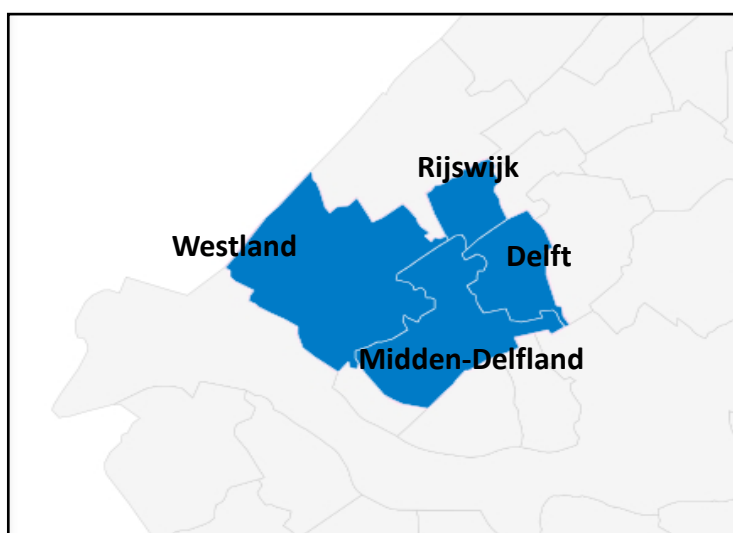


H4 Inkoopvisie Ondersteuning 2019-2022

SAMEN VERDER IN
TRANSFORMATIE



Versie: 1.0
Oktober 2017

INHOUDSOPGAVE

INHOUD

Inleiding.....	3
Hoofdstuk 1 Doel van ondersteuning, vanuit de leefwereld en de bedoeling	4
1.1 opgave transitie en transformatie	4
1.2 Onze doelen	5
1.3 Onze uitgangspunten	6
1.4 Strategische thema's h4 inkoopvisie ondersteuning 2019	9
Hoofdstuk 2: Inwoner Centraal	11
2.1 Keuzevrijheid van de inwoner	11
2.2 Inwoner aan zet bij zorgplan	11
2.3 Ondersteuning mantelzorg	12
2.4 Eigen initiatief	12
Hoofdstuk 3: Sturen op resultaat	13
Uitwerking strategie op hoofdlijn: Productindeling en bekostiging	15
Hoofdstuk 4: Sturen op kwaliteit en innovatie	19
4.1 Kwaliteit	19
4.2 Innovatie	20
Uitwerking strategie op hoofdlijn: Kwaliteit en keuzevrijheid	22
hoofdstuk 5: Samenwerken (in partnerschap).....	23
5.1. Samenwerken met aanbieders	23
5.2. Samenwerken met zorgverzekeraars	24
Uitwerking strategie op hoofdlijn: Partnerschap en innovatie	25
Hoofdstuk 6: Sturen op financiën	26
Bijlage 1: Het vervolg	27
Bijlage 2: Uitgangspuntentabel H10 – H4	28

INLEIDING

Voor u ligt de gezamenlijke ‘H4 Inkoopvisie Ondersteuning’ van de gemeenten Delft, Midden-Delfland, Rijswijk en Westland, tezamen de H4. In 2014 hebben we, de H4, besloten samen de nieuwe Wmo taak begeleiding in te kopen. In 2016 is ook de hulp bij het huishouden gezamenlijk ingekocht. Belangrijke redenen voor deze gezamenlijke inkoop zijn altijd versterking van de uitvoeringskracht, beheersing van de kosten en samenhang voor inwoners over gemeentegrenzen heen geweest.

Nu staan we aan de vooravond van een nieuwe contractperiode. Eind 2018 lopen namelijk de contracten begeleiding, hulp bij het huishouden en beschermd wonen¹ af. De afgelopen jaren hebben we ervaren dat gezamenlijke uitgangspunten belangrijk zijn. De uitgangspunten zijn de vertrekpunten die de basis vormen voor het verdere inkooptraject. Deze uitgangspunten vindt u, mede verwerkt in thema’s, in deze ‘H4 Inkoopvisie Ondersteuning’. We kiezen hierbij doelbewust voor de integrale, sociaal domein-brede aanpak. Ook daarin vinden we elkaar. We leggen hiermee de basis voor de doorontwikkeling van de ondersteuning in de H4 gemeenten in de periode 2019 tot en met 2022. Deze visie is de eerste stap in het proces om te komen tot nieuwe contracten voor de ondersteuning van kwetsbare inwoners. We gaan de komende jaren samen verder met transformeren; daarbij blijven kwaliteit en innovatie hoog in het vaandel staan.

Voor de totstandkoming van deze visie hebben we, tijdens bijeenkomsten, de inhoud getoetst bij o.a. cliënten en zorgaanbieders.

Om integrale en samenhangende zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan onze inwoners is nauwe samenhang en afstemming nodig tussen het H10 inkooptraject voor jeugd en het H4 inkooptraject ondersteuning. Ten behoeve van deze samenhang en afstemming is een uitgangspuntenanalyse opgenomen (in Bijlage 2). In deze visiefase hangen de documenten vanuit H10 en H4 goed met elkaar samen. Integraliteit en samenhang in de uitvoering – of zelfs eerder al in de contracteerfase – zijn in deze fase geborgd. De analyse in bijlage 2 laat zien welke thema’s extra aandacht nodig hebben bij de verdere uitwerking om samenhang en integraliteit in de uitvoering mogelijk te maken en te behouden. Na het formuleren van de visie volgt het uitwerken tot de inkoopstrategie. Om een beeld te geven van wat dit oplevert hebben we in de hoofdstukken 3, 4 en 5 hiervan een concept op hoofdlijnen opgenomen.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk beschrijven we het doel van de ondersteuning en de uitgangspunten die we daarbij hanteren. Het tweede hoofdstuk beschrijft hoe de regie van de cliënt begint met keuzevrijheid van cliënten en de ruimte voor initiatief. Het derde hoofdstuk gaat in op resultaatsturing. In het vierde hoofdstuk gaan we in op kwaliteit en innovatie. Hoofdstuk vijf gaat over de samenwerking met (keten)partners. Een in het zesde en laatste hoofdstuk schetsen we de belangrijkste uitgangspunten voor de sturing op financiën.

¹ Beschermd wonen wordt door Delft als centrumgemeente voor de DWO regio (Delft, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp en Westland) ingekocht.

HOOFDSTUK 1 DOEL VAN ONDERSTEUNING, VANUIT DE LEEFWERELD EN DE BEDOELING

In dit hoofdstuk kijken we terug op de opgave die wij sinds 2015 hebben. Deze opgave is vanuit het Rijk bij gemeenten ondergebracht. Wij worden geacht terug te keren naar **‘de bedoeling’** van overheidsbemoeienis in het sociale domein: het emanciperen² van inwoners, zodat zij zo min mogelijk afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning en zelfstandig thuis kunnen blijven wonen zo lang zij willen én zolang dat verantwoord is. Als inwoners dat niet zelf kunnen, organiseren gemeenten samenhangende zorg en ondersteuning; dichtbij de leefwereld van inwoners en aansluitend op de ondersteuningsvraag van inwoners. In de volgende paragraaf reflecteren we op hoe we tot dusver hebben gewerkt aan deze opgave (welke effecten zien we terug) en komen we vanuit een analyse tot een voorgestelde aanpak voor de periode vanaf 2019. Deze aanpak is gebaseerd op gezamenlijke uitgangspunten in de beleidsvisie en beleidskaders van de H4 gemeenten. Ze vormen de basis van deze inkoopvisie. Onderstaande tabel toont hoe we de uitgangspunten die onze stip op de horizon vormen (toegelicht in §1.2) vertalen naar de vijf strategische thema’s die centraal staan in de H4 inkoopvisie ondersteuning 2019.

Beleidsuitgangspunten (§1.2)	De strategische thema's die onze inkoopvisie vormen
We gaan uit van de leefwereld Ondersteuning dichtbij Eigen regie en eigenaarschap Integraliteit en samenhang Resultaatgericht Administratieve lasten en regeldruk	Inwoner centraal (Hoofdstuk 2) Resultaatsturing (Hoofdstuk 3) Sturen op kwaliteit en innovatie (Hoofdstuk 4) Samenwerken in partnerschap (Hoofdstuk 5) Sturen op financiën (Hoofdstuk 6)

1.1 OPGAVE TRANSITIE EN TRANSFORMATIE

Gemeenten hebben de opdracht gekregen om vanuit nieuwe wetgeving (Wmo 2015 en de Jeugdwet) uitvoering te geven aan nieuwe taken en functies op het gebied van zorg en welzijn. Parallel aan het overhevelen van deze taken, (de ‘transitie’), stonden gemeenten voor de opgave om de uitvoering anders te organiseren, (de ‘transformatie’). De filosofie achter de transformatie is gebaseerd op drie pijlers:

- **Betere kwaliteit:** In de AWBZ werd vooral gekeken naar de beperking of stoornis van een inwoner en in mindere mate naar de wens en eigen kracht van die inwoner. Vanuit een medisch georiënteerde benadering werd zorg op basis van een standaard verwijsindex toegekend, per uur, dagdelen of week. Gemeenten zouden beter in staat moeten zijn om voor de inwoner een plan op maat te maken, toegespitst op wat iemand wenst en kan in de sfeer van diens lokale sociale infrastructuur.

² Emancipatie: het proces om te komen tot de ideale situatie waarbij het individu in staat is zelfstandig oordelen te vellen over de zin en zin te geven aan zijn bestaan. Dit proces betreft het individu, zijn omgeving en de samenleving (Encyclo, Nederlandse encyclopedie)

- Beter voor elkaar zorgen: in het vorige stelsel werd te snel een beroep gedaan op formele zorg. Vanuit de claimgerichte benadering, het ‘recht op zorg’, is de beeldvorming ontstaan dat de primaire verantwoordelijkheid voor welzijn bij de overheid ligt, in plaats van bij inwoners. Hierdoor is de afhankelijkheid van zorg vergroot en het probleemoplossend vermogen van inwoners afgenomen.
- Financiële houdbaarheid: de medische benadering en de toenemende zorgafhankelijkheid van inwoners leidde tot een vertienvoudiging van het aantal mensen binnen de langdurige zorg. Het budget is met factor honderd gegroeid. Een stelselherziening was dus cruciaal om financiële onhoudbaarheid te voorkomen.

Gemeenten moesten de beweging maken:

- van aanbodgericht naar vraaggericht,
- van rechtmatig naar doelmatig,
- van uitgaan van wat iemand heeft (beperking/ stoornis), naar uitgaan van wat iemand kan (intrinsieke kracht),
- van een toenemende zorgafhankelijkheid van inwoners naar meer eigen regie van en door inwoners.

Voor de ‘oude’ Wmo taken was deze beweging al ingezet, de nieuwe taken moeten hierop aansluiten. Vanuit het oogpunt van inkoop is voor de nieuwe taken in eerste instantie ingezet op continuïteit van zorg. De transformatie vond binnen de reikwijdte van het contract plaats. Met de nieuwe contracteerronde zetten we een nieuwe stap in de transformatie.

1.2 ONZE DOELEN

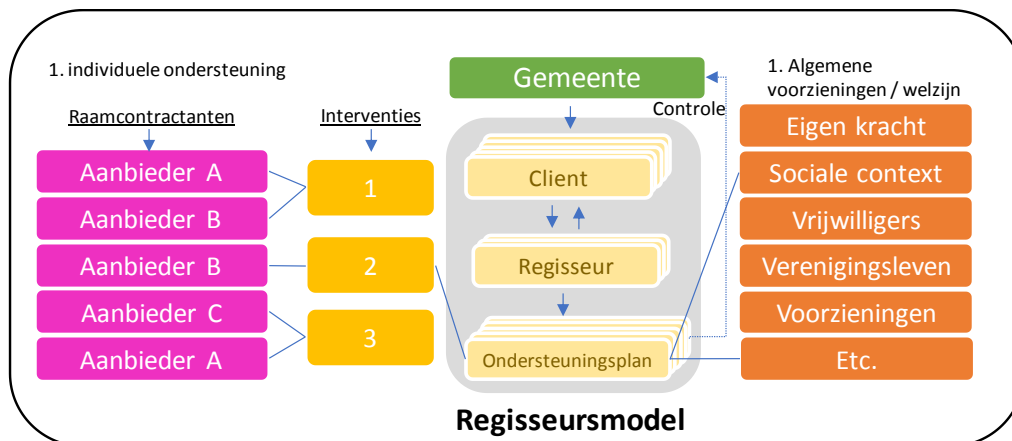
Ons doel is dat inwoners van de H4 zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, zo lang als zij willen en zo lang als dat verantwoord is. Als zij dat niet meer kunnen, ondersteunen we hen op die leefgebieden waar zij een beperking in hun zelfredzaamheid ervaren. We erkennen dat er inwoners zijn die langdurig ondersteuning nodig hebben.

We willen dat onze inwoners naar vermogen mee kunnen doen in de maatschappij en dat zij een zingevende en/of ontwikkelingsgerichte invulling van de dag hebben. Dat zij niet vereenzamen en een netwerk hebben waar zij zich door gesteund voelen. We willen voorkomen dat inwoners door hun beperking gaan dwalen of overlast veroorzaken. En voor inwoners die dat nodig hebben, is er voldoende toezicht, zodat zij een veilige woonomgeving hebben en zichzelf geen schade toebrengen. Wij willen dat onze inwoners – ook al zijn zij hulpbehoevend – in hun waarde blijven en dat zij hun positieve krachten kunnen blijven inzetten. Geen onnodige betutteling en hospitalisering. Ook wil de H4 een dementievriendelijke regio zijn.

We hebben voldoende aandacht voor mantelzorgers, zodat zij zich gesteund voelen en niet overbelast raken. We willen nazorg kunnen bieden (bijvoorbeeld door een waakvlamfunctie), zodat we inwoners die weer zelfstandig zijn én hun mantelzorgers niet uit het oog verliezen en we terugval of overbelasting kunnen voorkomen.

Om deze ondersteuning te realiseren is goede ketensamenwerking nodig. De ketenpartners laten zich leiden door het gezamenlijk belang en niet door concurrentiebelangen. Het resultaat voor de cliënt telt.

Om ervoor te zorgen dat onze inwoners met een ondersteuningsvraag en hun mantelzorgers zo normaal mogelijk kunnen leven en meedoen, bieden we ondersteuning die integraal is en niet gesplitst is in producten en/of wetten. Daartoe gaan we uit van het regisseursmodel (zie afbeelding). We verbinden informele en formele ondersteuning en we organiseren voorzieningen zo laagdrempelig mogelijk.



1.3 ONZE UITGANGSPUNTEN

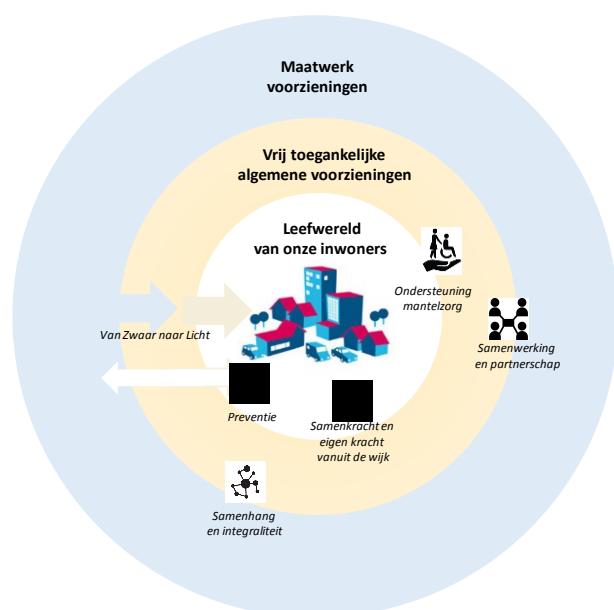
Om hun doelen te bereiken hebben de gemeenten in 2014 gezamenlijke uitgangspunten geformuleerd. Voor de komende jaren vormen deze uitgangspunten nog steeds ons richtsnoer. Wel zullen we, op basis van onze ervaringen vanaf 2015, de inzet op deze uitgangspunten aanscherpen en verstevigen. In deze paragraaf blikken we terug en lichten we per uitgangspunt toe wat nodig is om de komende jaren op effectieve wijze invulling te geven aan deze uitgangspunten.

We gaan uit van de leefwereld

Wat beogen we

In de ondersteuning staat de inwoner centraal. Daarbij laten we ons zo min mogelijk hinderen door tegenstrijdigheden in wet- en regelgeving. De (zorg)stelsels waar wij zelf verantwoordelijk voor zijn (Jeugdwet, Wmo) verbinden wij op een organische wijze met elkaar en met andere samenhangende stelsels (WLZ en ZVW). We denken en handelen vanuit de bedoeling en waarborgen zo de kwaliteit en continuïteit van ondersteuning voor onze inwoners.

Wat zien we in de praktijk



Figuur 1 Ondersteunen in de leefwereld van de inwoner

Om te kunnen werken volgens 'de bedoeling' en aan te sluiten op de leefwereld van cliënten is ruimte nodig. We zien in de praktijk dat er in de afgelopen jaren onvoldoende ruimte was voor flexibiliteit en vraaggericht handelen. De regels, procedures en systemen zijn nog te veel leidend voor de ondersteuning die wordt geleverd. Zorgprofessionals zijn vaak gehouden aan en gewend om geprotocolleerd te werken, waardoor zij zelf soms niet anders meer kunnen. Dit zien we terug aan de dialoogtafels waar de gesprekken met aanbieders soms nog gingen over hoe de dienstverlening op taakniveau uitgevoerd moet worden. Als dit in de praktijk niet aansluit bij de unieke wens van de cliënt, dan moet nu nog te vaak de cliënt het protocol volgen in plaats van andersom.

Eigen regie en eigenaarschap

Wat beogen we

We gaan uit van de eigen regie en het eigenaarschap van de inwoner: het is zijn leven en ook zijn ondersteuning. Voor een deel van de inwoners die ondersteuning nodig hebben is die eigen regie niet of slechts gedeeltelijk mogelijk: dan voeren we *samen*³ met de inwoner de regie op zijn ondersteuning. In het uiterste geval kan bij ernstige multi-problematiek de regie (tijdelijk) geheel worden overgenomen. Ondersteuning is erop gericht om inwoners zoveel mogelijk weer zelf aan het stuur te zetten en zelfredzaam te zijn. Voor die cliënten waar verbetering niet meer tot de mogelijkheden behoort, moet de ondersteuning bijdragen aan het zolang mogelijk behouden van vaardigheden en zelfredzaamheid of een zo geleidelijk en draaglijk mogelijke achteruitgang.

Wat zien we in de praktijk

Om als inwoner eigenaar te zijn en regie te kunnen voeren op de ondersteuning is ruimte nodig. Ruimte om te bepalen hoe de situatie eruitziet als het probleem is opgelost. De afstand tussen die situatie en de huidige situatie is de afstand naar zelfredzaamheid en weer mee kunnen doen in de samenleving *in het perspectief van de cliënt*. Deze afstand verschilt per situatie, wat betekent dat cliënten niet langs één en dezelfde meetlat gelegd kunnen worden om tot een oordeel (lees: 'indicatiebesluit') te komen. Het gaat om een doelmatige inzet op maat. Als we reflecteren op de afgelopen periode dan zien we dat de ambitie is om vanuit een doelmatige insteek te werken richting de gewenste resultaten. We willen deze doelmatige insteek verder versterken door doelstellingen (en te behalen resultaten) meer SMART te maken, zodat cliënt en zorgprofessional nog meer zicht en grip krijgen op het rendement van de ingezette ondersteuning.

Integraliteit en samenhang

Wat beogen we

We werken vanuit integraliteit en samenhang: één gezin (huishouden), één plan, één regisseur. Ondersteuning is gericht op de inwoner, het gezin én zijn/hun netwerk (ondersteuning mantelzorgers), in de context van diens omgeving (bijvoorbeeld door het voorkomen van overlast). We kijken daarbij niet alleen naar het brede sociale domein, maar ook naar domeinen als veiligheid en wonen.

Wat zien we in de praktijk

Eén integraal plan zet aanbieders én gemeentelijke toegangsorganisaties aan tot samenwerken. Hoewel er al veel aandacht is voor integraliteit, zien we in de praktijk nog steeds schotten tussen de

³ In de uitwerking kan die regie als dat nodig is ook bij de toegang of een aanbieder liggen.

verschillende domeinen (Wmo, Jeugd, Participatie, Veiligheid, etc.) waardoor de samenwerking momenteel nog niet altijd optimaal is. Oorzaken zijn soms wettelijk, soms organisatorisch van aard. We concluderen dat de integraliteit in de (uitvoering van de) ondersteuningsplannen beter kan. De inkoop moet bijdragen aan vergroting van de integraliteit van het aanbod aan de voorkant (vóór het beschikken). Dit in tegenstelling tot aan de achterkant kijken hoe we voorzieningen bij elkaar kunnen krijgen in één plan (ná het beschikken).

Ook op macroniveau is het van belang om te streven naar meer samenhang. Nu zien we door maatregelen in andere zorgstelsels (minder behandeling in het kader van de ZVW of strengere toelating verpleeghuizen in het kader van de WLZ) de druk op ondersteuning in het kader van de Wmo toenemen. Dit zogenoemde 'waterbedeffect' vraagt dat we samenwerken en afspraken maken met zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Resultaatgericht

Wat beogen we

De ondersteuning is gericht op de vraag van de inwoner. We gaan daarbij niet uit van een gestandaardiseerd aanbod, maar van maatwerk. We werken aan het behalen van concrete resultaten gericht op het vergroten of behouden van zelf- (en samen) redzaamheid. We doen wat nodig is en werken aan duurzame oplossingen op maat. Van rechtmatig naar doelmatig.

Wat zien we in de praktijk

Om te kunnen sturen op het behalen van resultaten is het belangrijk dat aanbieders ook worden beloond voor het behalen van resultaten. Als we reflecteren op de afgelopen periode, dan zien we dat aanbieders nog vaak worden beloond voor het aantal uren zorg dat zij leveren. Waar we willen sturen op te behalen resultaten, belonen we nog op geleverde inspanning. De inkoop moet eraan bijdragen dat alle beschikbare sturingsinstrumenten optimaal zijn ingesteld op het sturen op (en belonen van) het behalen van resultaten.

Ondersteuning dichtbij

Wat beogen we

Het is van belang dat we ondersteuning zo toegankelijk en dichtbij mogelijk organiseren. We zetten in op preventie om verlies van zelfstandigheid, zelfredzaamheid of overbelasting van het netwerk te voorkomen. Met een waakvlamfunctie zorgen we dat we de inwoner niet uit het oog verliezen en voorkomen we zoveel mogelijk dat inwoners – die weer op eigen kracht varen – terugvallen. Laagdrempelige (wijkgerichte) basisvoorzieningen zijn nauw verbonden met maatwerkvoorzieningen. Zo creëren we ruimte voor inwoners en professionals om te handelen vanuit de bedoeling en tot oplossingen op maat te komen.

Wat zien we in de praktijk

We zien dat het aantal mensen dat een beroep doet op een maatwerkvoorziening (dus buiten het eigen netwerk of de algemene voorzieningen) toeneemt. De intensiteit per zorgvraag zien we ook toenemen. Om de beweging naar de lichtere vormen van ondersteuning te kunnen maken (van zwaar naar licht), moeten we steviger en explicieter inzetten op de mogelijkheden van informele en

lichtere vormen van ondersteuning. Aanbieders kunnen aan deze beweging bijdragen door goed samen te werken met voorliggende voorzieningen. De inkoop moet hieraan bijdragen.

Administratieve lasten en regeldruk

Wat beogen we

We willen regeldruk en administratieve lasten tegengaan. Iedere euro die verdwijnt in de bureaucratie, gaat niet naar zorg voor cliënten.

Wat zien we in de praktijk

De praktijk leert ons dat uniformiteit in declaratie- en facturatieprotocollen en rapportages een belangrijke bijdrage levert aan het verminderen van administratieve lastendruk. We concluderen dat het blijven werken conform landelijke standaarden het uitgangspunt moet zijn en/ of blijven in de te sluiten contracten. Voor gemeenten en *alle* aanbieders, groot en klein.

1.4 STRATEGISCHE THEMA'S H4 INKOOPVISIE ONDERSTEUNING 2019

De periode 2015-2017 heeft vooral in het teken gestaan van de transitie en we zijn begonnen met de transformatie. De kaders zijn geformuleerd, de organisatie is opgetuigd, werkprocessen zijn ingericht en contracten zijn gesloten met aanbieders. Er was onder andere aandacht voor de noodzaak van innovatie, voor het belang van goede voorzieningen en voor de sleutelrol van toegangsorganisaties. We willen nu een volgende stap zetten. De noodzaak van een volgende stap zien we terug in de groei van het aantal zorgvragers en de toename van de zorgzwaarte.

Om de volgende stap te zetten is het van belang dat gemeenten, aanbieders én inwoners een andere rol innemen. Inwoners kunnen meer van een afhankelijke rol naar een proactieve rol bewegen. Aanbieders kunnen nog meer van een inspanningsgerichte werkwijze over naar een resultaat- en doelgerichte werkwijze. Gemeenten kunnen over naar een meer faciliterende rol waarbij zij met hun beleid niet alleen kaders stellen maar ook de geschikte randvoorwaarden creëren.

De uitgangspunten zijn al wel scherp maar in de praktijk kunnen we hier nog consistentere vorm aan geven. Dit vraagt van de gemeenten om de komende jaren de ingezette verandering verder te versterken:

1. Inwoner centraal (hoofdstuk 2): we geven cliënt en zorgprofessionals meer ruimte om de afstand naar zelfredzaamheid zelf te bepalen en te overbruggen. Zij moeten beiden (kunnen) doen wat nodig is;
2. Resultaatsturing (hoofdstuk 3): dit betekent dat te behalen resultaten centraal staan en niet de producten die wij inzetten om het resultaat te behalen. Daar stuurt de gemeente op. Hieruit volgt ook dat we zoveel die bekostigingsvorm(en) kiezen die het behalen van resultaten stimuleren.
3. Sturen op kwaliteit en innovatie (hoofdstuk 4): Kwaliteit (tevredenheid, doelbereik en doelmatigheid) en innovatie zijn nodig om resultaten te behalen, nu en in de toekomst. De koers die we hier uitzetten bepaalt de beweging die aanbieders in transformatie kunnen maken.
4. Samenwerken in partnerschap (hoofdstuk 5): Om al onze ambities voor komende jaren waar te maken, is het noodzakelijk dat we onze samenwerking met partners intensiveren en dat

ketenpartners onderling beter samenwerken. Dat betekent helder zijn over wat partnerschap voor ons betekent, wie onze partners zijn en hoe we het partnerschap vormgeven.

5. Sturen op financiën (hoofdstuk 6): Een open einde regeling in combinatie met een grote veranderopgave vraagt om een heldere visie en sturing op financiën.

HOOFDSTUK 2: INWONER CENTRAAL

Zoveel mogelijk staan inwoners zelf aan het roer. Bij de inkoopafspraken die we met aanbieders maken nemen we de rol en positie van de inwoner (en de mantelzorger) mee aan de hand van de volgende thema's:

1. Keuzevrijheid van de inwoner
2. Inwoner aan zet bij invulling ondersteuningsplan
3. Ondersteuning mantelzorg
4. Eigen initiatief

2.1 KEUZEVRJHEID VAN DE INWONER

Eigen regie bij het invullen van ondersteuning begint bij keuzevrijheid. De gemeenten vinden het belangrijk dat inwoners kunnen kiezen. Vaak krijgt keuzevrijheid vorm door zoveel mogelijk aanbieders te contracteren. In veel gevallen bieden deze aanbieders grotendeels dezelfde ondersteuning.

De H4 gemeenten ondersteunen het idee dat inwoners bij voorkeur uit verschillende aanbieders kunnen kiezen. Maar de gemeenten hechten nog meer belang aan de mogelijkheid voor inwoners om te kunnen kiezen uit een vraaggericht en onderscheidend aanbod.

Bij de invulling van keuzevrijheid komt in het inkooptraject de nadruk dus niet alleen te liggen bij kwantiteit (contracteren van veel aanbod) maar vooral ook bij kwaliteit (vraaggericht en onderscheidend aanbod).

We faciliteren een weloverwogen keuze van de inwoner door heldere informatie beschikbaar te stellen. Het aanbod van oplossingen moet op een dusdanige wijze inzichtelijk zijn dat een inwoner op basis van beschikbare informatie voor- en nadelen van verschillende vormen van ondersteuning kan afwegen.

Aanbieders dragen bij aan de keuzevrijheid van inwoners door transparant en onderscheidend te zijn in de oplossingen die zij bieden en in de wijze waarop zij de inwoner centraal stellen.

2.2 INWONER AAN ZET BIJ ZORGPLAN

Naast keuzevrijheid is het vooral van belang dat de inwoner zelf invloed heeft op de wijze waarop de ondersteuning wordt ingevuld. Gecontracteerde aanbieders stellen daarom samen met de inwoner het zorgplan op. Met de overstap naar resultaatsturing (nader uitgewerkt in hoofdstuk 3 van deze inkoopvisie) krijgen inwoner en aanbieder nog meer ruimte en flexibiliteit voor het invullen van de ondersteuning. De gemeente bepaalt samen met de inwoner wat de gewenste resultaten zijn; de aanbieder bepaalt samen met de inwoner hoe de ondersteuning plaatsvindt om dit resultaat te kunnen behalen.

2.3 ONDERSTEUNING MANTELZORG

Mantelzorgers vervullen – door de ondersteuning die zij bieden – een sleutelrol in het netwerk van hun naasten. Voor de inwoners die leunen op hun mantelzorger is het cruciaal dat mantelzorgers niet overbelast raken en hun ondersteuning duurzaam kunnen blijven bieden. Als onderdeel van het ondersteuningsplan en zorgplan wordt daarom altijd meegenomen hoe de mantelzorger optimaal kan ondersteunen en welke maatregelen nodig zijn om overbelasting van de mantelzorger te voorkomen. Extra ondersteuning van de inwoner door zorgprofessionals om de mantelzorger te ontlasten (respijtzorg) is hierbij een mogelijkheid.

2.4 EIGEN INITIATIEF

We willen dat inwoners van de H4 gemeenten actief en betrokken zijn. Het toonbeeld van eigen kracht is dat inwoners zelf de handschoen oppakken in het vormgeven van hun ondersteuning, bijvoorbeeld door een burgerinitiatief of het ‘right to challenge’⁴. Voor inwoners die daarvoor voldoende vaardigheden hebben is een persoonsgebonden budget een passende vorm om de ondersteuning die binnen een eigen initiatief wordt geboden te financieren. Waarbij de gemeenten oog hebben voor de doelmatige en rechtmatige besteding van de hiervoor beschikbaar gestelde middelen.

⁴ De mogelijkheid van bewoners (-organisaties) om zelf het initiatief te nemen om een dienst uit te voeren, als zij vinden dat het beter / anders moet. Het initiatief verschuift dan van overheid naar burger: meedoen, eigen initiatief nemen. Via dit right to challenge krijgen bewoners ook de middelen en verantwoordelijkheid.

HOOFDSTUK 3: STUREN OP RESULTAAT

In het eerste hoofdstuk hebben we aangegeven wat de bedoeling is van de ondersteuning die wordt geboden en welke uitgangpunten we daarbij hanteren. Met sturing willen we effect sorteren, resultaat bereiken.

Het is onze ambitie om te sturen op het resultaat en rendement van de hulp. Momenteel vindt bekostiging plaats op basis van het type hulp en op basis van het aantal uren of dagdelen waaruit de hulp bestaat. Dit betekent dat iemand met een hulpvraag een aantal uren of dagdelen hulp krijgt toegekend en dat de door de cliënt gekozen aanbieder deze uren of dagdelen gaat leveren.

In de nieuwe werkwijze willen we sterker sturen op het resultaat door de omvang (aantal uren) en het type hulp niet meer centraal te stellen, maar het te bereiken resultaat. De wijze van bekostigen moet hier logisch op aansluiten. De manier waarop dit resultaat wordt gerealiseerd (omvang en aard van de ondersteuning) is aan de aanbieder en cliënt. Zo borgen we maatwerk en stimuleren we een doelmatige en efficiënte inzet van middelen.

Uitspraken van cliënten tijdens consultatie: “Ik kan zelf bepalen of de hulp wel/niet de ramen moet wassen, daar gaat de gemeente niet over” en “De hulp of begeleider zegt te vaak: dat mag ik niet doen.”

Zorgprofessionals krijgen de ruimte die nodig is om samen met de inwoner tot de best passende invulling van de ondersteuningsvraag te komen om dat resultaat te behalen. Hierbij houden we oog voor het feit dat de hulprelatie niet altijd gelijkwaardig is. Cliënten die minder mondig zijn, voelen een afhankelijkheid, waardoor zij hun vraag niet centraal durven stellen. Voor iedereen met een hulpvraag, is ondersteuning op maat nodig, toegesneden op de specifieke situatie en wensen van de cliënt.

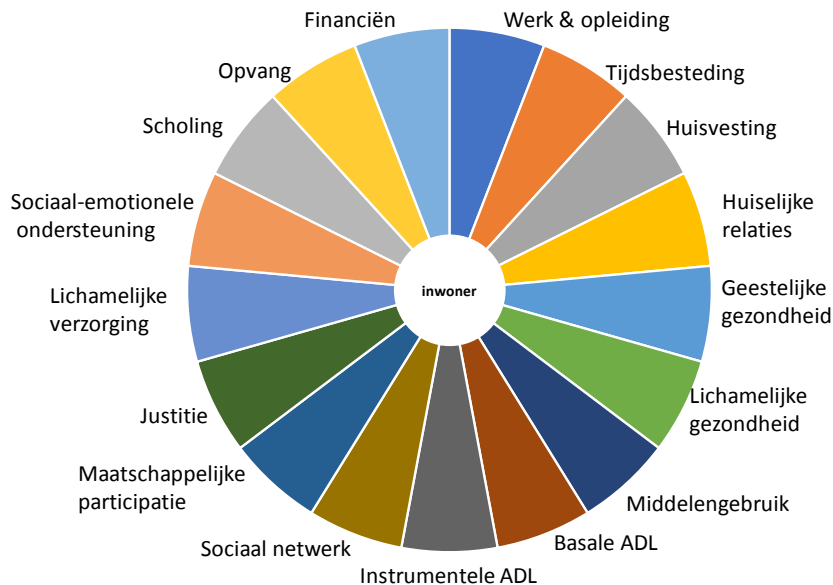
Een belangrijk aandachtspunt bij de overstap naar resultaatsturing is dat we investeren in het formuleren van concrete en heldere resultaten en het behalen en borgen van resultaten, zonder dat dit tot meer en onnodige administratieve lasten en bureaucratie leidt. Het beheersen en voorkomen van onnodige administratieve lasten heeft daarom bij de uitwerking van resultaatsturing onze bijzondere aandacht.

Om resultaatsturing succesvol in te voeren zetten we in op vijf maatregelen:

- *Harmoniseren van taal, informatie- en berichtenverkeer*
We investeren in de ontwikkeling van de nieuwe taal die ontstaat met de overstap naar resultaatsturing. Dit betekent dat wij (aanbieders en gemeenten) dezelfde en eenduidige begrippen gebruiken als we het hebben over het bereiken van doelen en resultaten. Deze begrippen nemen we mee in de monitoring en verantwoording van resultaten op inwonerniveau, maar ook op organisatieniveau. We sluiten daarbij aan op landelijke standaarden. Zo voorkomen we een toename van de regeldruk en gaat een zo groot mogelijk deel van de beschikbare middelen naar zorg, niet naar de systemen.

- *Implementatie van de nieuwe werkwijze in de toegangsorganisaties en uitvoeringsorganisaties (aanbieders)*

We investeren in de kennis en kunde van medewerkers in de toegang en van zorgprofessionals om samen met de inwoner, vanuit de bedoeling, vast te stellen wat de te behalen resultaten zijn. Zij krijgen hiervoor ook de tijd en de ruimte. De cliënt kiest een aanbieder en bekijkt samen met de zorgprofessional van de aanbieder welke ondersteuning in aard en omvang nodig is om deze resultaten te behalen. De toegang voert samen met de inwoner regie op het behalen van deze resultaten. We sluiten aan bij de leefdomeinen zoals die in onze Toegangsorganisaties veelal worden gebruikt en die gebaseerd zijn op de zelfredzaamheidsmatrix:



Figuur 2 Leefdomeinen ZRM⁵

- *Sturen op integraliteit*

We sturen er vanuit het inkoopproces op aan dat aanbieders integraal, vraaggericht werken en waar nodig samenwerken met andere partijen (dit kunnen ook partijen uit het voorliggend veld of andere domeinen zijn, publiek of privaat). De integrale levering van ondersteuning en samenwerking tussen aanbieders zorgt voor de samenhang en verhoging van effectiviteit van de verschillende vormen van ondersteuning die aanbieders rond een cliënt inzetten. Hulp is gericht op het vergroten en/of behouden van de zelfredzaamheid en de mogelijkheden om mee te doen. Hierbij houdt de aanbieder rekening met het ontwikkelpotentieel en de leefwereld van de inwoner.

- *De juiste bekostigingssystematiek*

We stemmen de manier van bekostigen af op de manier van sturen. Concreet betekent dit dat als we een resultaat willen bereiken, we het behalen van het resultaat ook moeten belonen. De VNG heeft drie uitvoeringsvarianten uitgewerkt die in meer of mindere mate geschikt zijn voor resultaatsturing. We sluiten aan bij deze varianten.

⁵ Het leefdomein ADL staat voor Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

- *Samenhang met het inkooptraject Jeugd H10*

Ook in het inkooptraject voor de jeugdzorg – dat in H10-verband loopt – speelt resultaatsturing een belangrijke rol. We sluiten aan bij de in het ontwikkeltraject H10 gedeelde ambitie om ondersteuning in het kader van Jeugdwet en Wmo integraal en in onderlinge samenhang in te kopen. (zie bijlage 2).

STRATEGIE OP HOOFDLIJN: PRODUCTINDELING EN BEKOSTIGING

In de inkoopvisie geven we aan op resultaten te willen sturen. Het (behalen van het) resultaat komt nog meer centraal staan. Op cliëtniveau zijn dit de cliëntdoelen (welke resultaten moeten worden behaald zodat de cliënt langer zelfstandig thuis kan wonen en actief mee kan doen in de samenleving) en op macroniveau zijn dit beleidsdoelen (meer inwoners kunnen zelfstandig thuis wonen en actief deelnemen aan de samenleving).

Dit betekent dat bij de inkoop van ondersteuning de ondersteuningsvraag (het cliëntdoel) centraal staat en bijdraagt aan het realiseren van onze beleidsdoelen: we kopen ondersteuning tot zelfredzaamheid en participatie in.

Wat hetzelfde blijft, is dat de gemeente in een keukentafelgesprek met de cliënt de ondersteuningsvraag in kaart brengt. Nieuw is, dat op basis van dit gesprek cliënt en gemeenten niet kijken welke ondersteuning ingezet moet worden, maar wat de te behalen resultaten zijn die bijdragen aan het langer zelfstandig thuis wonen en actief deelnemen aan de samenleving. De cliënt stelt samen met de zorgprofessional vast hoe de in het keukentafelgesprek vastgestelde resultaten het beste kunnen worden behaald. Dit leggen cliënt en zorgprofessional vast in het zorgplan. In dit gesprek is er nadrukkelijk oog voor (de behoefte van) het gehele gezin en de mantelzorger.

Voor het inkooptraject ondersteuning betekent dit dat de gemeenten geen traditionele producten zoals hulp bij het huishouden en begeleiding financieren, maar arrangementen die kunnen worden ingezet om resultaten te behalen.

Deze arrangementen zijn opgebouwd uit resultaatgebieden. De resultaatgebieden zijn de bouwstenen die samen “zelfredzaamheid” vormen. De resultaatgebieden komen voort uit de zelfredzaamheidmatrix. Voorbeelden van resultaatgebieden zijn:

- Resultaatgebied 1: Sociaal en persoonlijk functioneren
- Resultaatgebied 2: Financiën en huisvesting
- Resultaatgebied 3: Daginvulling
- Resultaatgebied 4: Ondersteuning en regie bij het huishouden
- Resultaatgebied 5: Gezondheid

De resultaatgebieden bestaan uit verschillende intensiteiten die staan voor de zwaarte van de ondersteuningsvraag. De resultaatgebieden en intensiteiten vormen samen een matrix van waaruit arrangementen samengesteld kunnen worden. Zie het voorbeeld van een matrix op de volgende pagina.

Naast de getoonde matrix is in de nadere uitwerking van het model nog aandacht nodig voor:

1. De wijze waarop het aspect veiligheid in alle profielen of arrangementen meegenomen kan worden.
2. De wijze waarop per cliënt kan worden bekeken of het gewenste resultaat betrekking heeft op het boeken van vooruitgang, het behouden of stabiliseren van de huidige situatie of het begeleiden of vertragen van een afname zelfredzaamheid.
3. De wijze waarop een gezinsbenadering optimaal kan worden meegenomen (in die gevallen waar dat wenselijk is).

Resultaatgebied	Niet zelfredzaam	Voldoende zelfredzaam	Volledig zelfredzaam
Sociaal en persoonlijk functioneren			
Financiën en huisvesting			
Daginvulling			
Ondersteuning en regie bij het huishouden			
Gezondheid			

Deze werkwijze heeft als voordelen:

- De klantvraag wordt integraal opgepakt, niet de beperking staat centraal, maar het verminderen van de gevolgen van de beperking (het resultaat). Er is dus geen sprake van ‘doelgroepdenken’.
- Cliënten vallen niet tussen wal en schip;
- De rol van de cliënt beweegt naar meer proactief;
- Gemeenten sturen en aanbieders verantwoorden op resultaten;
- We prikkelen het innovatieve vermogen van aanbieder;
- We stimuleren doelmatigheid;
- We ontmoedigen de volume prikkel.

Enkele aandachtspunten zijn:

- Ervaringen uit andere gemeenten laten zien dat het van belang is om de voorbereiding van een nieuwe werkwijze grondig en gezamenlijk met cliënten en (zorgprofessionals van) aanbieders op te pakken om onduidelijkheid en ontevredenheid bij cliënten en aanbieders te voorkomen.
- Om de overgang naar een nieuwe werkwijze voor alle betrokkenen – en de cliënten voorop – soepel te laten verlopen, moeten we de invoering/overgang zorgvuldig plannen. In de nadere uitwerking van de inkoopstrategie formuleren we een passende overgangsstrategie (bijvoorbeeld een gefaseerde overgang waarbij de instroom van cliënten in de nieuwe werkwijze geleidelijk verloopt).
- Nieuwe werkwijzen mogen niet leiden tot een toename van de administratieve lasten. Bij de inrichting van deze werkwijzen (inclusief verantwoording achteraf) dient hier aandacht voor te zijn.
- In recente jurisprudentie hebben rechters aandacht gevraagd voor o.a. rechtsgelijkheid en rechtszekerheid bij modellen waarin op output of resultaten wordt gestuurd. Bij de uitwerking van deze werkwijze dient rekening te worden gehouden met de juridische eisen die hieraan worden gesteld.
- Er moet voldoende aandacht zijn voor de competenties die nodig zijn (onder andere bij toegangsprofessionals) om te werken met deze werkwijze gericht op resultaatsturing.

Bekostiging

We kiezen voor bekostigingsmodellen die het behalen van resultaten stimuleren en ondersteunen. We sluiten aan bij de uitvoeringsvarianten die de VNG landelijk heeft aangereikt (zie onderstaande illustratie). Bij de keuze en uitwerking van bekostigingsmodellen houden we in het bijzonder rekening met de aandachtspunten zoals die hierboven zijn genoemd.

Inspanningsgericht	Outputgericht	Taakgericht
Duidelijke afspraak tussen gemeente en zorgaanbieder over levering van een specifiek product of dienst in een afgesproken tijdseenheid. - Afspraken over het leveren van specifieke producten en diensten aan individuele cliënten. - Gemeente bepaalt per cliënt toegang tot zorg en ondersteuning. - Huisarts/gecertificeerde instelling kan (o.b.v. Wet) ook cliënten toegang verlenen (verwijzen). - Verantwoording op niveau cliënt. - Afrekening op basis van werkelijk geleverde eenheden.	Duidelijke afspraak tussen gemeente en zorgaanbieder over de te behalen output. De manier waarop deze output wordt behaald, is niet vastgelegd. - Afspraken over de te behalen output. - Manier waarop deze output moet worden bereikt wordt niet vastgelegd. - Aanbieder bepaalt samen met cliënt de te leveren zorg en ondersteuning. - Gemeente bepaalt per cliënt toegang tot zorg en ondersteuning. - Huisarts/gecertificeerde instelling kan (o.b.v. Wet) ook cliënten toegang verlenen (verwijzen). - Verantwoording op niveau cliënt. - Geen correctie achteraf o.b.v. werkelijk geleverde eenheden.	Gemeente heeft een taak voor een (deel)populatie gegeven aan een aanbieder. Aanbieder heeft de vrijheid om de invulling van deze taak vorm te geven. - Afspraken over het behalen van bepaalde doelen en/of output in een wijk/ voor een groep cliënten. - Toegang wordt bepaald door aanbieder; geen toewijzing per cliënt door gemeente. - Inkoop afspraken over invullen regirol door gemeente m.b.t. individuele cliënten. - Verantwoording op niveau populatie.

Ter illustratie zijn hieronder twee voorbeeldcasussen opgenomen.

Voorbeeldcasus 1 Mevrouw Jansen

Mevrouw Jansen is 76 jaar en onlangs weduwe geworden. Haar man nam tot voorkort veel huishoudelijk werk voor zijn rekening, waaronder het schoonmaken en ook de administratie. Nu hij is weggefallen lukt het mevrouw Jansen niet om dit zelfstandig op te pakken. In het keukentafelgesprek blijkt dat zij fysiek alleen lichte schoonmaakwerkzaamheden kan uitvoeren, maar niet in staat is om zelf het hele huis schoon te houden. Zij wil wel graag zelf de administratie doen, maar moet dit eerst nog leren. Mevrouw Jansen heeft twee volwassen kinderen, waarvan één (haar zoon) twee straten verderop woont. Het tweede kind (haar dochter) woont in Australië. De zoon heeft geen verstand van administratie, maar kan wel helpen om een keer per week te stofzuigen en het vuilnis buiten te zetten.

Samen met de cliënt stelt de gemeente de volgende te behalen resultaten vast:

1. Een schoon huis (t.b.v. alle activiteiten die mevrouw Jansen of haar zoon niet kunnen uitvoeren).
2. Een ordelijke en bijgehouden administratie op basis waarvan mevrouw haar financiën kan bijhouden.

Op basis van deze twee te behalen resultaten krijgt mevrouw Jansen een arrangement toegewezen met een resultaatgebied ondersteuning en regie bij het huishouden en een resultaatgebied Financiën en huisvesting. Samen met de zorgprofessional (van de aanbieder van haar voorkeur) stelt ze een zorgplan op, waarin wordt vastgelegd:

1. Wie, wanneer en hoe vaak welke taken gaat uitvoeren om resultaat 1 te hebben
2. Wat met welke frequentie door wie wordt ondernomen voor resultaat 2: Voor het leren van de administratie zal mevrouw Jansen deelnemen in een groepje van zes andere cliënten die ook de administratie leren bijhouden. Het groepje krijgt eerst een actieve cursus waarin zij in een paar weken leren om de administratie bij te houden. Daarna komen zij gedurende een jaar nog een paar keer bij elkaar om te kijken of de administraties van de cursisten nog steeds op orde is.

De toewijzing door de gemeente is afgegeven voor de periode van een jaar, met de afspraak om tussentijds eenmaal te evalueren of de resultaten behaald (gaan) worden.

Voorbeeldcasus 2 Marc de Groen

Marc de Groen is een jongeman van 24. Hij woont op zichzelf en heeft na zijn middelbare school geen opleiding meer gevolgd. Hij wil wel werken, maar vindt het ook lastig om een baan vast te houden. Er hoeft maar even iets tegen te zitten en hij komt niet meer opdagen of maakt zich op andere manieren onmogelijk bij zijn werkgever. Als Marc een periode niet werkt, dan heeft hij de neiging om veel te gaan gamen en met verkeerde vrienden op te trekken. Hij wordt dan vaak voor hun karretje gespannen. Hierdoor is hij al vaker met de politie in aanraking gekomen. Er zijn vermoedens van een lichte verstandelijke beperking. Tot nu toe krijgt hij vaak geld toegestopt van zijn moeder. Die vindt het erg om te zien dat haar zoon zo worstelt om het leven op de rit krijgen, maar kan het eigenlijk ook financieel niet dragen om haar zoon te blijven sponsoren. Zonder het geld van zijn moeder of een eigen inkomen dreigt Marc zijn woning te moeten verlaten.

In het keukentafelgesprek bespreekt Marc met de consultant van de gemeente dat het voor hem – om zelfstandig te kunnen blijven wonen en actief deel te nemen aan de samenleving – van belang is om te werken aan twee resultaten:

1. Persoonlijke vaardigheden om zichzelf te kunnen handhaven binnen een baan en sociale vaardigheden, waarmee hij ook een netwerk kan opbouwen van vrienden en kennissen die geen misbruik van hem maken of hem in de problemen brengen.
2. Een zinvolle daginvulling, bij voorkeur betaald werk, zodat in zijn eigen levensonderhoud kan gaan voorzien en hij niet vervalt in dagenlang gamen of door verkeerde vrienden in de problemen komt.

Op basis van deze twee te behalen resultaten krijgt Marc een arrangement toegewezen met een component Sociaal en persoonlijk functioneren en een component Daginvulling. Samen met de aanbieder van zijn voorkeur stelt hij een zorgplan op waarin zij o.a. de volgende afspraken vastleggen:

Marc krijgt een vaste begeleider met wie hij werkt aan zijn vaardigheden en met wie hij kan praten over gebeurtenissen in zijn dagelijkse leven. Deze begeleider gaat Marc ook ondersteunen in het traject waarbij Marc zelf weer werk gaat vinden. Marc en zijn begeleider spreken af elkaar in de eerste periode 1,5 uur per week te zien. Wanneer het de goede kant opgaat kan de frequentie of de duur iets minder worden. Daarnaast hebben ze elke week ook telefonisch even een half uurtje contact om bij te praten over hoe het gaat. Als er tussentijds nog zaken zijn waar Marc over wil praten, dan kan hij zijn begeleider altijd bellen.

HOOFDSTUK 4: STUREN OP KWALITEIT EN INNOVATIE

We kiezen onvoorwaardelijk voor kwalitatief goede ondersteuning. Onder kwalitatief goede ondersteuning verstaan we een optimale balans tussen cliënttevredenheid, resultaatgerichtheid en efficiëntie. Om onze inwoners ook in de toekomst deze kwalitatief goede ondersteuning te kunnen bieden en om de gewenste beweging naar meer zelfredzaamheid en naar meer lichte vormen van ondersteuning te maken, is transformatie noodzakelijk. Innovatie kan hierin behulpzaam zijn en is een middel om tot transformatie te komen. Dit hoofdstuk gaat nader in op kwaliteit en innovatie.

4.1 Kwaliteit

Omdat de inwoner centraal staat en (zoveel mogelijk) de regie heeft, is de inwoner de eerst aangewezen persoon om te zeggen of de ondersteuning goed genoeg is en helpt bij de ontwikkeling, zelfredzaamheid en participatie. Kwaliteit begint wat ons betreft daarom met een goede cliëntervaring/tevredenheid. Daarnaast gaat het er natuurlijk ook om dat de gestelde resultaten worden behaald. De ondersteuning moet effectief (doeltreffend) zijn. Als het goed is hangt dit nauw samen met de cliënttevredenheid. Een belangrijke derde pijler van kwaliteit is doelmatigheid. Naast een hoge cliënttevredenheid en doeltreffendheid is het ook van belang dat financiële, personele en materiële middelen efficiënt (doelmatig) worden ingezet.

Uitspraken van cliënten tijdens consultatie: “Kwaliteit is meedenken wat iemand nodig heeft, ook al is het buiten je werkgebied.” en “Er vindt te weinig overleg plaats met de cliënt én met de partner(mantelzorger). De zorg dient goed afgestemd te zijn op wat we beiden nodig hebben. Dat mis ik nu als ik het niet zelf aankaart”.

Kwaliteit is een optelsom van diverse elementen. Samen met de andere gemeenten in de Haagse regio (H10) heeft de H4, voor het toezicht op de kwaliteit en vanuit bovenstaande uitgangspunten, een kwaliteitsstandaard vastgesteld (2015). De toetsingselementen in de kwaliteitsstandaard zijn:

1. Inwonergericht, bij de ondersteuning staat de inwoner (en de naasten) centraal;
2. Afstemming, de ondersteuning is afgestemd op de vraag van de inwoner en de draagkracht van zijn netwerk;
3. Respect voor de rechten van de inwoner;
4. Veiligheid, een veilige uitvoering van de ondersteuning voor cliënt, naasten én professional;
5. Doeltreffendheid, de ondersteuning is effectief, het resultaat wordt behaald;
6. Doelmatigheid, de ondersteuning is efficiënt (financieel/ personeel/ materieel);
7. De voorziening wordt verstrekt in overeenstemming met de op organisatie/de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid op basis van de professionele standaard.

De kwaliteitsstandaard met de toetsingselementen vormen, samen met de cliënttevredenheid, het kader voor kwaliteit. De elementen uit deze kwaliteitsstandaard worden in het inkooptraject meegenomen en vertaald naar eisen en criteria. Bij voorkeur ook zodanig dat zij een goede waarborg vormen voor het contracteren van aanbieders die hoge kwaliteit leveren.

We zetten in op een open en actieve dialoog met onze aanbieders. Dat vraagt dat we – aanbieders én gemeenten – transparant zijn in ons handelen en de resultaten die dat oplevert. We spreken

elkaar aan op het niet nakomen van afspraken en het niet voldoen aan verwachtingen. We gaan hierbij uit van vertrouwen en leren van elkaars fouten om op die manier de kwaliteit van de ondersteuning in z'n geheel te verbeteren. Herhaaldelijk onder de maat presteren of verwachtingen niet waarmaken betekent wel dat we passende maatregelen nemen. Dit past ook bij het zakelijke partnerschap waar wij voor kiezen.

4.2 Innovatie

Om te zorgen dat inwoners meer eigen regie kunnen nemen en langer thuis kunnen wonen en ondersteuning ook in de toekomst beschikbaar is, is een omslag nodig: de transformatie. Innovatie zien wij als belangrijk middel om de gewenste transformatie te realiseren. Transformatie en innovatie beginnen niet bij inkoop. Elke dag doen medewerkers in de toegangen van de gemeenten en de zorgprofessionals, die bij inwoners over de vloer komen, al hun best om anders te denken en anders te werken. Er gebeurt al een hele hoop. Maar inkoop is wel een handig instrument en biedt een goed moment om aan transformatie en innovatie een extra impuls te geven. We dagen onze contractpartners uit om met effectieve innovaties te komen die helpen de juiste beweging te maken. De mogelijkheden zijn hier divers: het kan bijvoorbeeld gaan om een nieuwe manier van werken, om domotica of eHealth.

Innovatie is dat aanbieders door een ruime invulling van hun rol en samenwerking met partners in verschillende domeinen nieuwe vormen van ondersteuning ontwikkelen.

Een aanbieder heeft samen met de gemeente en een woningcorporatie flatcoaches georganiseerd. Door de domeinen zorg en wonen te verbinden kunnen deze flatcoaches dichtbij bij de bewoners van de flat lichte vormen van ondersteuning bieden en toegang bieden tot andere voorzieningen (netwerk) in de wijk.

Innovatie kan eraan bijdragen dat ondersteuning nog meer en beter aansluit op de leefwereld van inwoners (vraaggericht). Dat ondersteuning zich nog meer richt op het aanboren en versterken van de kracht van inwoners en van hun netwerken. Innovatie kan bijdragen aan preventie van (zwaardere) ondersteuning. En dat, als ondersteuning nodig is, deze toegankelijk, dichtbij, in samenhang en dynamisch (makkelijk op- en afschalen) is.

Innovatie is dat aanbieders maatwerkvoorzieningen en aanwezige voorzieningen verbinden om de beweging van zwaar naar licht te realiseren. Dat zorg en welzijn met elkaar worden verbonden. Zodat voor lichte vragen ook een lichte oplossingen beschikbaar zijn.

Om tot gerichte innovatie te komen, scheppen wij als opdrachtgever de juiste voorwaarden: we geven de richting aan (waar moet de innovatie aan bijdragen?) en geven de ruimte die nodig is om te innoveren (bijvoorbeeld ruimte in financiële middelen of in mandaat en handelingsvrijheid).

Van onze partners verwachten wij dat zij het gegeven vertrouwen en de ruimte benutten en actief aan de slag gaan om de gewenste verandering te realiseren. We verwachten dat zij niet onnodig vasthouden aan vertrouwde manieren van denken en werken, maar nieuwe wegen durven te verkennen om tot nieuwe en innovatieve oplossingen te komen. Ook als dit betekent dat aanbieders zich anders moeten organiseren en anders moeten werken.

In de afspraken met onze partners maken we concrete afspraken over hoe zij hun innovatiekracht inzetten en de wijze waarop zij de handschoen oppakken om met de transformatie aan de slag te gaan. Andersom verwachten wij ook dat onze partners ons ook actief aanspreken wanneer wij de randvoorwaarden voor transformatie en innovatie kunnen verbeteren. Innovatie vraagt om tijd en investeringen. Aanbieders en gemeenten zijn hierin partners van elkaar en geven samen vorm en sturing aan innovatie. We zien al veel mooie voorbeelden en dat willen we doorzetten.

Innovatie vinden wij als aanbieder de eigen organisatie (werkwijzen en systemen) zo inricht dat zoveel mogelijk tijd aan inwoners kan worden besteed en minder aan indirecte taken. Zoveel mogelijk maatschappelijke waarde voor elke euro die we uitgeven. Bijvoorbeeld door slimme technologie te gebruiken, zodat werknemers minder tijd aan administratieve taken hoeven te besteden.

Innovatie vinden wij als aanbieder technologische mogelijkheden benutten om tot nieuwe ondersteuningsvormen te komen. Hier is nog een wereld te winnen: van beeldbellen tot communiceren en informeren via apps. Zo zijn er apps denkbaar waarbij de inwoner bijhoudt hoe het gaat. De zorgprofessional kan op afstand volgen of er bijzonderheden zijn of aanleiding is om vaker langs te komen of even contact op te nemen.

Innovatie blijft een middel en geen op zichzelf staand doel. Maar wel een belangrijk middel, met als doel dat de kwaliteit van leven van de inwoner verbetert en de gewenste resultaten van de ondersteuning sneller en beter worden behaald.

Voor innovaties op systeemniveau maken we afspraken met onze ontwikkelpartners. In hoofdstuk 5 'samenwerken in partnerschap' en de strategische hoofdlijn zoals opgenomen na hoofdstuk 5 gaan wij hier nader op in.

STRATEGIE OP HOOFDLIJN: KWALITEIT EN KEUZEVRIJHEID

De kwaliteit zoals we die van onze aanbieders verwachten begint bij de kwaliteitsstandaard zoals die in hoofdstuk 4 van de inkoopvisie is toegelicht. Daarnaast verwachten we dat al onze gecontracteerde aanbieders op een bepaalde wijze werken, namelijk:

1. aansluiten bij de vraag van de cliënt (en mantelzorgers) met oog voor de omgeving;
2. gericht zijn op het gewenste resultaat vanuit de bedoeling, signaleren: oog en oor hebben voor (veranderingen in) de situatie van de cliënt en daar actie op ondernemen;
3. innoveren van bestaand aanbod;
4. samenwerken met (keten)partners;
5. gericht zijn op zo licht mogelijk (en zwaar als nodig) en van alleen naar samen (van individueel naar collectief).

Aanbieders kunnen gedurende het inkooptraject aangeven hoe zij inhoud en vormgeven aan deze punten en hoe zij zich daarin onderscheiden.

Opbouwen van monitoring

Gedurende de looptijd van het contract willen we op efficiënte wijze – dus zonder dat het tot onnodige administratieve lasten leidt – kunnen monitoren welke aanbieders in staat zijn om (structureel) cliëntdoelen te realiseren. Dit betekent op efficiënte wijze informatie verzamelen, vastleggen en vergelijken. Voor cliënten kan dit belangrijke en interessante informatie zijn waarop zij hun keuze voor een aanbieder willen baseren. Voor de gemeenten biedt dit mogelijk een goede basis voor het opbouwen van inzicht in ‘past performance’ (ervaringscijfers die in een toekomstig inkooptraject als selectiemiddel gebruikt kunnen worden).

HOOFDSTUK 5: SAMENWERKEN (IN PARTNERSCHAP)

In de voorgaande hoofdstukken hebben we onze ambities beschreven. Hierin hebben we uitgesproken wat we van zorgaanbieders verwachten. Nauwe samenwerking tussen gemeenten en aanbieders is nodig om de gestelde ambities waar te maken. Daarnaast trekken we intensief op met medefinanciers, zoals zorgverzekeraars, om tot de gewenste transformatie te komen.

5.1. SAMENWERKEN MET AANBIEDERS

Gemeenten en zorgaanbieders hebben in de basis een opdrachtgever- opdrachtnemer-relatie. In lijn met de keuze in het inkooptraject H10 zien we onze relatie met aanbieders als een zakelijk en innovatief partnerschap: een zakelijke opdracht op inhoud en financiën in combinatie met een gezamenlijk proces. Het is een zakelijke relatie, waarin op individueel niveau de toegang, in samenspraak met de cliënt (en mantelzorger) en in afstemming met de aanbieder, een opdracht geeft welke doelen en resultaten gehaald moeten worden. Om onze ambities – zoals verwoord in de eerdere hoofdstukken van deze inkoopvisie – te realiseren, stellen we voorwaarden aan de wijze waarop de gecontracteerde aanbieders werken, zoals:

- kwalitatief goede ondersteuning bieden;
- aansluiten bij de vraag van de cliënt (en mantelzorgers) met oog voor de omgeving;
- gericht zijn op het gewenste resultaat vanuit de bedoeling, signaleren: oog en oor hebben voor (veranderingen in) de situatie van de cliënt en daar actie op ondernemen;
- innoveren, zodat de ondersteuning ook passend, doeltreffend én doelmatig *blijft*;
- samenwerken met (keten)partners.

Onze aanbieders zijn zich bewust van hun rol in de zorgketen en het zorglandschap en proberen daarin onderscheidend te zijn (op kwaliteit van ondersteuning). Daaruit volgt dat aanbieders bereid zijn om cliënten door te verwijzen naar en over te dragen aan andere aanbieders als dat beter is voor de cliënt.

Onze aanbieders gaan op zoek naar nieuwe functies die aansluiten op vraaggericht werken. Bijvoorbeeld door hybride functies tussen Hulp bij het Huishouden en Individuele Begeleiding te ontwikkelen.

Naast aanbieders die hun ondersteuning leveren (zoals hierboven beschreven) hebben we – om onze ambities op het gebied van transformatie waar te kunnen maken – aanbieders nodig die met ons mee ontwikkelen en

Onze aanbieders ontwikkelen samen met andere aanbieders nieuw aanbod dat aansluit op de zich steeds ontwikkelende vraag.

Onze aanbieders hebben oog voor de omgeving (bijvoorbeeld als er een kind in het gezin aanwezig is of als overlast in buurt een risico is). Onze aanbieder neemt dan medeverantwoordelijkheid voor het vinden van een integrale oplossing door verschillende behoeften (van kind, cliënt, buurt) in samenhang een plek te geven. Dit vraagt dat onze aanbieder proactief handelt en het netwerk en andere partners betreft.

verdergaan dan alleen die basis. Daarom maken we onderscheid tussen zakelijk partners en ontwikkelpartners. Er blijft ruimte voor aanbieders die gewoon goed zijn in het leveren van ondersteuning (en alleen zakelijk partner willen zijn). Met een aantal aanbieders gaan we een stap verder en gaan we een ontwikkelpartnerschap aan. Met hen gaan we een stap verder en werken we samen gericht aan de transformatie in het sociaal domein. We maken daarbij optimaal gebruik van elkaars krachten met als doel om domeinen te verbinden en (ondersteuning) te innoveren. Het gaat dus ook om de verbinding tussen zorg en welzijn, tussen specialistische zorg en wijkgerichte ondersteuning, om samenhang tussen

jeugdzorg en ondersteuning en zorg voor volwassenen, werk en inkomen, veiligheid en wonen. Dat is een gezamenlijke inspanning. Daarvoor zijn we partners. Het vraagt om commitment, wederzijds vertrouwen en investeringen. Samenwerken in partnerschap maakt het mogelijk om onze uitgangspunten en doelen, zoals we die geformuleerd hebben, te realiseren.

We kunnen niet met iedereen een partnerschap aangaan. We vinden onze partners door met scherpe criteria te selecteren op innovatiekracht, bereid om te investeren en lokale binding (bereidheid om ook lokaal te innoveren en investeren). Met die aanbieders, die aan ons profiel voldoen en bereid zijn partnerschap aan te gaan, maken we afspraken waarin de juiste randvoorwaarden voor partnerschap worden gecreëerd. Deze afspraken gaan verder dan de reguliere zorgcontracten. Het moet voor aanbieders ook aantrekkelijk zijn om een partner van ons te worden. De prikkels en afspraken moeten stimuleren om te investeren en te vernieuwen. Dat betekent afspraken die mogelijk maken dat investeringen renderen. Maar dit betekent ook handelingsvrijheid om te kunnen innoveren. Wij als partner moeten betrouwbaarheid en transparantie bieden. Partnerschap moet een bewuste keuze zijn. Ook om te beëindigen als deze niet meer werkt.

5.2. SAMENWERKEN MET ZORGVERZEKERAARS

Zorgverzekeraars (en zorgkantoor) zijn de medefinanciers/mede opdrachtgevers van zorg in het sociaal domein. Dat maakt hen gelijkwaardige partners. We streven naar ontschotte financiering van de zorg vanuit het gemeentelijk en zorgverzekeraarsdomein. Binnen de regels die de zorgautoriteit aan verzekeraars stelt. Zo ondervinden onze inwoners zo min mogelijk hinder van het feit dat de ondersteuning die zij nodig hebben is verdeeld over meerdere wetten. Hierover zullen, waar mogelijk, afspraken gemaakt worden met zorgverzekeraars.

Ontwikkelpartners gaan een stap verder in de transformatie

Van al onze partners vragen we dat zij integraal samenhangende ondersteuning kunnen bieden op cliëntniveau. Naast partners die op cliëntniveau hun ondersteuning leveren hebben we – om onze ambities op het gebied van transformatie verder waar te maken – partners nodig die met ons meewerkten en verder gaan dan alleen de basis.

We onderscheiden naast onze zakelijke partners ook ontwikkelpartners. Met hen gaan we een stap verder en werken we samen gericht aan doorbraken in de transformatie in het sociaal domein. De kern van ontwikkelpartnerschap kent voor ons twee belangrijke uitgangspunten:

1. Ontwikkelpartnerschap is gericht op doorbraken in het oplossen van knelpunten op systeemniveau. Systeemniveau omschrijven we hier als het geheel van procedures, werkwijzen en afspraken over beleid en uitvoering van zorg en ondersteuning. Dit kan betrekking hebben op één maar ook meerdere beleidsterreinen en overstijgt altijd het niveau van de individuele cliënt.
2. Ontwikkelpartnerschap bestaat uit het resultaatgericht werken aan een concreet gezamenlijk doel met concrete afspraken over een heldere rolverdeling.

Wij signaleren op dit moment onder andere de volgende knelpunten op systeemniveau die we graag met ontwikkelpartners aanpakken:

- De verbinding tussen:
 - de 3 D's (Jeugdwet, Wmo, Participatiewet) , zoals:
 - De overgang van het jeugdstelsel naar het volwassenstelsel (18-/18+)
 - Participatiewet en schuldhulpverlening
 - Wmo, Zvw en Wlz
 - zorg en welzijn
 - zorg en wonen
- Het volgen van de levensloop (bijv. voor inwoners met een verstandelijke beperking of GGZ problematiek)

In de aanbesteding nemen we het ontwikkelpartnerschap mee door aanbieders de mogelijkheid te bieden om aan te geven op welke thema's zij ontwikkelpartner willen zijn. Op de bovenstaande genoemde knelpunten formuleren we concrete resultaten die we willen bereiken. Aanbieders kunnen inschrijven op één of meerdere thema's waar zij ontwikkelpartner op willen worden. Het is niet verplicht voor aanbieders om ontwikkelpartner te (willen) worden. Het is ook mogelijk om alleen in te schrijven op zakelijk partnerschap, om zo leverancier te worden van ondersteuning.

Hoe?

Na het afsluiten van contracten gaan de gemeenten met de aanbieders die zich voor het ontwikkelpartnerschap hebben opgegeven in overleg om tot een aanpak en oplossing voor de knelpunten te komen. Belangrijk uitgangspunt is dat de gekozen aanpak leidt tot een oplossing die op H4-niveau (of een deel daarvan) tot een verbetering van het zorgstelsel leidt. Dit betekent dat de oplossingen in meerdere gemeenten toegepast moet kunnen worden.

HOOFDSTUK 6: STUREN OP FINANCIËN

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor ondersteuning van hun inwoners, waar zij dat nodig hebben. Ondersteuning in het kader van de Wmo betreft een open einde regeling. Toch zijn we kostenbewust en willen we sturen op uitgaven. Om effectief te kunnen sturen op uitgaven zijn twee zaken van belang:

1. Kwalitatief goede sturingsinformatie: inzicht in financiële informatie. We zetten in op verbetering van de kwaliteit van de informatie in het berichtenverkeer. Alleen op basis van goede kwaliteit van informatie van het berichtenverkeer kunnen we sturingsinformatie genereren die nodig is om op uitgaven te sturen. Een niet onbelangrijk ander effect is dat hogere kwaliteit van informatie direct kostenbesparing oplevert, omdat de communicatie tussen partners efficiënter zal verlopen.
2. Door resultaatsturing in te zetten op doelmatigheid van inzet van voorzieningen: dat betekent door te sturen op:
 - a. de doelmatige inzet van voorzieningen door toegangsorganisaties (instroom);
 - b. tijdige afschaling van zwaardere ondersteuningsvormen en inzet van lichtere ondersteuningsvormen (doorstroom);
 - c. effectieve inzet ondersteuning ten behoeve van tijdige beëindiging (uitstroom).

In onze contracten met aanbieders nemen we afspraken op over het verbeteren van de kwaliteit van de informatie in het berichtenverkeer en prikkels ten behoeven van de doelmatige inzet van voorzieningen.

BIJLAGE 1: HET VERVOLG

Met de inkoopvisie zoals in voorgaande hoofdstukken uiteengezet identificeren we de bakens voor de komende inkoopronde. Na het vaststellen van deze visie door de vier colleges gaan we aan de slag met de uitwerking van deze visie en voorbereiding van het inkooptraject. Hierbij doorlopen we de volgende fasen:

Inventarisatiefase (augustus – december 17)

Belangrijkste activiteiten

- Conceptbepaling (uitwerking: resultaatsturing / bekostigingsmodellen / productindelingen / etc.)
- Budgetbepaling
- Marktverkenning

Selectiefase (augustus 17 – maart 18)

Belangrijkste activiteiten

- Opstellen inkoopstrategie: uitwerken inkoopvisie en concepten naar inkoopstrategie (keuze voor inkoopprocedure, bekostigingsmodel, contractduur, etc.)
- Opstellen inkoopdocumenten
- Consultatie en dialoog met de markt

Contracteerfase (maart – juli 18)

Belangrijkste activiteiten:

- Publiceren aankondiging opdracht
- Beantwoorden vragen
- Ontvangen en beoordelen inschrijvingen
- Gunnen en afwijzen inschrijvers
- Ondertekenen contract

Implementatiefase (juli - december 18)

Belangrijkste activiteiten:

- *Informeren cliënten en medewerkers (gemeenten en aanbieders)*
- *Inrichten systemen*
- *Maken werkafspraken*

BIJLAGE 2: UITGANGSPUNTENTABEL H10 – H4

Ten behoeve van optimale samenhang tussen het H10 inkooptraject voor jeugd en het H4 inkooptraject ondersteuning is onderstaande uitgangspuntentabel opgesteld. Deze tabel helpt om bij het opstellen van de inkoopvisie en de uitwerking van de H4 strategie scherp te hebben op welke thema's extra aandacht nodig is om samenhang en integraliteit in de uitvoering mogelijk te maken en te waarborgen.

Legenda (toelichting op kleuren in uitgangspuntentabel)
Visies H10 en H4 benoemen zelfde uitgangspunt en geven op zelfde wijze invulling aan uitgangspunt
H10 en H4 liggen op eenzelfde of vergelijkbare lijn. Geen sprake van tegenstrijdigheden. Wel aandacht nodig voor uitwerking om samenhang en integraliteit te behouden.
Onderwerp is in H4 nog niet aan de orde gekomen. Zal in strategiefase worden besproken en ingevuld. Goede afstemming met H10 nodig voor behoud van samenhang en integraliteit.

Uitgangspuntentabel H10-H4

H10	H4	Toelichting
Het kind staat centraal	Inwoner centraal	In de H10 visie is het traject van de jeugdige leidend. In de H4 is de leefwereld van de inwoner leidend. In beide uitgangspunten staan de ondersteuningsvraag en het te behalen resultaat centraal.
Keuzevrijheid / Passend aanbod	Keuzevrijheid / Passend aanbod	Zowel de H10-visie als de H4-visie gaan ervan uit dat er passend aanbod moet zijn. Beide visies gaan er vooralsnog niet vanuit dat er oneindig keuzevrijheid moet zijn. De H4-visie zet in op een passend aantal aanbieders waarmee onderscheidend en aanvullend aanbod kan worden geleverd. H10 gaat uit van een beperkt aantal aanbieders voor het hoogcomplexe segment en meer ruimte voor marktwerking voor het laagcomplexe segment. In de uitwerking van de H4 strategie zorgen we voor goede afstemming tussen de H4 visie om te streven naar een passend aantal aanbieders en de H10-visie/-strategie waarin meer ruimte is voor marktwerking.
Resultaatsturing	Resultaatsturing	Beide visies zetten de omslag naar resultaatsturing centraal. In H10-documenten wordt erover gesproken om op termijn resultaatafhankelijk te financieren. Met name het hoogcomplexe segment. In de H4-visie is nog geen onderscheid gemaakt naar laag en hoog complex en wordt vooralsnog vooral gekeken naar resultaatsturing. In de strategiefase wordt bekeken of, en op welke wijze en termijn, resultaatfinanciering passend is. Mogelijk dat een vergelijkbaar onderscheid tussen laag- en hoogcomplex hierbij uitkomst kan bieden. De visies (H10 en H4) liggen vooralsnog met elkaar in lijn. Met name in de uitwerking van de strategiefase H4 is het van belang om samenhang tussen beiden trajecten te bewaken.

Samenwerking	Samenwerken in partnerschap	In beide visies staat samenwerking (om tot resultaten en innovatie te komen) centraal. In H10 zoeken de gemeenten partners in het hoogcomplexe deel. Dit kan goed aansluiten op de visie van de H4 om partners te zoeken in de lichtere ondersteuningsvormen (t.b.v. lichtere laagdrempeligere aanwezige basisvoorzieningen). Een uiteenlopende keuze leidt hier mogelijk juist tot goede aanvullende visies. In de uitwerking van de H4-strategie zorgen we voor samenhangende keuzes en invulling van samenwerking en partnerschap.
Integraal aanbod	Integraliteit en samenhang	In beide visies staan integraliteit en samenhang van het aanbod centraal. In de uitvoering is het van belang om in de uitvoeringsafspraken de samenhang tussen Wmo en Jeugd goed te bewaken.
Zo veel mogelijk thuis plaats en is gericht op demedicaliseren	We gaan uit van de leefwereld / Ondersteuning dichtbij	In beide visies staan de principes ondersteuning dichtbij, zo licht mogelijk en zo zwaar als nodig centraal.
Inzet op verbeteren	Administratieve lasten en regeldruk	In beide visies wordt nadruk gelegd op de noodzaak om administratieve lasten en regeldruk te verminderen.
Inzet op vernieuwen:	Sturen op kwaliteit en innovatie	Beide visies benoemen dat de vernieuwing lokaal plaats moet vinden. In de H10-visie wordt genoemd dat de regio een aanvulling vormt op de lokale inspanning. Dit sluit goed op elkaar aan.
Aanvullende thema's		
	Sturen op financiën	In de H4-visie is sturen op financiën een apart thema. In de H10 visie vormt sturen op budget onderdeel van sturen op resultaten.
Inkoop op basis van segmenten		De keuze voor de inrichting van de inkoop volgt in de strategiefase in Q3 en Q4 van 2017
Hoofdaannemerschap		In de H10 wordt gesproken over hoofdaannemerschap. In de uitwerking van de H4-visie komt dit nog ter sprake.

Onderstaande tabel laat zien dat ook in de uitwerking van thema's die in de inkoopstrategie aan bod komen keuzes in de H10 en H4 met elkaar in lijn liggen.

H10	H4	Toelichting
Productindeling en bekostiging Keuze voor cliëntprofielen en resultaatbekostiging	Productindeling en bekostiging Keuze voor arrangementen / bekostiging die sturen op en behalen van resultaat stimuleert.	Procesmatig reeds afspraken gemaakt om bij uitwerking van cliëntprofielen en arrangementen te zorgen dat beide vormen goed op elkaar aansluiten (18 - / 18+) en ook gestapeld kunnen worden (wanneer binnen gezin kind en ouders ondersteuning of zorg nodig hebben). In H10 wordt er waarschijnlijk voor gekozen om het laagcomplexedeel (begeleiding) via maandtarieven te bekostigen. Voor H4 ligt nog open of en hoe hierop aan te haken.
Kwaliteit en keuzevrijheid Sturen en selecteren op kwaliteit. Beperken van aantal aanbieders is geen doel op zich, maar kan gevolg zijn van sturen op kwaliteit	Kwaliteit en keuzevrijheid Sturen en selecteren op kwaliteit. Beperken van aantal aanbieders is geen doel op zich, maar kan gevolg zijn van sturen op kwaliteit	Gelijk uitgangspunt en zelfde uitwerking
Partnerschap en innovatie Zakelijk partnerschap voor alle aanbieders. Zoekt nog naar uitwerking van ontwikkelpartnerschap en kijkt daarbij met interesse naar uitwerking H4	Partnerschap en innovatie Zakelijk partnerschap voor alle aanbieders. Ontwikkelpartnerschap met die aanbieders die willen helpen oplossingen te vinden voor specifieke systeemknelpunten.	Gelijk uitgangspunt. Afstemming over gelijke uitwerking ziet er goed uit.