief goede zorg en een goede balans tussen kwaliteit en prijs. Indicatoren daarin zijn de toegankelijkheid, doorlooptijd, behaalde resultaat en cliënttevredenheid. Deze indicatoren worden gecombineerd met het benchmarken van de prijs.

Bestuurlijk aanbesteden: een bewuste keuze

De basis die gelegd is met bestuurlijk aanbesteden biedt voldoende ruimte om alle gewenste inhoudelijke wijzigingen te realiseren. Verlenging van de overeenkomsten maakt het mogelijk om samen met de zorgaanbieders op basis van ervaringen van de afgelopen jaren de dienstverlening en de werkwijze verder te ontwikkelen en te verbeteren. Verlengen is daarom wenselijk en passend. Een deel van de gewenste verbeteringen wordt in de overeenkomsten vastgelegd. Minstens zoveel kansen voor verbetering liggen in het administratieve proces, het contractmanagement, de toegang en de onderlinge regionale samenwerking en besluitvorming.

2 Visie, beleidskaders en scope: de volgende fase na de decentralisaties

2.1 Samenwerken in de regio

De inkoop van diensten op het gebied van Jeugdhulp, Wmo en Beschermd Wonen voor 2018 e.v. wordt, net als in voorgaande jaren, gebundeld georganiseerd door de vijf samenwerkende gemeenten in de regio Midden-Holland (Bodegraven-Reeuwijk, Gouda, Krimpenerwaard, Waddinxveen en Zuidplas). Zij worden hierbij intensief ondersteund door het Netwerk Sociaal Domein Midden Holland (NSDMH).

2.2 Visie gebundelde krachten

De gemeenten in de regio Midden-Holland delen met betrekking tot het sociaal domein een gezamenlijke visie. Deze visie is vastgelegd in de kadernota Gebundelde krachten (2013). Uitgangspunt van deze visie is het streven naar een inclusieve samenleving met integrale dienstverlening rondom de vraag van de cliënt. Deze door de raden vastgestelde 'Visie op het sociaal domein in Midden Holland' kent 7 speerpunten:

- Inwoners staan centraal
- Eigen kracht vormt de basis
- Iedereen kan meedoen
- De gemeente voert regie en stuurt op resultaat
- Investeren in preventie
- 1 cliënt/gezin-1 aanpak 1 contactpersoon
- Iedereen geeft het goede voorbeeld

Deze speerpunten vormen de basis van een nieuwe inrichting van het sociaal domein. Sinds 2014 zijn hiervoor in de regio Midden-Holland al belangrijke stappen gezet. In 2018 en daarna is onverminderd aandacht nodig voor de volgende transformatiebeweging:

- Trap af, minder zware zorg. Dit betekent:
 - ✓ meer hulp in dagelijkse leefomgeving (rond thuissituatie en school/opvang).
 - ✓ langer thuis blijven wonen, weer sneller thuis gaan wonen.
 - ✓ investeren in ambulante alternatieven.
- Snel inzetten zware zorg indien nodig.
- Versterken algemene voorzieningen, verschuiving van volume maatwerk ambulant naar betere benutting van lokale algemene voorzieningen.
- Meer integraal, ook met werk en inkomen en wonen.

Gevolgen voor de inwoner in Midden-Holland

Wie zelfstandig kan blijven wonen doet dat, ook als er intensieve en/of ongeplande zorg nodig is. Daarbij hanteren we een brede definitie van 'zelfstandig': thuis kan ook zijn in een pleeggezin, in een gezinsvervangend tehuis of in een kleinschalig wooninitiatief.

2.3 Ambitie inkoop 2018

Met de vaststelling van het projectplan voor de inkoop van 2018 en verder, hebben de gemeenten in Midden-Holland de volgende uitgangspunten en randvoorwaarden voor de inkoop vastgesteld (d.d. 30 januari 2017):

Uitgangspunten:

- Dekkend zorglandschap inkopen tegen een scherpe prijs;
- Harmoniseren van producten op inhoud en prijs;

- Landelijk benchmarken van regio Midden-Holland op gebied van tarieven en behandeltermijnen;
- Keuzevrijheid van cliënt;
- Lokale flexibiliteit in het inzetten van zorg, bijvoorbeeld om experimenten en pilots te gaan doen;
- Herzien financiële sturing (budgetplafonds jeugdhulp);
- Focus op langdurige samenwerking;
- De intentie is om meerjarig aan te besteden (3 tot 5 jaar).

Randvoorwaarden

- Goede zorg binnen realistische financiële kaders tegen lagere kosten;
- Keuzevrijheid van de cliënt;
- Gedeeltelijk loslaten van de budgetplafonds bij de aanbieders van jeugdhulp;
- In de contractering van producten is er sprake van een goede prijs-kwaliteit verhouding;
- Flexibiliteit in afname producten door en per gemeente;
- Vermindering in het grote aantal verschillende producten en tarieven;
- Waar mogelijk Wmo en Jeugdhulp gelijk trekken als het gaat om producten, bouwstenen en tarieven;
- Grip op uitnutting budget;
- Langdurige raamovereenkomsten;
- Verlagen administratieve last, harmoniseren van de regio;
- Focus op doelmatige zorg;
- Lange termijn visie op het zorglandschap;
- Aanbestedingsrechtelijk rechtmatig;
- Gemeentelijke regierol in de toegang blijft gehandhaafd, lokale sturing op afname van het volume.

Gevolgen voor de inwoner in Midden-Holland

Mijn zorgverlener kijkt niet alleen naar mij, maar ook naar mijn ouders, partner en eventuele mantelzorgers. Mijn zorgverlener brengt mij ook in contact met ervaringsdeskundigen en geeft mij de mogelijkheid goede ideeën in te brengen. Dat helpt.

Voorgaande uitgangspunten / randvoorwaarden zijn als volgt vertaald in dit inkoopkader:

- Integrale diensten Wmo en jeugd waar dat passend is via gelijke tariefopbouw.
- Vaste (reële) tarieven per dienst. Waar dat op grond van de cliëntvraag noodzakelijk is, wordt een beperkt aantal intensiteit niveaus onderscheiden.
- Bekostiging per uur / dagdeel of etmaal.
- Gedeeltelijk loslaten van de budgetplafonds bij de zorgaanbieders van jeugdhulp;
- Scheiden van verblijf (met begeleiding en/of behandeling) van aanvullende begeleiding / behandeling.
- Diagnostiek en verblijfscomponent als aparte diensten.
- Verruimen mogelijkheden flexibel factureren¹.

¹ Hiermee wordt bedoeld dat in de ene periode meer ondersteuning geleverd kan worden dan in een andere periode, mits binnen bijvoorbeeld een kwartaal, half jaar of kalenderjaar de beschikte hoeveelheid niet overschreden wordt.

- Sturen op resultaten en volume via de toegang. Budgetplafonds worden (deels) losgelaten.
- Ruimte maken voor innovatie door ruimte te maken voor aanbieders om binnen de indicatie te switchen tussen diensten. In komende periode van 3-5 jaar kunnen hiervoor lokaal experimenten worden opgezet. Prioriteit ligt eerst bij het goed organiseren van de basis.
- Zo min mogelijk jeugdigen in de residentie. Afschaling van residentiële zorg naar dagbehandeling en ambulante zorg.

Tijd voor transformatie

Transformatie heeft tijd nodig, maar ook een gedeelde lange termijnvisie en het commitment om die transformatie te realiseren. Hiervoor zijn afspraken voor langere tijd nodig. Dit impliceert het aangaan van meerjarige overeenkomsten. Het aangaan van meerjarige overeenkomsten heeft ook een kosten reducerend effect voor zowel gemeenten als zorgaanbieders (in de vorm van verlaging van de administratieve lasten) en zorgt voor rust onder de contractpartijen.

Binnen deze periode werken de gemeenten aan de volgende doelstellingen:

- Regionale visie op de ontwikkeling van het zorglandschap;
- Verdere lokale innovatie;
- Kwalitatieve doorontwikkeling toegang;
- Bouwen aan een toekomstbestendig NSDMH;
- Doorvoeren standaardisatie en digitalisering;
- Benchmarken tariefstelling;
- Kwalitatieve beoordeling huidige en nieuwe zorgaanbieders;
- Verzamelen betrouwbare data t.b.v. toekomstige keuzes in de bekostiging van het sociaal domein.

Het realiseren van deze doelstellingen moet regionaal geborgd worden in de werkzaamheden van het NSDMH en in de werkzaamheden van de beleidsmedewerkers die regionaal werken.

2.4 Scope inkoopkader

Samenwerken in de inkoop brengt een aantal voordelen met zich mee. De inbreng van specialistische kennis wordt beter geborgd, de administratieve druk voor zorgaanbieders wordt verminderd en schaalvoordelen worden benut. Er bestaat echter ook behoefte aan diensten die zijn toegespitst op de specifieke gemeentelijke situatie. In het bijzonder geldt dit voor de lokale toegang en daarmee samenhangende diensten. Om die reden wordt voorgesteld om de regionale inkoop voor het overgrote deel van het huidige maatwerk voort te zetten, met uitzondering van een beperkt aantal diensten die lokaal vorm wordt gegeven.

2.5 Op welke diensten heeft dit inkoopkader betrekking?

Het inkoopkader heeft betrekking op de diensten op grond van de Jeugdhulp en Wmo (inclusief beschermd wonen). In het inkoopkader wordt - met het oog op de gewenste ontschotting binnen het sociaal domein - geen nadrukkelijk onderscheid tussen Wmo en Jeugdhulp meer gemaakt. Vanuit de cliëntvraag bezien, kunnen we binnen het sociaal domein twee typen diensten onderscheiden: ondersteuning en behandeling. Het onderscheid is gebaseerd op het feit dat deze type diensten naar aard van de zorg verschillen. Dit wordt verder toegelicht in hoofdstuk vijf. Deze diensten kunnen zowel ambulante (zonder verblijf met overnachting) of met verblijf worden verleend.

Onder ondersteuning vallen de volgende diensten:

- Dagbesteding
- Begeleiding
- Hulp bij het huishouden
- Logeeropvang, pleegzorg en gezinshuizen
- Vervoer bij dagbesteding
- Beschermd wonen (verantwoordelijkheid gemeente: Gouda als centrumgemeente)

Onder behandeling vallen de volgende diensten:

- Jeugdzorg+
- Verblijf
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- Jeugd- en opvoedhulp (J&O)
- Licht verstandelijke beperking (LVB)

Onder JBJR vallen de volgende diensten:

- Maatregelen jeugdbescherming (JB)
- Maatregelen jeugdreclassering (JR)
- Niet Langer Vrijblijvende Hulpverlening (NLVH)
- Consultatie en Advies Veiligheid

Ook de afspraken in het kader van JB/JR en de module voor het toewijzen van zorg en ondersteuning (matchen van vraag en aanbod in de toegang) maken deel uit van dit inkoopkader. Voor het vervolg van dit inkoopkader maken we onderscheid tussen de segmenten A tot en met C (voor respectievelijk ondersteuning, behandeling, JB/JR) en de module voor de keuze van de aanbieder. De segmenten worden in hoofdstuk 4 verder uitgewerkt.

2.6 Op welke diensten heeft dit inkoopkader geen betrekking?

Een aantal diensten is bewust niet opgenomen in het inkoopkader 2018. Het gaat om diensten die lokaal georganiseerd dienen te worden of om regionaal te borgen diensten ten behoeve van een effectieve uitvoering van de (lokale) toegangsfunctie of regionaal in te zetten zorg zonder beschikking (bijvoorbeeld JOS). Omdat hier geen directe relatie is met het in te kopen maatwerk, vallen deze diensten buiten de scope van dit inkoopkader. Het gaat om de volgende diensten:

Lokaal organiseren:

- Toegangscontract jeugd
- Schildiensten jeugd

Regionaal beleidsmatig borgen en organiseren, anders dan via project inkoop 2018:

- Coördinatie van residentiële crisiszorg
- Wmo-toezicht
- Buitenmaatwerk
- Jeugdondersteuning op school (JOS)
- Consultatie Advies Team (CAT)
- Landelijk transitie arrangement: LTA diensten (contractering via de VNG)
- Aanbieders Zintuiglijk Beperkt (contractering via de VNG)
- Taken van het expertisecentrum complexe zorg
- Borgen regionale ontwikkelagenda gedurende contractperiode
- Evaluatie effecten loslaten budgetplafonds
- Herijken nieuwe productenstructuur Jeugd GGZ na afbouw DBC's
- Ontwikkelen regionale visie zorglandschap en aanpak afbouw plekken verblijf (Jeugd)

3 Financiële uitgangspunten: grip en sturing

3.1 Een realistisch budget voor bekostiging regionale diensten

Vanuit het Rijk worden middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten voor de uitvoering van de taken die onder de Wmo en Jeugdwet vallen. Het betreft hier de uitvoering van zowel de zorg gerelateerde taken als de organisatie ervan. Gemeenten zijn vrij in het (her)verdelen van de middelen over de verschillende taken.

Een deel van deze middelen dient lokaal te worden gebruikt voor de uitvoering van onder andere de backoffice, de toegang, schildiensten, algemene voorzieningen en de inkoop van regionale diensten die buiten project inkoop 2018 vallen (zie paragraaf 2.6.). De overige middelen dienen te worden gereserveerd voor de bekostiging van de diensten die binnen dit inkoopkader vallen (zie paragraaf 2.5). De allocatie van deze middelen is een lokale aangelegenheid die moet worden meegenomen in de vaststelling van de begroting voor het desbetreffende jaar.

Om de zorg die benodigd is voor de inwoners te vergoeden, is het wenselijk om een realistisch budget te reserveren. De bepaling van een realistisch budget is een lokale afweging. Hierbij spelen de teruglopende budgetten, de historische gegevens en de te verwachten ontwikkelingen een rol.

3.2 Gedeeltelijk afschaffen van de budgetplafonds Jeugdhulp

Het gebruik van budgetplafonds bij de Jeugdhulp geeft in een bepaalde mate de mogelijkheid om grip te houden op de uitgaven. Enerzijds hebben zorgaanbieders en gemeenten duidelijkheid tot welk bedrag gefactureerd mag worden, anderzijds zorgt een budgetplafond ook niet voor een prikkel bij de aanbieder om de inzet zo efficiënt mogelijk te organiseren (zoveel mogelijk cliënten behandelen voor het beschikbare budget).

De budgetplafonds blijken in de regio Midden-Holland niet (altijd) tot het gewenste resultaat te leiden. In 2015 en 2016 waren de gestelde budgetplafonds voor jeugdhulp ontoereikend voor de daadwerkelijke zorgvraag. Ook voor 2017 lijkt het hier op af te stevenen. De oorzaak hiervan is de instroom van cliënten en het feit dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor het vergoeden van de zorg die inwoners nodig hebben en de snel teruglopende rijksmiddelen voor de inzet van jeugdhulp door het objectieve verdeelmodel. Om de ontoereikende budgetplafonds op te vangen, wordt daarom veelvuldig gebruik gemaakt van het “budget buiten plafond”. Het aanvragen van een “budget buiten plafond” is een bureaucratisch en lasten verhogende handeling voor alle betrokkenen. Binnen de Wmo wordt al geruime tijd zonder budgetplafonds gewerkt. Hier blijft de productie binnen de gestelde budgetten. De toegang tot de Wmo ligt echter volledig bij de gemeente. Bij jeugdhulp hebben meerdere verwijzers deze taak.

Daarnaast hebben budgetplafonds een aantal ongewenste bijwerkingen. Het vaststellen van budgetplafonds leidt tot het verdwijnen van de marktwerking, het ontstaan van wachtlijsten en keuzevrijheid kan niet altijd worden gegarandeerd.

Om bovengenoemde redenen is voorgesteld de budgetplafonds af te schaffen voor diverse diensten binnen dit inkoopkader. Voor een aantal type diensten wordt voorgesteld een

productieplafond te behouden in plaats van een budgetplafond. Productieplafonds worden bij een aantal diensten toegepast om een verschuiving van zware naar lichte zorg te bewerkstelligen. Het gaat hierbij om een beweging van verblijf naar ambulante in een behandelsetting. Dit resulteert in productieafspraken voor de verblijfsdiensten. Dit geldt niet voor de verblijfsdiensten in het kader van JeugdzorgPlus.

Door de budgetplafonds te laten vervallen is het mogelijk om meer vraaggericht te gaan werken. Cliënten worden verwezen naar de zorgaanbieders van de eerste keuze (indien gecontracteerd) en niet meer naar de aanbieders waar het budgetplafond nog niet is bereikt.

Verdere overwegingen in de discussie rondom budgetplafonds in relatie tot verwijzers:

1. Voor die diensten waarbij de omvang (grotendeels) bepaald wordt door de gemeente, is het voorstel geen budgetplafond te hanteren. Bij de Wmo is dit de praktijk en die wijst uit dat via de gemeentelijke toegang (sociale teams) goed te sturen is op de omvang van de diensten.
2. Voor die diensten waarbij de omvang mede door de aanbieders bepaald wordt en veelal verwezen worden door andere verwijzers dan de gemeentelijke toegang (specialistische GGZ, dyslexie, verblijf) en de expertise in de eigen toegang soms nog beperkt is, zijn productie of budgetplafonds gewenst om zicht te houden op de omvang van de kosten en aanbieders te houden aan de overeengekomen maximum omvang van de kosten. In de toekomst, als er meer historische ervaringscijfers bij de gemeenten beschikbaar zijn t.a.v. effectiviteit en behandelduur per aanbieder, kan eventueel over worden gegaan op een andere wijze van bekostiging.
3. Voor die diensten waarvan de omvang op grond van wettelijke uitspraken wordt bepaald (Jeugdzorgplus, gesloten jeugdzorg, Jeugdreclassering en Jeugdbescherming) is een budgetplafond niet zinvol.

3.3 (Financiële) consequenties voor afschaffen budgetplafonds

Het afschaffen van de budgetplafonds heeft een aantal inhoudelijke voordelen, maar kan ook leiden tot negatieve financiële consequenties. Dit zou voornamelijk kunnen volgen uit het makkelijker in zorg nemen van cliënten, inefficiënt inzetten van zorg en te lang doorbehandelen. De omvang van de financiële consequenties is niet te bepalen en afhankelijk van de mate waarin hier op wordt gestuurd (zie 3.4). Naar verwachting zal de productie niet significant afwijken van eerdere jaren. Mocht dit wel het geval zijn, dan moet dit tijdig door monitoring worden geconstateerd en besproken worden in het kader van contractmanagement en bij de verantwoordelijken voor de toegang. Om een goed zicht te hebben op de gerealiseerde productie, de daarmee samenhangende zorgkosten en de beschikbare financiële middelen is goede wederzijds informatievoorziening noodzakelijk.

Consequenties

Door het wegnemen van de budgetplafonds kunnen er verschuivingen ontstaan in het zorglandschap. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat kleine of middelgrote aanbieders in cliëntenaantal groeien ten koste van grotere aanbieders. Uitgangspunt is dat deze verandering tot stand komt, doordat er meer gewerkt kan worden op basis van de vraag van cliënten, dan wel passende zorg.

Voor een deel van de zorg die wordt ingekocht, wordt voorgesteld wel een budgetplafond te hanteren. Om hier op een constructieve manier het gesprek over aan te gaan met

aanbieders is het van belang dat het behouden van budgetplafonds en de voorwaarden hiervoor duidelijk geformuleerd worden.

3.4 Sturen op productie zonder budgetplafonds

Met het gedeeltelijk vervallen van de budgetplafonds ontstaat de behoefte aan andere vormen om grip te behouden op de uitgaven. Niet alle factoren die invloed hebben op de productie zijn te sturen, een deel wel. Hieronder staat uitgewerkt hoe gestuurd kan worden:

Toegang reguleren (instroom beperken)

De instroom van cliënten bepaalt voor een groot deel de benodigde inzet van zorg. Door te sturen op een inperking van de instroom kan de inzet van zorg worden beperkt. Dit is een uitdagende opgave voor de gemeenten. Vroegtijdig inzetten van zorg (zodat escalatie wordt voorkomen), focussen op preventie, afvangen in de sociale teams, direct opschalen wanneer nodig en inzet van het netwerk; zijn enkele voorbeelden van hoe de toegang gereguleerd kan worden. Hiermee wordt lokaal voorkomen dat onnodig naar (te zware) zorg wordt doorverwezen.

Afschalen van zorg stimuleren (van zware naar lichte zorg)

In de tariefstelling wordt lichtere zorg financieel aantrekkelijker gemaakt – daar waar mogelijk - dan zware zorg. Dit door het toepassen van verschillende marges. Daarnaast wordt aan verblijfsplekken (met een behandelcomponent) een beperkt productieplafond verbonden. Deze twee maatregelen geven een prikkel om af te schalen waar mogelijk.

Sturen op doorlooptijd (verkorten waar mogelijk)

De doorlooptijd en met name het aantal contactmomenten van een behandeling bepaalt de kosten van een traject. Door te sturen op het aantal behandelmomenten (zonder dat hierbij de kwaliteit vermindert) worden de kosten teruggedrongen. Hier ligt een opgave voor contractmanagement. Dit vraagt wel om accuraat inzicht in de productiecijfers.

Inzicht in uitnutting budget voor sociale teams

Het afgeven van de beschikkingen ligt bij de gemeenten. Middels een verplichtingenadministratie en monitoring van de realisatie kan worden gevolgd wat de stand van zaken is wat betreft de financiële uitnutting van budgetten. Hiermee kunnen mogelijke overschrijdingen tijdig gesignaleerd worden en kunnen indien nodig en mogelijk maatregelen getroffen worden.

Nauwkeurige monitoring en contractmanagement

Op basis van een verplichtingenadministratie in combinatie met actuele realisatie- en facturatiegegevens is inzichtelijk te maken wat de verwachte productie wordt voor een specifieke dienst. Om deze uitnutting van het budget te kunnen bespreken is het essentieel dat tijdig wordt gefactureerd. Om tijdige facturatie te bevorderen worden hiervoor afspraken opgenomen in de overeenkomsten.

Wanneer de kosten voor een specifieke dienst significant dreigen af te wijken van de lokale prognose (en hiermee ook het beschikbare budget) dient dit vroegtijdig gesignaleerd te worden en onderwerp van gesprek te zijn met de betreffende aanbieder in de contractmanagementgesprekken. Voor het voelen van de gedeelde verantwoordelijkheid voor het beheersbaar houden van de zorgkosten, wordt voorgesteld om periodiek de

zorgproductie met aanbieders te bespreken via de fysieke overlegtafel en daarnaast met de belangrijkste verwijzers (Gf, huisartsen, medisch specialisten).

3.5 Gelijke tarieven voor gelijke diensten

Voor gelijke diensten gelden gelijke tarieven. De gemeente stelt per dienst een tarief vast waarop aanbieders zich kunnen inschrijven. Hiermee wordt afstand gedaan van de concurrentie op prijs en de zogeheten “race to the bottom”. Door de introductie van gelijke tarieven (in combinatie met keuzevrijheid) wordt concurrentie op kwaliteit gerealiseerd.

3.5.1 Hoogte tarieven bepalen

Het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 (artikel 5.4) verplicht gemeenten een reële kostprijs vast te stellen voor in ieder geval de Wmo-diensten. Om te komen tot deze reële kostprijs dient de gangbare hoogte van de individuele kostprijselementen te worden meegenomen. De zorgaanbieders worden bevroegd om inzicht te geven in de hoogte van deze kostprijselementen. Die inbreng wordt gebruikt in de vaststelling van een reëel tarief. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van benchmark-cijfers en bestaande kostprijs onderzoeken.

3.5.2 Lichte zorg financieel aantrekkelijker dan zware zorg

Middels tariefstelling wordt lichtere zorg financieel aantrekkelijker gemaakt dan zware zorg. Op deze manier wordt een prikkel ingebouwd om zorg af te schalen waar dat mogelijk is.

4 Dienstenstructuur

4.1 Visie op dienstenstructuur

Het huidige aanbod van zorgdiensten is divers en omvangrijk. Dit maakt het zorglandschap onoverzichtelijk, compliceert het op de juiste manier doorverwijzen, leidt tot (onterechte) verschillen in tarieven, houdt schotten in stand, bemoeilijkt monitoring en brengt ook de nodige administratieve lasten met zich mee.

Om dit te doorbreken is een verandering en versimpeling van de bestaande dienstenstructuur nodig. De nieuwe dienstenstructuur leidt tot een sterke vermindering van het grote aantal diensten en ontschotting van de sectoren (zowel binnen de Jeugdhulp, als tussen Wmo en Jeugdhulp).

4.1.1 Inspanningsgerichte variant

De inspanningsgerichte uitvoeringsvariant gaat uit van een constructie waarbij de gemeente (gedeeltelijk) verantwoordelijk is voor de toeleiding naar de zorg en hierbij de aard en omvang van de in te zetten zorg bepaalt. De maximale inzet wordt vast gelegd in de beschikking. Er is sprake van een PxQ constructie, waarbij diensten zijn gedefinieerd van uit een aanbodperspectief. De zorgaanbieder levert de inzet en legt verantwoording af over de gepleegde inzet. Van deze variant maken de gemeente Midden Holland gebruik.

De inspanningsgerichte uitvoeringsvariant kan worden gezien als de variant die zich uitstekend leent om diensten te herijken en samen te voegen. De variant is duidelijk en eenvoudig te implementeren. Om deze redenen wordt deze variant gebruikt om de basis op orde te krijgen en ervaringen op te doen. Deze ervaringen benut worden om toe te werken naar andere uitvoeringsvarianten.

4.1.2 Comprimeren en ontschotten

De grote hoeveelheid diensten wordt teruggebracht naar een zo klein mogelijk aantal diensten voor een beter overzicht en daarmee een vereenvoudiging van het administratieve proces.

Ook worden vergelijkbare diensten die in verschillende domeinen voorkomen, samengevoegd tot één dienst. In veel gevallen zijn de diensten sterk vergelijkbaar en/of worden door eenzelfde (type) professional uitgevoerd. Hierdoor wordt ontschotting gerealiseerd. Een voorbeeld hiervan is begeleiding voor een jongere die de leeftijd van 18 jaar bereikt. De begeleiding voor de jongere is tot de leeftijd van 18 jaar gebaseerd op de Jeugdwet, daarna op de Wmo.

4.1.3 Combineren van diensten

In veel gevallen heeft een cliënt een combinatie van diensten nodig. Deze diensten vullen elkaar aan en versterken het effect van de zorg. Sommige diensten hebben echter een langere looptijd dan andere. Daar komt bij dat de gemeenten van sommige diensten het gebruik willen stimuleren, terwijl de gemeenten voor andere diensten juist willen sturen op afschaling. Om die reden, worden de verschillende diensten (die aanvullend op elkaar maar ook naast elkaar kunnen worden ingezet) separaat gedefinieerd.

Bij indicatiestelling wordt vastgesteld welke diensten worden ingezet. Zo kan aan een begeleiding een verblijfsetting worden gekoppeld, een behandeling worden toegevoegd aan

een pleegzorgtraject, etc. Dit geeft ruimte voor het inzetten van de juiste dienst, wordt enkel betaald voor de dienst die ook daadwerkelijk wordt verleend en kan er beter gestuurd worden op afschaling.

4.2 Hoe zien deze diensten er uit?

Om structuur in de inkoop van diensten aan te brengen werken de gemeenten met drie segmenten:

- Segment A: Ondersteuning,
- Segment B: Behandeling,
- Segment C: JB/JR.

Deze indeling is gebaseerd op de inhoud van de dienst en vervangt de oude, soms onlogische, indeling uit het verleden. Hierdoor wordt de gewenste ontschotting van de diensten gerealiseerd.

Gevolgen voor de inwoner in Midden-Holland
Hulp aan huis is maatwerk. Waar dat nodig is, kan (flexibel) worden op- en afgeschaald binnen de bestaande indicatie. We verwachten van aanbieders dat ze samenwerken om zorg op maat aan huis te kunnen organiseren en bij de overgang van Jeugd naar Wmo tijdig een perspectiefplan opstellen.

De segmenten zijn zo opgedeeld dat zij een volledige range aan diensten representeren waarin op- en afgeschaald kan worden. Diensten uit de verschillende segmenten kunnen (als dat in de bouwsteenomschrijvingen vermeld staat) worden gecombineerd.

4.2.1 Segment A: Ondersteuning

Onder segment A vallen activiteiten die gericht zijn op het bevorderen, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en participatie van de inwoner, waardoor deze zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kan blijven of hiernaar kan terugkeren. De activiteiten zorgen ervoor dat de inwoner kan omgaan met zijn of haar aandoening of beperking (somatisch, psychogeriatrisch, psychiatrisch, opvoedkundig, verstandelijk, lichamelijk of zintuigelijk van aard) en zoveel mogelijk zelfstandig kan deel nemen aan de samenleving. Het betreft hier ondersteuningsactiviteiten waar in sommige gevallen een verblijfscomponent aan is verbonden.

Diensten segment A: Ondersteuning		Domein	Eenheid	Budget plafond	Toetreding
1.	Hulp bij het Huishouden	Wmo	uur	nee	ja
2.	Begeleiding	Wmo & Jeugd	uur	nee	ja
3.	Begeleiding specialistisch	Wmo & Jeugd & BW	uur	nee	ja
4.	Begeleiding Intensief	Wmo & Jeugd & BW	uur	nee	ja
5.	Dagbesteding doorlopend	Wmo & Jeugd & BW	dagdeel	nee	ja
6.	Dagbesteding doorlopend specialistisch	Wmo & Jeugd & BW	dagdeel	nee	ja

7.	Dagbesteding ontwikkelings gericht	Wmo & Jeugd & BW	dagdeel	nee	ja
8.	Vervoer naar dagbesteding	Wmo & Jeugd & BW	rit	nee	ja
9.	Pleegzorg	Jeugd	etmaal	nee	ja
10.	Logeeropvang basis	Wmo & Jeugd	etmaal	nee	ja
11.	Logeeropvang Intensief	Wmo & Jeugd	etmaal	nee	ja
12.	Logeerverblijf	Wmo & Jeugd	etmaal	nee	ja
13.	Gezinshuis	Jeugd	etmaal	nee	ja
14.	Beschermd Wonen 24u Toezicht	Jeugd & BW	etmaal	nee	ja
15.	Beschut Wonen	Jeugd & BW	etmaal	nee	ja

Voor elk van de diensten is een omschrijving opgesteld. We kunnen daar voor ondersteuning een aantal gezamenlijke lijnen in onderscheiden:

- We sturen op ondersteuning dichtbij 'thuis'. Thuis kan ook zijn in een pleeggezin, in een gezinsvervangende setting of in een kleinschalig wooninitiatief op basis van scheiden wonen en zorg;
- Het beoogde resultaat van de ondersteuning heeft altijd betrekking op gezond opgroeien of meedoen. Doelen hebben betrekking op herstel, verwerven / versterken van zelfredzaamheid en participatie in de door een inwoner zelf gekozen richting;
- We kijken eerst naar wat inwoners en hun netwerk zelf kunnen en of er (dichtbij huis) een algemene voorziening beschikbaar is. Dat geldt ook voor vervoer. Voor wie het vervoer niet zelf kan organiseren, zorgt de aanbieder voor een alternatief;
- Om ook voor zeer kwetsbare inwoners langer (zelfstandig) thuis wonen mogelijk te maken, treffen we in de inkoop van ondersteuningsdiensten een aantal maatregelen:
 - a) we introduceren twee nieuwe bouwstenen: beschut wonen (op basis van scheiden wonen en zorg) en begeleiding intensief voor het leveren van (ook) ongeplande hulp aan huis.
 - b) we breiden de mogelijkheden voor het flexibel factureren van begeleiding uit. Op cliëtniveau bepalen we welke mate van flexibiliteit passend is.
 - c) we maken ruimte voor minder intensieve vormen van logeeropvang en logeerverblijf. Door de mogelijkheid af en toe de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening uit handen te kunnen geven, kunnen inwoners duurzaam in de thuissituatie blijven.
- We hechten waarde aan keuzevrijheid. Daarom koppelen we de dagbesteding los van de indicatie voor beschermd wonen en speelt cliëntvoorkeur een grotere rol bij hulp bij het huishouden;

- Een zinvolle dagbesteding is belangrijk. De instrumenten van de Participatiewet kunnen hier ook behulpzaam bij zijn. Afstemming hierover vindt lokaal bij de sociaal teams plaats;
- Ook jeugdigen met complexere problematiek moeten thuis of in een pleeggezin kunnen blijven wonen. Daarvoor hebben we in 2017 al samen met aanbieders een aantal zgn. PleegzorgPlus varianten ontwikkeld. Die beweging zetten we in 2018 e.v. voort;
- de diensten voor ondersteuning omvatten geen behandeling omdat ondersteuning vaak over een langere periode wordt ingezet. Behandeling dient indien van toepassing aanvullend te worden geïndiceerd.

4.2.2 Segment B: Behandeling

Onder segment B vallen door een instelling uitgevoerde behandelingen van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke, of paramedische aard, gericht op herstel of voorkoming van verergering van een aandoening of beperking (somatisch, psychiatrisch, opvoedkundig, verstandelijk, lichamelijk of zintuigelijk van aard) aan jongeren (18-) en in sommige gevallen hun ouders.

Diensten segment B: Behandeling		Domein	Eenheid	Productie / Budget plafond	Toetreding
16.	JeugdzorgPlus / Gesloten Jeugdhulp	Jeugd	etmaal	nee	ja
17.	Ambulante crisishulp	Jeugd	uur	nee	ja
18.	Verblijf	Jeugd	etmaal	ja	ja
19.	Gezinsopname	Jeugd	Per kind, per etmaal	ja	ja
20.	Groepsbehandeling	Jeugd	dagdeel	nee	ja
21.	Groepsbehandeling zwaar	Jeugd	dagdeel	nee	ja
22.	Dagbehandeling	Jeugd	dagdeel	nee	ja
23.	Individuele behandeling	Jeugd	uur	nee	ja
24.	Individuele behandeling gedragswetenschapper	Jeugd	uur	nee	ja
25.	Diagnostiek	Jeugd	uur	nee	ja
26.	Jeugd GGZ generalistische basis GGZ	Jeugd	uur	nee	ja
27.	Jeugd GGZ behandeling specialistisch	Jeugd	uur	ja	ja
28.	Jeugd GGZ behandeling hoog specialistisch	Jeugd	uur	ja	ja
29.	Jeugd GGZ diagnostiek	Jeugd	uur	ja	ja
30.	Jeugd GGZ verblijf licht	Jeugd	etmaal	ja	ja
31.	Jeugd GGZ verblijf zwaar	Jeugd	etmaal	ja	ja

32.	Jeugd GGZ dagbehandeling	Jeugd	etmaal	ja	ja
33.	Jeugd GGZ crisis	Jeugd	etmaal	nee	ja
34.	ADHD Ziekenhuiszorg	Jeugd	uur	ja	ja
35.	Jeugd GGZ behandeling Enkelvoudige Ernstige Dyslexie (EED)	Jeugd	uur	ja	ja
36.	Jeugd GGZ diagnostiek Enkelvoudige Ernstige Dyslexie (EED)	Jeugd	uur	ja	ja

Disclaimer: er kan voor segment B nog een dienst bijkomen of afvallen naar aanleiding van de uitwerking.

Voor elk van de diensten op het gebied van behandeling is een omschrijving opgesteld. Voor behandeling kunnen we daarin een aantal gezamenlijke lijnen onderscheiden:

- Met behandeling werken we aan de volgende (maatschappelijke) doelen: verbeteren kwaliteit van leven (o.m. verminderen psychiatrische problematiek, stimuleren deelname aan school), verbeteren zelfredzaamheid van jongeren en hun ouders en het verlagen van andere zorgkosten (door bijvoorbeeld minder klinische opnames en het voorkomen van uithuisplaatsingen). Hierbij richten we ons vooral op de hulpvraag van de cliënt.
- Met het oog op de 'trap af' en het bereiken van een duurzaam resultaat voor onze inwoners, kijken we altijd naar wat het systeem (het gezin) waar de jeugdige deel van uitmaakt, nodig heeft.
- We sturen op versnelde afbouw van verblijfszorg (residentie) en werken samen met aanbieders aan verantwoorde alternatieven zo dicht als mogelijk binnen en met de dagelijkse leefomgeving.
- We sturen op verantwoorde (versnelde) uitstroom uit (hoog specialistische) zorg en zetten het beleid gericht op het (versneld) afbouwen van de dagbehandeling zoals dat in onze regio al was ingezet, verder voort.
- Crisiszorg wordt bij voorkeur geboden binnen een gezinssituatie. Crisiszorg wordt daarom ingezet bij aanbieders die ook ambulante crisiszorg of crisispleegzorg aan kunnen bieden.
- Toewijzing voor Gesloten jeugdhulp/ JeugdzorgPlus vindt in principe plaats vanuit bovenregionale afspraken (zorggebied regio Zuid-West). Overige aanbieders worden alleen gecontracteerd voor het verlenen van jeugdhulp aan jongeren die om zorginhoudelijke redenen niet plaatsbaar zijn bij die aanbieders.

4.2.3 Segment C: JB/JR

Onder segment C valt de uitvoering van maatregelen door Gecertificeerde Instellingen. Jeugdbeschermingsmaatregelen welke worden opgelegd door de kinderrechter en hebben als doel te komen tot een gezonde en veilige ontwikkeling van een jeugdige (18-). Jeugdreclasseringmaatregelen worden opgelegd door de officier van justitie of de rechter. Het gaat hier om alle activiteiten die gericht zijn op het begeleiden van een jeugdige (23-) die veroordeeld is of verdacht wordt van een strafbaar feit of jeugdigen die begeleiding krijgen vanwege schoolverzuim.

Diensten segment C: JB / JR		Domein	Eenheid	Productie / Budget plafond	Toetreding
37.	Jeugdbescherming maatregelen	Jeugd	etmaal	Nee	Ja
38.	Jeugdreclassering maatregelen	Jeugd	etmaal	Nee	Ja
39.	Consultatie en advies	Jeugd	uur	Nee	Ja
40.	Niet langer vrijblijvende hulpverlening	Jeugd	etmaal	Nee	Ja

4.3 Module keuze aanbieder (zorgtoewijzing)

Op dit moment worden diverse instrumenten gehanteerd bij het toewijzen van cliënten aan zorgaanbieders (het matchen van vraag en aanbod of het maken van een keuze voor een aanbieder). Voor Wmo, Jeugdhulp en Beschermd Wonen is dit verschillend geregeld in de overeenkomsten.

De ambitie is om de regionaal gecontracteerde diensten op één gestructureerde manier vast te leggen, zodat de lokale toegang een goed overzicht heeft van alle voor de toewijzing benodigde informatie. Daarnaast zorgen de gemeenten voor een uniforme werkwijze of instrument voor de toewijzing van cliënten, voor zover mogelijk gelet op de aard van de diensten.

Wat betreft de huidige werkwijze doen de advies- en cliëntenraden de volgende aanbevelingen:

- Informatievoorziening richting cliënten kan beter over de keuze van zorgaanbieder.
- Website NSDMH (menukaart) moet gebruiksvriendelijker worden ingericht.
- Gemeente moet inzichtelijk maken welke zorgaanbieders er zijn.

Conform de uitgangspunten voor de inkoop 2018 moet het instrument bruikbaar zijn voor zowel Wmo, Jeugd als Beschermd Wonen en aan de volgende kenmerken voldoen:

- Toekomstig instrument moet combinatie en vervanging zijn van diverse huidige tools (Dynamisch selectiemodel, menukaart, lijst met zorgaanbieders).
- Simpel in gebruik, helder inzichtelijk en actueel.
- Moet inzichtelijk maken welke diensten welke zorgaanbieder kan bieden.
- Objectief als de cliënt geen voorkeur heeft.
- Niet toepasbaar op alle voorzieningen (bovenkant piramide Jeugd en Wmo)
- Begrijpelijk en transparant voor inwoner én consulent plus andere gebruikers en voor de zorgaanbieders.
- Cliënt reageert op zorgaanbieder in plaats van zorgaanbieder op cliënt.
- Moet aanvang zorg op korte termijn door zorgaanbieders garanderen (inzicht in wachttijd).
- Moet cijfers voor klanttevredenheid kunnen weergeven.

Gevolgen voor de inwoner in Midden-Holland

Ik heb keuze uit diverse kwalitatief goede aanbieders passend bij mijn voorkeur. Thuis heb ik mij online verdiept in welke aanbieder bij mij past. Fijn om te zien dat meerdere inwoners uit Midden-Holland tevreden zijn over mijn voorkeursaangebieder. De wachttijd tot mijn zorg start is zeer kort. Fijn!

Voor het ontwikkelen van deze module moet een aparte werkgroep door de gemeenten opgestart worden als onderdeel van de implementatiefase (hoofdstuk 8). Deze werkgroep heeft als doel het opstellen van een programma van eisen voor regionale contractering van deze module (link met hoofdstuk 7), het selecteren van een geschikte aanbieder en het implementeren van de module. Voorgesteld wordt een separaat programma van eisen en aanbieder voor het ICT deel (de module zelf) en voor het doen van de klanttevredenheidsonderzoeken. De resultaten van de klanttevredenheidsonderzoeken moeten wel inzichtelijk zijn te maken in de online module.

5 Toetreding zorgaanbieders en kwaliteitsborging: goede zorg in Midden-Holland

5.1 Toetreding nieuwe aanbieders

De zorgcontinuïteit voor de huidige cliënten bij hun aanbieders en het zorgen voor een dekkend zorglandschap met keuzevrijheid zijn twee belangrijke uitgangspunten in dit inkoopkader. Daarnaast is de wens om met huidige contractspartijen de diensten verder te ontwikkelen op basis van de ervaring die in de afgelopen eerste jaren zijn opgebouwd. Voor nieuwe aanbieders is het mogelijk toe te treden mits voldaan aan de toetredingseisen in de basisovereenkomst en mits zij akkoord gaan met de inhoud van de basisovereenkomst en de deelovereenkomst.

Om diensten te kunnen leveren in de jeugdhulp en de maatschappelijke ondersteuning dienen aanbieders te voldoen aan de eisen gesteld in de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en daarop gebaseerde regelgeving, waaronder gemeentelijke verordeningen.

5.2 Onderaanneming

De gemeenten achten het van groot belang dat de zorgaanbieders met wie zij een overeenkomst hebben gesloten zelf de opgedragen zorg verlenen. Deze zorgaanbieders zijn immers geselecteerd op kwaliteit en met deze zorgaanbieders zijn wederzijdse rechten en plichten over de uitvoering van de overeenkomst vastgelegd. Er zijn echter situaties waarin samenwerking met een andere zorgaanbieder wenselijk is, bijv. wegens diens bijzondere expertise of in verband met capaciteitsgebrek. In de overeenkomsten is daarom opgenomen dat een zorgaanbieder de uitvoering van de overeenkomst geheel of gedeeltelijk kan laten uitvoeren door derden. De zorgaanbieder moet hiervoor toestemming vragen aan de gemeente en blijft zelf verantwoordelijk voor alle contractuele verplichtingen en in het bijzonder voor de door de derde verleende zorg. De gemeente kan voorwaarden verbinden aan de toestemming.

6.3 Kwaliteit

Het gaat om het vinden van een goede balans tussen kwaliteit en prijs. Dat optimum, de waarde van de jeugdhulp en Wmo, stijgt als we met dezelfde middelen een betere resultaten realiseren of met minder middelen dezelfde resultaten.²Voor het monitoren van kwaliteit, stellen we de volgende prestatie indicatoren voor.

- **Wachttijden**– de snelheid waarmee de cliënt toegang heeft tot de jeugdhulp of maatschappelijke ondersteuning. Dit betreft de termijn tussen de toewijzing van levering en het moment dat de zorg start. Hoe snel start de zorg nadat deze is toegewezen aan de zorgaanbieder?
- **Duur van ondersteuning of behandeling** - niet langer dan nodig, zo kort als het kan.
- **Effectiviteit / Duurzaam resultaat:** Uit het uitvoeren van zorgcoördinatie - de monitoring van het 1 gezin 1 plan en de data van het berichtenverkeer moet blijken of de inzet tot de blijvende gewenste resultaten leidt (doelrealisatie;

² Een analoge discussie wordt gevoerd in de reguliere gezondheidszorg bij de uitwerking van de principes van Value Based Healthcare (VBH, uit "Redefining Healthcare" van Michael Porter en Elisabeth Teisberg, 2006). Het principe is eenvoudig: het gaat niet alleen over kwaliteit of alleen over de kosten maar om beide.

afwezigheid of reductie van recidive) of waar en wanneer behandelingen tussentijds gestaakt worden (uitval).

- **Cliënttevredenheid:** is de cliënt tevreden over de dienstverlening?

Om te kunnen sturen op kwaliteit dienen de contractmanagementteams de bovenstaande criteria in de vorm van Kritische Prestatie Indicator uit te werken en in de overeenkomsten vast te leggen. Het doel van het monitoren en sturen op deze kwaliteitsonderwerpen is:

- a. Leren van zogenoemde “best practices”;
- b. Waar mogelijk aanbieders met elkaar benchmarken;
- c. Het bewaken van de kwaliteit en tijdig actie ondernemen als kwaliteit ondermaats dreigt te geraken;
- d. Het genereren van input voor het monitoren en bijstellen van gemeentelijk beleid.

6 Contracten

6.1 Inleiding

In 2014 hebben de gemeenten door middel van bestuurlijk aanbesteden met een groot aantal zorgaanbieders in de regio Midden-Holland overeenkomsten gesloten met betrekking tot jeugdhulp en diverse diensten op grond van de Wmo.

Deze zogenaamde deelovereenkomsten zijn gesloten voor de periode van 2015 tot en met 2017 (jeugdhulp en hulp bij het huishouden) of tot en met 2019 (Wmo begeleiding en beschermd wonen). De deelovereenkomst jeugdhulp kan worden verlengd met twee jaar en vervolgens met vijf jaar. De deelovereenkomst hulp bij het huishouden kan een keer worden verlengd met drie jaar. De deelovereenkomsten Wmo begeleiding en beschermd wonen kunnen een keer worden verlengd met vijf jaar.

De overeenkomst met betrekking tot het leveren van Jeugdbescherming en Jeugdreclassering loopt af op 31-12-2017 en kan verlengd worden met twee jaar en daarna nog eens met vijf jaar. De overeenkomsten met betrekking tot het leveren van Gesloten Jeugdhulp eindigt op 31-12-2017 en kan verlengd worden met een periode van een jaar. De overeenkomst met betrekking tot Jeugdzorg plus loopt af op 31-12-2017 en kan twee keer met één jaar verlengd worden.

Tegelijk met het sluiten van deze deelovereenkomsten zijn met de zorgaanbieders zogenaamde basisovereenkomsten gesloten. In deze basisovereenkomsten is een structuur ingericht voor communicatie, overleg en besluitvorming (COB-structuur) tussen de gemeenten en de zorgaanbieders³. De basisovereenkomst bevat onder meer regels voor aanpassing van de deelovereenkomst, kwaliteitscriteria, toetreding van zorgaanbieders en opzegging. De basisovereenkomsten zijn gesloten voor de periode 2015 tot en met 2019 en kunnen met vijf jaar worden verlengd.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de gewenste aanpassingen van de deelovereenkomsten beschreven en wordt gemotiveerd waarom voor verlenging van de overeenkomsten wordt gekozen.

6.2 Wijzigingen

De gewenste wijzigingen betreffen in hoofdlijnen het volgende.

- Harmonisatie van de teksten van de diverse deelovereenkomsten en zo veel mogelijk toepassing van de standaardartikelen van de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant i-SD.
- Waar mogelijk harmonisatie van tarieven en diensten tussen jeugdhulp en Wmo.
- Vaste, door de gemeente vastgestelde, tarieven voor de op te dragen diensten.
- Voor zover mogelijk uniforme werkwijze bij toeleiding van cliënten naar zorgaanbieders.
- Meer mogelijkheden voor innovatie en transformatie van diensten en werkwijzen.
- Meer nadruk op kwaliteit in de vorm van strengere geschiktheidseisen aan zorgaanbieders of eisen aan de uitvoering van opdrachten, duidelijke afspraken

³ Deze structuur heet Netwerk Sociaal Domein Midden-Holland (NSDMH).

waaraan partijen zich binden en die beide partijen kunnen afdwingen, zo nodig door middel van sancties.

- Wijziging contractduur. Contractduur tot en met 2020 (met uitzondering van de overeenkomst gesloten jeugdhulp en jeugdzorg plus). De meeste deellovereenkomsten kunnen daarna nog worden verlengd tot en met 2024.
- Administratieve vereenvoudiging.

Per deellovereenkomst zijn er ook specifieke wijzigingen gewenst onder meer ten behoeve van meer keuzevrijheid voor cliënten, meer aandacht voor preventie en een wijziging in verband met het niet meer toepassen van DBC's.

Daarnaast wordt overwogen de basisovereenkomsten voor de verschillende diensten samen te voegen tot één basisovereenkomst.

6.3 Verlenging overeenkomsten of nieuwe aanbesteding

Een deel van de (deel)overeenkomsten eindigt op 31 december 2017. De gemeenten hebben de keuze tussen⁴:

- a. een nieuwe aanbesteding en
- b. verlenging en aanpassing van de deellovereenkomsten.

Een nieuwe aanbesteding is een goede keuze als de gemeenten voor een andere koers kiezen. Nu dit niet het geval is heeft een nieuwe aanbesteding geen voordelen ten opzichte van verlenging van de overeenkomsten en zijn de nadelen van een aanbesteding zoals risico's, besteding van extra tijd en kosten onevenredig in verhouding tot het resultaat van de aanbesteding.

6.3.1 Verlenging van de huidige overeenkomsten

Voordelen

De in paragraaf 7.2 genoemde wijzigingswensen kunnen worden gerealiseerd als de overeenkomsten worden verlengd en aangepast.

De keuze om te verlengen past beter bij de ambitie van de gemeenten om met de huidige contractspartijen verder te ontwikkelen op basis van de ervaring die in de eerste jaren na de transitie is opgebouwd. Als de overeenkomsten worden verlengd is er meer ruimte om aandacht en tijd te besteden aan verbeteringen in onder meer het administratieve proces, de toegang en de samenwerking en aan de zo gewenste transformatie.

Procedure

Aanpassing van de overeenkomsten vindt plaats in overleg met de contractspartijen aan de fysieke overlegtafels zoals beschreven in de basisovereenkomst. In het najaar krijgt iedere contractspartij het verzoek bekend te maken welke diensten deze in 2018 wil verlenen. De contractspartijen dienen een keuze te maken uit een lijst met door de gemeenten beschreven diensten.

Toetreding van nieuwe zorgaanbieders blijft mogelijk zoals beschreven in de basisovereenkomst en de deellovereenkomst. Het is daarnaast van belang dat zorgaanbieders die overwegen jeugdhulp of Wmo-diensten in de regio Midden-Holland aan te bieden informatie over de mogelijkheid van toetreding vinden op de website van het NSDMH. Deze informatie moet ook worden gepubliceerd op TenderNed⁵.

⁴ Dit geldt ook voor de overeenkomsten die geen 'deellovereenkomst' zijn.

⁵ Publicatie op TenderNed is verplicht als gevolg van de wetswijziging op 1 juli 2016.

Nadelen

Verlengen van de overeenkomsten gaat samen met verlengen van de samenwerkingsstructuur van het bestuurlijk aanbesteden. Het is niet mogelijk tussentijds de geschiktheidseisen aan te passen of te bepalen dat de samenwerking met nog slechts enkele contractspartijen wordt voortgezet. Andere diensten dan genoemd in de Jeugdwet en de Wmo kunnen niet in het kader van de huidige overeenkomsten worden opgedragen⁶. Kortom verlengen van de overeenkomsten is geen goede keuze als de gemeenten een heel andere weg willen inslaan op het gebied van het sociaal domein. Voor die andere weg wordt op dit moment echter niet gekozen.

6.4 Voorstel

1. Nieuwe basisovereenkomst voor Jeugd en Wmo samen.
2. De huidige overeenkomsten aanpassen zodat per 1-1-2018 tenminste een looptijd van drie jaar wordt gerealiseerd (2018-2020) waarbij de mogelijkheid openblijft deze te verlengen.

6.5 Planning

Stap	Toelichting	Data
Overeenkomsten verlengen	Bericht aan alle opdrachtnemers vóór 1 juli 2017	Besluitvorming colleges op 30 mei 2017
Tarieven bepalen	Conform het nieuwe artikel 5.4 Uitvoeringsbesluit Wmo 2015	Mei – augustus 2017 Besluitvorming colleges op 29 augustus 2017 of 4 september 2017
Deelovereenkomsten aanpassen	Opnemen gewenste wijzigingen en waar mogelijk standaardartikelen i-SD opnemen.	Mei – juni 2017
Voorstel aanpassing Deelovereenkomsten bespreken op FO's	Conform de overleg- en besluitvormingsregels in de basisovereenkomst	Beschermd wonen 6 juni 2017 Jeugd en Wmo 21 juni, 2017 en 5 juli 2017
Bestuurlijk akkoord op aangepaste DO's		Besluitvorming colleges op 29 augustus 2017 of 4 september 2017
Uitvraag te verlenen diensten	Vraag aan zorgaanbieders welke diensten zij in 2018 willen verlenen. Het betreft de door de gemeenten beschreven diensten tegen de door de gemeenten vastgestelde tarieven. In de nog in te richten catalogus wordt per dienst vermeld welke zorgaanbieders deze dienst aanbieden.	15 september – 13 oktober
Budgetplafonds bepalen		16 oktober – 31 oktober
Individuele deelovereenkomsten (aangepaste tekst) opstellen per opdrachtnemer		16 oktober – 31 oktober
Contracten verzenden ter ondertekening		16 oktober – 31 oktober
Getekende contracten verzamelen en archiveren		November

⁶ Andere diensten kunnen wel buiten de huidige (deel)overeenkomsten worden opgedragen. Afhankelijk van de omvang van de op te dragen diensten kan het nodig zijn een aanbesteding aan te kondigen.

7 Opgaven Implementatie en terugdringen administratieve lasten

7.1 Opgaven implementatie

De wijze van implementatie van dit inkoopkader bepaalt uiteindelijk mede het succes van het inkooptraject. De implementatie draait rondom de vraag wat hebben de gemeenten nodig om op 1 januari 2018 klaar te zijn? Bedrijfsmatig, maar ook qua toerusting van de medewerkers in de toegang. De implementatie heeft twee elementen. Een regionale component die in dit plan van aanpak dient te worden uitgewerkt en een lokale component die iedere gemeente zelf dient uit te werken.

De volgende resultaten worden regionaal vanuit dit project opgeleverd:

1. Raamovereenkomsten met aanbieders waarmee de gewenste diensten voor het regionale zorglandschap gecontracteerd zijn;
2. Een instrumentarium waarmee de toewijzing van de cliënten aan gecontracteerde partijen plaats kan vinden;
3. Een overzicht van de productcodes van de gecontracteerde diensten ter inrichting van de lokale backoffice;
4. Richtlijn ter vaststelling van de omvang zorg en ondersteuning voor de contracteerde diensten.

Via een regionale werksessie implementatie (d.d. 2 mei 2017) zijn daar de volgende thema's bijgekomen die benodigd zijn voor een succesvolle implementatie:

5. Gemeentelijke informatierondes over de gewijzigde onderdelen via dit inkoopkader;
6. Eventueel benodigde afstemming met softwareleveranciers (subregionaal);
7. Het gestandaardiseerd ophalen van een set aan indicatoren voor regionaal contractmanagement via de NSDMH.

Het realiseren van thema's 5, 6 en 7 moet regionaal geborgd worden in de werkzaamheden van de NSDMH en die van de gemeentelijke medewerkers die regionaal werken.

7.2 Informatievoorziening, privacy en aanlevering eigen bijdrage

Informatievoorziening

De gemeenten in Midden-Holland conformeren zich aan standaarden op het gebied van informatievoorziening en berichtenverkeer zoals deze landelijke en specifiek voor de/het sector/domein waarin hij werkzaam is zijn vastgesteld. Denk hierbij o.a. aan gebruik van basisgegevens als BSN, standaarden voor berichtenuitwisseling zoals iWMO, iJW, CORV en het gebruik van het gegevensknooppunt.

Privacy

De gemeenten in Midden-Holland conformeren zich aan landelijke kaders en standaarden op het gebied van het verwerken, beheren en delen van persoonsgegevens binnen het sociaal domein. Denk hierbij o.a. aan de Participatiewet, de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning, maar ook de Wet bescherming persoonsgegevens.

Eigen bijdrage

De informatie ten behoeve van het innen van de eigen bijdrage (Wmo) wordt vanaf 1 januari 2018 door de gemeenten zelf aangeleverd bij het CAK. Dit om als gemeenten zelf grip te houden op de aanlevering van gegevens bij het CAK. Dit is zowel in het belang van de

gemeente als cliënt. In de praktijk worden de gegevens momenteel niet altijd (tijdig) door aanbieders aangeleverd bij het CAK. Wat tot gevolg heeft dat gemeenten inkomsten vanuit eigen bijdragen mislopen en cliënten geconfronteerd kunnen worden met stapelfacturen. Deze maatregel verlicht eveneens de administratieve lasten van zorgaanbieders.

7.3 Van oud naar nieuw: eventueel overgangsjaar en conversietabel

Voor veel van de gecontracteerde diensten lopen de beschikkingen van cliënten uit Midden-Holland door in de jaren na 2018, dit terwijl overeenkomsten aflopen per 1 januari 2018.

Een van de uitgangspunten van dit inkoopkader is een versimpeling van de diensten en de tariefstructuur. Dit heeft (specifiek voor de Jeugd aanbieders) automatisch tot gevolg dat er een huidige situatie in 2017 met een grote hoeveelheid diensten is (honderden) en vanaf 2018 een enorme teruggang in diensten (rond de vijftig).

Dit vraagt om een zorgvuldige overgang van de oude productcodes naar de nieuwe productcodes eventueel via een overgangsperiode. Hiervoor dient een conversietabel opgesteld te worden waarin wordt vermeld welke oude productcodes onder welke nieuwe productcode vallen. Het komende half jaar zal een analyse gemaakt worden van de impact van de wijzigingen per 2018 op gemeentelijk aanbieder niveau.

De nieuwe dienstenbeschrijvingen zijn met ingang van 1 januari 2018 ook van toepassing op bestaande cliënten, tenzij een overgangsregeling wordt getroffen. Daar waar dat (ook administratief) meer passend is, kiezen we voor het laten uitfaseren van bestaande afspraken gedurende een overgangsperiode.

Insteek is het aantal herindicaties voortkomend uit dit inkoopkader tot een minimum te beperken. Zorginhoudelijke redenen geven aanleiding tot een nieuwe herindicatie en keukentafelgesprek en liefst niet een nieuw inkooptraject. Dit zorgvuldig borgen vraagt om nauwe samenwerking tussen de medewerkers betrokken bij de inkoop, de implementatie en de toegang.

7.4 Ontwikkelagenda

Gedurende de contractperiode gaan we op diverse thema's samen met aanbieders aan de slag met transformatie. Diverse initiatieven die we in 2016 of 2017 al zijn gestart - zoals de ontwikkeling van PleegzorgPlus varianten en Gewoon Thuis - zetten we in 2018 en daarna voort. Belangrijke thema's voor de komende periode zijn onder meer:

- De afbouw van residentiële zorg en het (door)ontwikkelen van verantwoorde alternatieven;
- de transformatie van de crisiszorg (jeugdhulp);
- Het op onderdelen ontwikkelen van pilots om te experimenteren met andere varianten van bekostiging;
- Komen tot domeinoverstijgende samenwerking t.b.v. integrale hulp aan huis.

De beoogde transformatie zal vooral lokaal plaatsvinden. Daarnaast werken we aan een heldere gezamenlijke visie op de toekomstige ontwikkeling van het zorglandschap. De beoogde ontwikkelagenda zal voornamelijk vanuit deze regionale visievorming gevoed worden.