Tussenevaluatie Resultaatgestuurd Werken

Regio Westfriesland
2021

Mohamed El Feddali, Irene van Rugge

Managementsamenvatting

2020 was een overgangsjaar. Beleid, uitvoering en contractmanagement hebben een transformatie naar het RGW gemaakt. Daarbinnen is men momenteel bezig met continu leren en verbeteren. De basis van het stelsel is neergezet. Een belangrijke constatering is dat de tekorten van het sociaal domein niet voortkomen uit het RGW, maar daarvoor al bestonden wegens te weinig middelen vanuit het Rijk. Wel zijn door het RGW sommige knelpunten zichtbaarder geworden.

Deze evaluatie is geen evaluatie om de effectiviteit van het stelsel te beoordelen, maar om de knelpunten in de uitvoeringen en onvolkomenheden (perverse prikkels) van het stelsel in beeld te brengen. Deze tussenevaluatie geeft inzicht in de verbeterpunten en daaruit volgt een advies hoe deze verbeterpunten gerealiseerd kunnen worden. Het opvolgen van de aanbevelingen zorgt ervoor dat het Resultaatgestuurd Werken optimaal gaat werken. Daarnaast is het belangrijk om ten alle tijden signalen vanuit de uitvoering, externe partners en medewerkers op te vangen, en zo nodig bij te sturen. Het blijft een continue proces van leren, aanpassen en bijschaven.

Inhoudsopgave

1 Inleiding……..……4

1.1 Aanleiding voor deze tussentijdse evaluatie……..……4

1.2 De opdracht……..……...5

1.3 Doel van deze tussentijdse evaluatie……..……6

1.4 Werkwijze en verantwoording……..……6

1.5 Leeswijzer……..……..7

2 . Stand van zaken resultaatgestuurd werken…….....……8

2.1 Wat is het beeld in 2021? ……..……..……...8

2.3 Gesprekken met andere regio's ……..……..……11

2.4 Gesprekken in de regio……..……..12

2.5 Tussenconclusie……..……..……12

3. Knelpuntenanalyse en oplossingsrichtingen……..…..……14

3.1 Uitvoeringspraktijk……..……..……14

3.2 Samenwerkingsproces……..……..……..17

3.3. De bekostigingssystematiek ……..……..……20

3.4 Randvoorwaarden: monitoring en resultaten meten……..……..……23

4. Conclusies en aanbevelingen……..……..……25

4.1 Eindconclusie tussenevaluatie……..……25

4.2 Aanbevelingen beknopt……..…28

4.2 Nadere toelichting op de aanbevelingen in de bekostigingssystematiek……..……..32

BIJLAGEN

5.1 Begrippenlijst

5.2 Vergelijking bekostigingsstelsel PxQ met Resultaatgestuurd financieren

5.3 Landelijke uitvoeringsmodellen voor bekostigingssystematiek

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Inleiding

De Westfriese gemeenten zijn per 1 januari 2020 overgestapt naar een nieuw bekostigingsstelsel voor de jeugdhulp en Wmo. Vanaf deze datum worden de Wmo en jeugdhulp bekostigd op de outputgerichte uitvoeringsvariant. De uitvoeringsafspraken zijn resultaatgestuurd geformuleerd. Met als doel om de transformatie- en innovatiemogelijkheden binnen de geleverde zorg en ondersteuning te optimaliseren.

Een basisuitgangspunt van het RGW is dat inwoner en gemeenten samen bepalen welke resultaten er behaald moeten worden. Afhankelijk daarvan zet de zorgaanbieder ondersteuning of begeleiding in. Dit 'arrangement' omvat alles wat nodig is om de gewenste resultaten te behalen. De inwoner heeft zelf de regierol voor de eigen hulpvraag, tenzij hij/zij deze niet op zich kan nemen. In dat geval ligt de regie bij de lokale toegang van de gemeente.

Een verandering ten opzichte van het oude stelsel is dat de focus nu ligt op het behalen van doelen en resultaten in plaats van op middelen. De lokale toegang zoekt niet langer naar verschillende producten voor de inwoner, maar stelt een allesomvattend ondersteuningsprofiel op. Dit houdt in dat de lokale toegang formuleert wat er bereikt moet worden. Hoe het bereikt moet worden, wordt overgelaten aan de zorgaanbieder. Binnen het RGW stellen doorgaans de inwoner en hulpverlener(s) gezamenlijk concrete doelen vast, zodat hier binnen een traject naartoe kan worden gewerkt. In plaats van een vast tarief per uur uit te betalen aan een aanbieder, bestaat de vergoeding uit een vooraf afgesproken bedrag per traject of arrangement. Naast tabel 1.1 hieronder, is in bijlage 5.4 meer informatie opgenomen over de vergelijking van de bekostigingssystematiek PxQ versus RGW.

1.1 Tabel: oude werkwijze (PxQ) versus nieuwe werkwijze (RGW)

Oude werkwijze	Nieuwe werkwijze
Reële *product*tarieven bij de start van het inkoopproces bekend maken, afspraken over uren per inwoner maken	Reële *arrangement*tarieven bij de start van het inkoopproces bekend maken, afspraken over welk arrangement passend is per inwoner maken
Medewerker lokale toegang zoekt verschillende producten voor de inwoner	Medewerker lokale toegang bepaalt ondersteuningsprofiel
Per zorgaanbieder wordt een beschikking afgegeven met aanwijzingen over maximale duur en aantal uren per week	Lokale toegang formuleert WAT bereikt moet worden; het HOE wordt in vertrouwen overgelaten aan de zorgaanbieder. Er wordt een totaal budget voor het traject afgegeven.
Meerdere zorgaanbieders leveren bij complexe problematiek ondersteuning aan een inwoner	Eén zorgaanbieder levert alle gewenste ondersteuning per inwoner in één arrangement. Indien nodig, schakelt de zorgaanbieder die ook hoofdaannemer is, een onderaannemer in.

Veel gepuzzel over codes, tarieven en veel administratief verkeer	Communicatie gaat over de inhoud: welke resultaten moeten worden behaald? De praktijk laat nu zien dat de communicatie bij de toegang ook veel over budget/tarief gaat.

Bij een resultaatgestuurde bekostiging hoeven aanbieders zich niet te verantwoorden voor de inspanning die is geleverd, maar voor de resultaten die zijn behaald. Dit geeft een prikkel om zorg en ondersteuning zo licht mogelijk en ambulant in te zetten. Meer uren worden niet financieel beloond. Dit moet eraan bijdragen dat inwoners en gezinnen niet meer en zwaardere zorg en ondersteuning ontvangen dan nodig is. Het risico op onder- of overbehandeling moet worden ingeperkt door de behaalde resultaten kritisch te monitoren en waar nodig consequenties door te voeren als afgesproken resultaten niet worden behaald (op- en afschaling). In de nieuwe werkwijze wordt afgewogen onder welk ondersteuningsprofiel een inwoner of gezin valt en welke intensiteit de gevraagde ondersteuning behoeft. Binnen dit arrangement heeft de professional van de lokale toegang de ruimte om maatwerk toe te passen. Dit draagt bij aan een integrale inzet van zorg en ondersteuning, waarbij de gehele ondersteuningsbehoefte van de inwoner of het gezin centraal staat. Verder stimuleert dit aanbieders en professionals om samen te werken en innovatieve ondersteunings- en zorgvormen in te zetten.

De profielen en arrangementen zijn als instrument ontwikkeld om de inkoop en uitvoering beter op elkaar aan te laten sluiten. De diensten zijn verdeeld in segmenten. Segment A is bestemd voor preventieve zorg en is vrij toegankelijk, in segment B wordt gewerkt met één tarief per profiel/arrangement en segment C biedt meer ruimte voor maatwerktrajecten. Uit de gesprekken met de aanbieders blijkt dat de zorg en ondersteuning onder segment B en een deel van segment C geschikt zijn voor deze vorm van bekostiging. Doordat het gaat om grote aantallen inwoners en gezinnen, waarbij de inzet relatief goed te voorspellen is, kan er een gemiddeld tarief per combinatie van profiel en intensiteit worden bepaald.

1.2 De aanleiding en opdracht

De aanleiding van deze tussenevaluatie is met name dat de Westfriese gemeenten hebben aangegeven bij de start van dit nieuwe inkooptraject eerst te willen weten of de doelen zijn behaald en de randvoorwaarden zijn ingevuld. De gemeenten willen leren van de huidige praktijk en eventuele knelpunten signaleren en oplossen met het oog op de inkoop voor 2022.

De opdracht is gegeven voor onderzoek naar de averechtse prikkels in de nieuwe inkoopsystematiek. Omdat 2020 een overgangs- en een coronajaar was, is het ingewikkeld om de effecten van het resultaatgestuurd bekostigen te evalueren. Desalniettemin willen de Westfriese gemeenten kijken naar manieren waarop perverse prikkels van het bekostigingsstelsel te beheersen zijn. Daarbij willen zij ook de aandacht richten op verbeterpunten met betrekking tot het verstevigen van de implementatie (korte termijn aanpak) en de doorontwikkeling (lange termijn aanpak) van het RGW.

De contracten eindigen met de aanbieders op 31 december 2021. Zij kunnen voor 2022 verlengd worden of er moet een nieuw inkoopproces worden opgestart. Voor Pleegzorg en Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED) geldt dat zij in aparte percelen zijn ingekocht en met een andere inkoop- en bekostigingssystematiek werken. Daarom zijn deze percelen niet meegenomen in deze evaluatie.

1.3 Doel van deze tussentijdse evaluatie

Het doel van deze tussentijdse evaluatie is om de perverse prikkels van de nieuwe manier van werken en het bijbehorende bekostigingsstelsel in kaart te brengen, om vervolgens de knelpunten te vertalen in een ontwikkelprogramma. Op basis van deze inventarisatie is gevraagd om met een voorstel te komen voor de doorontwikkeling van de werkwijze, zodat de geconstateerde knelpunten opgeheven kunnen worden. Daarvoor is het nodig om zowel de zaken die goed lopen als de knelpunten die zich in het beleid, de netwerkorganisatie, de gemeenten of in de uitvoering voordoen, op te halen, te herkennen en te verwerken in een doorontwikkelplan.

1.4 Werkwijze en verantwoording

Om voldoende informatie in te zamelen waarmee een onderbouwd en gedragen ontwikkelprogramma op te stellen is, zijn de volgende gesprekken gevoerd:

1. Interviews aan de hand van een enquête met afdelingshoofden van Westfriese gemeenten
2. Interviews aan de hand van een enquête met Inkoop-en contractmanagementteam
3. Tweetal interviews aan de hand van een enquête met de lokale teams (lokale teams van de zeven gemeenten)
4. Meerder gesprekken met een vertegenwoordiging van zorgaanbieders over het bekostigingsstelsel
5. Gesprekken met regio’s met een vergelijkbaar bekostigingsstelsel als Westfriesland, waaronder West-Brabant West
6. Gesprekken met regio’s die andere sturingsmogelijkheden gebruiken, waaronder Venlo en Eindhoven
7. Gesprekken met een regionale klankbordgroep (bestaande uit beleidsmedewerkers, contactmanagers, businesscontrollers, teamleiders lokale toegangen) over de bevindingen
8. Klankbord gesprekken met externe deskundigen van AEF en Berenschot

Inwoners hebben niet deelgenomen in het invullen van de enquête. Er is bewust voor gekozen, gezien het feit dat wanneer de enquête werd uitgezet, inwoners pas net waren omgezet naar arrangementen, en nauwelijks ervaring hadden met het nieuwe stelsel.

Tijdens bovenstaande gesprekken stonden de volgende vragen centraal:

1. Wat gaat er goed?
    a. Om de toegankelijkheid van de zorg te garanderen?
    b. Met betrekking tot de kwaliteit van het stelsel?
    c. Met betrekking tot de betaalbaarheid?

2. Wat kan er beter?
    a. Om de toegankelijkheid van de zorg te garanderen?
    b. Met betrekking tot de kwaliteit van het stelsel?
    c. Met betrekking tot de betaalbaarheid?
3. Wat is de ontwikkelbehoefte van de werkwijze?
4. Wat is de ontwikkelbehoefte van het bekostigingsstelsel?

De reeds genoemde centrale vragen zijn onderverdeeld in de drie pijlers van resultaatgestuurd werken:

1. Toegankelijkheid garanderen
2. Kwaliteit verbeteren
3. Betaalbaarheid beheersen

De analyse wordt uitgevoerd aan de hand van deze drie pijlers. Daarnaast is er een onderdeel dat vraagt naar de inhoud, ontwikkeling en innovatie van de werkwijze en het bekostigingsstelsel.

De werkgroep, met de gemeente Hoorn als voortrekker, heeft de opbrengsten van de interviews bij elkaar gebracht, geanalyseerd en gewogen. Er zijn geen kwantitatieve analyses of onderzoeken uitgevoerd. De uitkomsten zijn besproken met vertegenwoordigers van de gemeenten en bestuurlijke trekkers.

De gesprekken waren zonder uitzondering open en zelfkritisch als het ging om het eigen functioneren. Daarbij is gesproken over het ‘wat’. Wat gaat er goed en nog niet goed? En hoe kan het beter? Het doel van dit evaluatierapport is niet om - als dat al mogelijk zou zijn - ‘schuldigen’ aan te wijzen voor bepaalde problemen, maar om knelpunten te beschrijven en mogelijke oplossingen daarvoor aan te dragen.

Tenslotte, er is een onafhankelijke toetsing uitgevoerd. De regio Westfriesland is onderdeel van de driehoek (de opdrachtgever) en heeft met deze tussenevaluatie zichzelf getoetst. De wens is uitgesproken door de gemeenten om te blijven evalueren over de kwaliteit, en ook de effectiviteit van het stelsel, door een extern gekozen partij.

1.5 De leeswijzer

Na de inleiding wordt in hoofdstuk 2 de huidige situatie van het RGW beschreven. Het hoofdstuk gaat in op zowel de positieve als negatieve ervaringen van het RGW. Hoofdstuk 3 concentreert zich op de knelpunten. Daarbij worden oorzaken beschreven en verschillende oplossingsrichtingen genoemd. Dit biedt mogelijkheden om het stelsel te optimaliseren in de uitvoering, in de samenwerking tussen aanbieders en gemeenten en in de geboden kwaliteit. Concluderend worden er verscheidene aanbevelingen en adviezen beschreven, die betrekking hebben op een korte termijn en een lange termijn aanpak. Bovendien zijn er bijlagen toegevoegd met achtergrondinformatie die verzameld is tijdens deze tussenevaluatie.

Hoofdstuk 2: Stand van zaken resultaatgestuurd werken

In dit hoofdstuk worden de kernpunten van het RGW, dat gebaseerd is op het landelijke uitvoeringsvariant outputgericht bekostigen, beschreven. Bij deze kernpunten is er aandacht voor zowel de positieve als negatieve ervaringen, zoals die zijn die voortgekomen uit de gesprekken. De negatieve ervaringen zetten we om in verbeterpunten van het RGW.

2.1 Wat is het beeld in 2021?

Na een jaar hard werken tijdens het overgangsjaar om het stelsel te implementeren, zijn de medewerkers steeds meer gewend geraakt aan de nieuwe werkwijze. Het overzetten van de beschikkingen uit het oude stelsel PxQ naar arrangementen in het RGW is goed afgerond op 31 december 2020 (de conversie).

Tijdens het overgangsjaar is er vooruitgang geboekt in het integraal samenwerken en het werken vanuit resultaat, met de inwoner als centraal middelpunt. De meeste medewerkers zijn enthousiast en staan volledig achter de uitgangspunten van het RGW. Uit de gesprekken komt naar voren dat bij verschillende gemeenten ook signalen zijn afgegeven dat medewerkers extra belasting en bureaucratie ervaren in de uitvoering.

2.1.1 Wat gaat er goed?

Volgens een groot deel van de respondenten is het voordeel van het RGW ten opzichte van het PxQ-stelsel, dat de medewerker van de zorgaanbieder meer overlegt met de inwoner over wat er gedaan moet worden. Er kan meer maatwerk worden geboden. Door te werken met een integraal perspectiefplan, wordt bij elke casus opnieuw gekeken wat passend is voor de inwoner en staat de kwaliteit van het hulpverleningsproces centraal. Bij zowel de jeugdhulp als de Wmo heeft dat voordelen opgeleverd. In het perspectiefplan worden resultaten vooraf opgesteld door de inwoners zelf. Zij hebben de regie bij dit document. Zowel zorgaanbieders, als lokale toegang medewerkers, delen signalen dat de inwoners het gevoel hebben dat zij zelf gaan over hun eigen resultaten. Er wordt dus meer gewerkt vanuit het beoogde resultaat voor de inwoner in plaats van ad hoc problemen op te gaan lossen. Hierbij is de regie van de lokale toegang cruciaal geworden en is er ruimte gecreëerd voor de professional. Tenslotte is de noodzaak zichtbaar geworden om samen te werken tussen gemeenten onderling en met aanbieders. Bij het opstellen van het perspectiefplan worden altijd van te voren resultaten opgesteld. De partijen weten elkaar hierdoor beter te vinden en leren de werkwijze kennen.

2.1.2 Wat kan er beter?

Naast deze positieve ontwikkelingen zijn er ook een aantal verbeterpunten vastgesteld. In een bijgevoegd document is een overzicht van de ervaren knelpunten en verbeteracties opgenomen. De knelpunten zijn in de drie categorieën te verdelen:

1. **Knelpunten die niet per se te maken hebben met het RGW of met het outputgericht financieren**. Deze knelpunten hebben betrekking op de wijze waarop de gemeenten of zorgaanbieders hun bedrijfsvoering hebben ingericht.

2. **Knelpunten met betrekking tot het implementatieproces**. Hierbij gaat het vooral om het concretiseren of aanpassen van de werkwijze van de toegang, omdat de praktijk weerbarstig is. De implementatie is bij een aantal gemeente niet op alle aspecten vlekkeloos verlopen. Bij sommige gemeente heeft de voorbereiding en de implementatie van het RGW de druk op de toch al kwetsbare uitvoering verder vergroot. Deze knelpunten raken niet de kern van het RGW, maar bemoeilijken het werken daarmee.
3. **Knelpunten die wel te maken hebben met de wijze waarop het RGW is vormgegeven**. Dat richt zich vooral op de outputgerichte bekostiging.

Uit de gesprekken tijdens het proces van deze tussenevaluatie komt naar voren dat een aantal aspecten van de nieuwe werkwijze tot nog toe niet goed uit de verf komt. Deze aspecten worden hieronder beschreven en in de drie bovengenoemde categorieën verdeeld.

- *Onderhandelen bij de start van de hulpverleningstrajecten over de hoogte van de arrangemententarieven (**categorie 3**)*
  Om te voorkomen dat bij de start van ieder hulpverleningstraject een discussie gevoerd wordt over de hoogte van het arrangementtarief, heeft de regio voor het inkoopproces - in samenwerking met de zorgaanbieders - reële tarieven voor de verschillende arrangementen vastgesteld. Dit is gebaseerd op declaraties uit de jaren 2017 en 2018. Dit was terugkijken, en was gebaseerd op historische kosten bepalend voor welke categorie de inwoners in zouden vallen. Bij het berekenen van de tarieven is uitgegaan van een gemiddelde. Daarin wordt ook het principe ‘you win some, you lose some’ gehanteerd. Dit betekent dat zorgaanbieders op het ene arrangement geld overhouden en op het andere geld moeten bijleggen, en gemiddeld is dit evenredig. Het middelingsprincipe geldt op totaalniveau, en niet per se op het niveau per aanbieder. Met de aanbieders zijn in de contracten afspraken gemaakt om de effecten van dit principe op de bedrijfsvoering van de gecontracteerde aanbieders te monitoren en waar nodig bij te sturen. Ondanks deze afspraken zijn de gemeenten toch geconfronteerd met discussies over de hoogte van tarieven bij de start van het hulpverleningsproces.

- *De rolverdeling tussen het lokale team en de zorgaanbieders bij het bepalen van het arrangement (**categorie 2**)*
  Zoals in het schema hierboven is aangegeven, bepalen de lokale teams (jeugd) het profiel van de inwoner/gezin en de gewenste resultaten en doet de aanbieder een voorstel voor de intensiteit en de wijze waarop het de resultaten denkt te realiseren. Bij Wmo geldt de gemeente ook de intensiteit. In de praktijk blijken medewerkers van de lokale teams het lastig te vinden om de ondersteuningsprofielen te bepalen en gewenste resultaten SMART te formuleren. Met de SMART methode worden concrete en duidelijke resultaten opgesteld. Medewerkers van de lokale toegang geven aan dat zij snel op de plek van de zorgaanbieder gaan zitten. Dit terwijl de lokale toegang formuleert WAT er bereikt moet worden; de zorgaanbieders gaan over HOE ze het gewenste resultaat gaan realiseren.

Zorgaanbieders geven weer aan dat zij het lastig vinden om inhoudelijk informatie over inwoners te delen met de lokale teams. Dit zorgt ervoor dat perspectiefplannen soms heen en weer gaan tussen aanbieders en lokaal team. Er kunnen weken, en soms maanden, overheen gaan voordat een perspectiefplan wordt vastgesteld.

- *Het werken met het perspectiefplan* ***(categorie 1)***

  De regio wil graag integraal werken. Hiervoor hanteren wij het principe van ‘één gezin, één plan en één regisseur’. Het perspectiefplan beschrijft wat een inwoner/gezin nodig heeft om volwaardig deel uit te kunnen maken van de samenleving. Het bevat de ondersteuningsbehoefte van de inwoner/het gezin en de gewenste resultaten binnen alle (relevante) leefgebieden.
  In principe formuleert de inwoner/het gezin deze resultaten zelf. Indien gewenst kan de inwoner/ het gezin tijdens het opstellen van het perspectiefplan ondersteund worden door het lokale team, zorgaanbieder en/of verwijzer. Daarmee is het perspectiefplan een plan van de inwoner/het gezin.

  Er zijn een aantal aspecten toegevoegd aan het goedkeuringsproces rondom het werken met het perspectiefplan, die tot veel discussies en administratieve last bij aanbieders en lokale teams leiden. Deze werkwijze zorgt bij lokale teams soms voor lange procedures, de hulpverlening komt niet snel op gang en er is veel discussie tussen lokaal team en zorgaanbieder over de in te zetten arrangementen. Deze bovengenoemde knelpunten worden ook veroorzaakt door inrichtingskeuzes in de regio. Als dit soort knelpunten zich voordoen, leidt dit tot irritatie bij de betrokken inwoners. Op bladzijde 15 lichten we de oorzaken van dit punt toe.

- *Invulling van de rollen van regisseur en hoofdaannemer* ***(categorie 2)***

  Bij de uitvoering van hulpverleningstrajecten zijn soms meerdere aanbieders en partijen betrokken. Om helderheid te verschaffen over wie verantwoordelijk is voor wat en wanneer, zijn in een inkoopdocument afspraken gemaakt over het regievraagstuk van de zorgaanbieders. In dit inkoopdocument wordt onderscheid gemaakt tussen de regisseur en de hoofdaannemer. Onderstaand worden de rollen toegelicht:

  a. Regisseur

  De regisseur zorgt ervoor dat alle betrokken actoren, conform de afspraken, oplossingsgericht bezig zijn. De regisseur heeft ook het overzicht over alle relevante partijen. De achterliggende gedachte is dat de ondersteuning die volgt op het perspectiefplan bestaat uit verschillende ondersteuningsvormen van verschillende actoren. De regisseur krijgt in deze ontwikkeling dus een bewuste ‘opdrachtgeversrol’ richting externe partijen. Uit gesprekken met een aantal professionals uit lokale teams in de regio blijkt dat deze rol nog onvoldoende uit de verf komt.

  b. Hoofdaannemer **(categorie 3)**

  De hoofdaannemer is een centraal figuur vanuit de specialistische ondersteuning die bij voorkeur gedurende de gehele periode aan een inwoner/gezin verbonden is. De hoofdaannemer krijgt en neemt de verantwoordelijkheid voor het te behalen resultaat van die specialistische

ondersteuning. Hij zal moeten afstemmen met de regisseur vanuit het lokale team over de invulling en verbinding op basis van het vastgelegde perspectiefplan. De hoofdaannemer is vrij om onderaannemers in te schakelen.
Het hoofd- en onderaannemerschap leidt bij enkelvoudige casuïstiek niet tot knelpunten. Bij complexe casuïstiek worden er wel knelpunten geconstateerd. Hierbij zijn meerdere aanbieders betrokken, voornamelijk bij jeugdhulp. Dit leidt tot meer discussies over de rolverdeling en hoogte van tarieven tussen de aanbieders. Op bladzijde 16 lichten we dit punt toe.

- *De afbakening tussen segment B en segment C bij jeugd (**categorie 3)***
  Er is geen nauwe aansluiting tussen Segment B en Segment C. De werkgroep leemtes heeft een analyse uitgevoerd om te bekijken hoe deze afbakening tussen Segmenten beter kan. Momenteel zijn er hulpvragen die niet goed in de segmenten passen. Op pagina 16 lichten we dit punt toe.

- *Vergelijking met het oude stelsel PxQ (**categorie 1**)*
  Een aantal instellingen maakt nog steeds een vergelijking tussen het aantal uren ondersteuning in de 'oude' en 'nieuwe' situatie. In de praktijk blijkt dan regelmatig dat het resultaat, zoals vastgelegd in het perspectiefplan, in minder uren behaald kan worden. Medewerkers van de zorgaanbieders zijn het hier niet altijd mee eens. Zij maken veel vergelijkingen met het oude stelsel waarin productgericht gewerkt werd.

2.4 Gesprekken met andere regio's, onder andere Friesland en West-Brabant West

Uit de gesprekken met andere regio's is de conclusie dat de situatie in regio Westfriesland niet uniek is. De knelpunten in regio Friesland en West-Brabant West waren in beide uitvoeringspraktijken min of meer gelijk. Voor een aantal vraagstukken hebben deze regio's keuzes gemaakt om door te ontwikkelen. Bijvoorbeeld: in Friesland vindt de financiële afrekening niet op inwonerniveau plaats. De laatste 30% wordt – behalve bij vroegtijdige uitval – standaard uitgekeerd. Als het gaat om afbakening van de jeugdhulp zijn er inmiddels inhoudelijke scheidslijnen getrokken over wat nu nog wel en niet onder jeugdhulp valt. Voor het hoofd-en onderaannemerschap is gekeken naar een constructie om de regievoering te beleggen bij het gebiedsteam.
De regio West-Brabant West (WBW) is al ruim voor de decentralisaties in 2015 gestart met het bouwen van een jeugdhulpstelsel gebaseerd op resultaat. Daarbij is vanaf de start gekeken naar de gehele keten en is ook de toegang voor de jeugdhulp integraal meegenomen in het ontwerp. De lokale toegang wordt voor de gemeenten uitgevoerd door één en dezelfde organisatie waarbij medewerkers op dezelfde wijze getraind zijn en dezelfde instrumentenkoffer met methodieken hebben. De regio kan inmiddels uit data de relatie aanbrengen tussen inzet van (aantal) professionals in de toegang en het jeugdhulpgebruik van een gemeente. Minder professionals in de toegang leidt tot een groter jeugdhulpgebruik.
WBW gaat uit van de zogenaamde 50%-50%-regel in plaats van de 70%-30%. De tweede 50% wordt vrijwel altijd uitgekeerd. De regievoerder gaat het gesprek aan over de realisatie van doelen en

resultaten en wat de onderliggende reden is als resultaten niet zijn behaald. De regievoerder is in staat om een goede taxatie te maken of de desbetreffende jeugdhulpaanbieder de casus aankan.
Naar aanbieders wordt gestuurd met behulp van een set van KPI's (kritische prestatie-indicatoren) op basis van een kwantitatief dashboard. De regio is bezig om dat door te ontwikkelen naar een kwalitatief dashboard.
Wat betreft het hoofd- en onderaannemerschap hanteren de gemeenten het principe dat bij een nieuwe zorgvraag in een lopend traject, in principe het huidige traject wordt afgesloten en vervolgens een nieuw traject wordt opgestart.
WBW stuurt vanuit een inhoudelijke visie op het stelsel en het zorglandschap. Dat betekent dat lacunes actief worden opgespoord en met aanbieders afspraken worden gemaakt over ontwikkeling van nieuw zorgaanbod, maar ook dat gestuurd wordt op afbouw van aanbod dat niet past in de filosofie van de gemeenten.
WBW heeft door die sturing op het zorglandschap en aansluiting van de percelen 'hoogspecialistische' op 'specialistische jeugdhulp' een omslag weten te realiseren in de verschuiving van het gebruik van hoogspecialistische jeugdhulp naar 'reguliere' vormen van specialistische jeugdhulp.

Uit deze gesprekken is geconcludeerd dat wij kunnen leren van andere gemeenten die ook werken met RGW. Het wiel hoeft niet opnieuw worden uitgevonden, en deze gemeenten zijn in staat om nauw op te trekken met Westfriesland om ervaringen en knelpunten met elkaar te delen.

2.5 Gesprekken in de regio

Uit de gesprekken met bestuurders en professionals van de zorgaanbieders en de regiogemeenten komen twee geluiden naar voren:

1. Een groep respondenten kent de ervaren knelpunten voornamelijk toe aan het RGW/outputgericht bekostigen. Deze groep ziet graag de overgang naar een andere uitvoeringsvariant, het liefst terug naar de inspanningsgerichte variant (PxQ).
2. De andere groep respondenten ziet mogelijkheden om de knelpunten binnen het model RGW op te lossen, waardoor het RGW de kans krijgt om beter te functioneren. Een nieuw stelsel heeft tijd, investering en moeite nodig. Zij vinden het niet nodig om na anderhalf jaar over te gaan op een andere uitvoeringsvariant.

Ook uit de gesprekken met de professionals en bestuurders van de instellingen en de gemeentelijke toegangen blijkt dat groep twee een ruime meerderheid vertegenwoordigt. De zorgaanbieders, lokale toegangen en hun professionals vragen om tijd en rust om de veranderingen in goede banen te leiden en de onderlinge samenwerking te verbeteren. Er wordt aangegeven dat een gedegen veranderstrategie en commitment van allen nodig zijn om de uitdagingen in het stelsel aan te pakken.

2.6 Tussenconclusie

Samenvattend: het overgrote deel van de professionals staan achter de uitgangspunten van het RGW. De huidige afspraken en de inrichting vragen nog om bijsturing, zodat de geconstateerde en ervaren knelpunten zo snel mogelijk worden opgelost.

In het volgende hoofdstuk schrijven we de knelpunten per cluster uitvoerig uit. We onderscheiden de volgende clusters:

1. Optimalisatie van de uitvoering bij de lokale toegangen
2. Versterken van samenwerkingsrelaties
3. De bekostigingssystematiek
4. Randvoorwaarden: monitoring en resultaten meten

Hoofdstuk 3: Knelpuntenanalyse en oplossingsrichtingen

In dit hoofdstuk beschrijven we per cluster de knelpunten. Daarbij beantwoorden we vier vragen: wat gaat goed, wat kan beter en wat is de oorzaak van het geconstateerde knelpunt?

3.1 Uitvoeringspraktijk

3.1 Wat gaat goed in de uitvoeringpraktijk?

Sinds de invoering van het RGW is er één grote verandering doorgevoerd met betrekking tot de rollen en taken van de toegang: in de bestaande systematiek onderzoekt de medewerker van de lokale toegang met de jeugdige/het gezin de hulpvraag en zoekt daarbij een bijpassende behandeling en/of begeleiding. In de nieuwe opzet stelt de lokale toegang op dezelfde wijze samen met de jeugdige/het gezin vast welke hulpvraag er is, maar benoemt daarbij ook de te behalen resultaten en het ondersteuningsprofiel passend bij de hulpvraag van de jeugdige/het gezin. De resultaten worden genoteerd in het perspectiefplan.
Het perspectiefplan wordt ingezet en dient als instrument om in te schatten wat nodig is aan ondersteuning en hulp vanuit het maatschappelijk domein. Het dient ook als verwijsinstrument richting specifieke hulp (jeugd en Wmo) en als beoordelingsinstrument om te toetsen of de gestelde resultaten behaald zijn. Het perspectiefplan heeft ook inhoudelijke doelen, namelijk beschrijven wat een gezinslid nodig heeft om op een volwaardige manier deel uit te kunnen maken van de samenleving. Het definieert zowel de ondersteuningsbehoefte aan specialistische hulp als de gewenste resultaten. Tenslotte geeft het perspectiefplan de keuze voor het passende ondersteuningsprofiel en de gewenste intensiteit weer.

Bij de Wmo stelt de gemeente de intensiteit vast, binnen Jeugd bepaalt de aanbieder die. De medewerkers hebben vanuit de uitvoering een enorme kwaliteitsslag gemaakt, zij zijn steeds meer gewend aan deze nieuwe werkwijze en zijn deels enthousiast. Tegelijkertijd geven zij aan dat er veel administratieve lasten zijn. Toegangsmedewerkers zijn ervoor om zorg te leveren. Zij horen zich zo min mogelijk bezig te houden met administratieve processen en financiële zaken.

In de volgende alinea's gaan we dieper in op de rollen en taken van de lokale toegang en is er aandacht voor de knelpunten die voortkomen uit deze gesprekken.

3.1.2 Wat kan er beter in de uitvoeringspraktijk?

a. Werken met het perspectiefplan

Uit de gesprekken met de lokale toegangen en de zorgaanbieders blijkt dat het werken met het perspectiefplan altijd wordt ingezet. Er worden altijd van tevoren resultaten opgesteld. Partijen weten daarmee elkaar beter te vinden en leren elkaars werkwijzen kennen. Naast deze positieve uitkomsten zijn er ook verbeterpunten ten aanzien van het proces van het perspectiefplan.

Ten eerste, het perspectiefplan wordt nu ingezet voor zowel enkelvoudige als meervoudige zorg. Als een inwoner bijvoorbeeld voor een medische controle langskomt bij de psychiater, zorgt het opstellen van een perspectiefplan voor vertraging in het proces en onnodige bureaucratie.

Ten tweede, het toepassen van het perspectiefplan gebeurt niet altijd zodanig dat het helpt om de ondersteuning aan de inwoner tijdig te kunnen starten. Het perspectiefplan is opgezet om vooraf te kunnen vaststellen welke resultaten behaald moeten worden. Het is niet bedoeld als rechtmatigheidsinstrument om te kunnen bepalen of de zorg is uitgevoerd. Het kan daarbij wel helpen, maar het is primair ontwikkeld voor de inwoner. Het perspectiefplan moet een ondersteuningsmiddel blijven en geen doel op zich worden.

Tenslotte, het perspectiefplan kan vaak onnodig heen en weer gestuurd worden tussen zorgaanbieder en het lokale team. Voor de start van het hulpverleningstraject moet het lokale team alle onderdelen van het perspectiefplan goedkeuren. Dit kan discussies opleveren tussen lokale toegangen en zorgaanbieders, met al het getouwtrek rond het perspectiefplan van dien. Dit leidt tot situaties dat het perspectiefplan niet meer van de inwoner is, maar van de professionals. Daarnaast ontbreekt er nog een werkwijze/format voor de evaluatie van gestelde resultaten. Enkele gemeenten geven aan dat er capaciteitsproblemen zijn om de voortgang te bewaken en tussentijdse aanpassingen uit te voeren. Enkele gemeenten pakken dit verbeterpunt op door het opzetten van ontwikkeltafels om resultaten te sturen en tussentijdse aanpassingen door te voeren in trajecten.

b. Processen stagneerden bij het perspectiefplan: een lange administratieve belasting

Wat zijn de oorzaken?

1. Perspectief voor alle intensiteiten, zonder onderscheid

- Het opstellen van het perspectiefplan komt voort uit de eisen die gesteld zijn aan het verlenen van ondersteuning of hulpverlening aan de inwoners, voor zowel jeugdhulp als Wmo. In de Wmo staat beschreven hoe gemeenten de ondersteuningsvraag van de inwoner moeten vastleggen. De gemeenten moeten een verslag maken van het keukentafelgesprek, het zogenaamde gespreksverslag: hierin worden de ondersteuningsvraag en de door te gemeente toegezegde vervolgstappen vastgelegd en aan de inwoners toegestuurd. Op basis van dit gesprekverslag (en vervolgstappen: vraagverheldering) geeft de gemeente een beschikking waarin de beslissing staat over de ondersteuningsvraag van de inwoner. De wetgever wilde hiermee de rechtszekerheid voor de inwoner waarborgen.
  In de Jeugdwet staan vergelijkbare eisen, zoals het werken met een familiegroepsplan en/of het werken met één gezin, één plan en één regisseur. Bij de invoering hiervan hebben de regiogemeenten geprobeerd een format te maken die voor zowel Wmo als jeugdhulp gehanteerd kon worden. Dit in de veronderstelling dat dit de administratieve last zou beperken. Maar door alle eisen (met betrekking tot rechtszekerheid voor inwoner en rechtmatige uitvoering van de ondersteuning/hulpverlening) in één format te willen omvatten, heeft dit juist in de praktijk tot problemen geleid. Op dit moment moet voor alle ondersteuning of hulpverlening een

perspectiefplan opgesteld worden. Ook voor dit enkelvoudige zaken, zoals de jaarlijkse medicatiecontrole. Dit zorgt voor langere processen dan noodzakelijk.

2. Houvast voor de inwoners versus opdrachtverlening richting aanbieder

- Inwonersperspectief versus zorgverlenerperspectief
  Volgens de beleidsuitgangspunten van de gemeenten zou het perspectiefplan een houvast moeten zijn voor de inwoner. De inwoner is de eigenaar van het perspectiefplan. Hij of zij voert idealiter op basis van dit document de regie over het ondersteuningstraject. Maar op dit moment is het perspectiefplan meer een instrument voor hulpverleners om onderling af te spreken wat er aan de inwoner geboden wordt of om de rechtmatige uitvoering door de aanbieders te kunnen toetsen.
- Regievoering versus rechtmatigheid
  Dit leidt ertoe dat aanbieders pas willen beginnen met de hulpverlening, als zij zeker weten dat de gemeenten het perspectiefplan hebben goedgekeurd. De gemeenten op hun beurt zijn pas bereid hun goedkeuring te geven, als zij zeker weten dat alle betrokkenen achter de inhoud van het perspectiefplan staan en hun handtekeningen eronder staan. Dit zorgt ook voor vertraging in het proces.

c. Intensiteiten en profielen

Toegangsmedewerkers hebben de kennis, competenties en vaardigheden die nodig zijn om de juiste zorg op het juiste moment in te kunnen zetten. Zij geven aan dat zij soms moeite hebben met het inschatten van de best passende profielen en intensiteiten. Uit de gesprekken komt naar voren dat zij baat hebben bij meer handvatten voor deze beoordeling. Een handreiking voor het inschatten van intensiteiten en profielen kan de toegangsmedewerker meer op weg helpen, ook bij het verwijzen naar een voorliggende voorziening of het eigen netwerk.

d. Werken met resultaten

Het werken met resultaten heeft enerzijds betrekking op het goed formuleren van doelen en resultaten aan de start en anderzijds met een onderbouwde evaluatie. De ervaring nu is dat het moeilijk evalueren is zonder evaluatieformulieren. Toegangsmedewerkers geven ook aan dat het lastig is om tot kwalitatieve resultaten met zorgaanbieders te komen die nog evalueerbaar zijn. Er zijn nog steeds aanbieders en toegangsmedewerkers die te veel denken in producten en therapieën, waardoor de handelingsruimte voor de professionals in het specialistische deel beperkt wordt. Ook wordt de lokale toegang te weinig betrokken bij de evaluaties. Dit belemmert de op- en afschaling van de zorg. Als de lokale toegang meer aangesloten wordt op de evaluaties met de inwoner, kunnen de professionals bekijken of er meer of juist minder zorg nodig is.

Samenvattend: een geconstateerde rode draad in de optimalisatie van de uitvoering

In de huidige werkwijzen zijn enkele verbeterpunten geconstateerd bij de lokale toegang en in de uitvoering van het stelsel. Deze verbeterpunten zijn hierboven benoemd. Een rode draad hierin is dat het wenselijk is dat de kwaliteit van de lokale toegang versterkt wordt en hierin geïnvesteerd moet worden. Het gaat om de kwaliteit van de professionals als ook van de processen (het perspectiefplan en triage).

De professionals van de lokale toegang ervaren dat aanbieders de prikkel hebben om een zo hoog (duur) mogelijk arrangement in te zetten. Dit leidt ertoe dat er financiële discussies met de professionals van de lokale toegang worden gevoerd. De professionals ervaren dat zij hiervoor onvoldoende zijn toegerust. Zij zijn opgeleid om zich te bemoeien met de inhoud en de kwaliteit van de zorg en niet met de hoogte van het arrangement en dus de financiën. Het is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat zij kunnen opschalen wanneer zo'n financiële discussie dreigt te ontstaan, dus opschalen naar de juiste persoon. Bovendien verschilt de kwaliteit van de gebiedsteams per gemeente en is er behoefte aan een uniforme werkwijze, zowel vanuit de lokale teams als vanuit de zorgaanbieders.

Wat is de oorzaak van het knelpunt?
Een implementatie van een nieuw stelsel vergt tijd, investering, begeleiding en rust. Kinderziektes horen bij een verandering. De basis van het stelsel is goed neergezet en wordt nu doorontwikkeld. Door deze verbeterpunten aan het licht te brengen, kan er een optimalisatieslag plaatsvinden om de lokale toegang en de uitvoering optimaal te laten functioneren. Voor de professionals van de lokale toegang is het een grote verandering geweest. Zij moeten wennen aan de nieuwe werkwijze. In het algemeen zijn medewerkers enthousiast en werken hard om continu door te ontwikkelen met het vooraf opstellen van resultaten in het perspectiefplan en het formuleren van concrete resultaten. De gemeente kan de professionals ondersteunen met een handreiking voor het inschatten van profielen en intensiteiten om het juiste arrangement af te geven. Daarnaast is het ook nodig om een regionale hulpstructuur op te zetten, waarbij de optredende knelpunten snel en integraal opgepakt kunnen worden, zodat de communicatie met zorgaanbieders en hun professionals adequaat en op een uniforme wijze afgehandeld wordt. Enkele gemeenten hebben deze verbeterpunten aangepakt door het opzetten van ontwikkeltafels om de lokale toegangen te ondersteunen bij verandering.

3.2 Het samenwerkingsproces

Een volgend cluster is het samenwerkingsproces van het RGW. Deze kent drie aspecten die nodig zijn voor een optimale uitvoering: het samenwerkingsproces tussen aanbieders en de lokale toegangen, het samenwerkingsproces tussen aanbieders onderling en het samenwerkingsproces tussen de regiogemeenten. In de onderstaande alinea's gaan we dieper in op deze samenwerkingsprocessen.

a. Het samenwerkingsproces 'tussen lokale teams/ gemeenten en zorgaanbieders' om de toegang tot zorg te kunnen waarborgen

Wat gaat goed in de samenwerking tussen lokale teams/gemeenten en aanbieders?
Door de invoering van het RGW is de noodzaak tot samenwerking tussen gemeenten en aanbieders zichtbaar geworden. Partijen weten elkaar steeds beter te vinden en leren ook elkaars werkwijzen kennen. Met name kleine aanbieders hebben succesvol de stap gezet naar het RGW. Grote aanbieders hebben meer moeite met deze transformatie. Zij geven aan dat een bedrijfsvoering anders inrichten tijd en investering nodig heeft.

Wat kan beter in de samenwerking tussen lokale teams en aanbieders?
De transformatieopgave is groot en vraagt om een zakelijk partnerschap. Dit partnerschap wordt ingevuld door een continue zakelijke dialoog op basis van vertrouwen tussen gemeenten en aanbieders. Dit betekent aan de ene kant het loslaten van denken in producten en protocollen en aan de andere kant scherp zijn op doen wat nodig is voor een inwoner (hetgeen zich vertaalt in goede en meetbare resultaten). In deze samenwerking is het gewenste vertrouwen niet altijd aanwezig bij enkele instellingen, waardoor er discussie aan de voorkant ontstaat over de hoogte van tarieven. Andersom is het vertrouwen ook niet altijd aanwezig, bij enkelen gemeenten spelen er ook twijfels. Dit kan leiden tot vertraging in het proces voor de inwoner. Daarnaast komt uit de gesprekken naar voren dat er behoefte is aan een compleet overzicht van het zorglandschap.

Wat is de oorzaak van het knelpunt?
Het gewenste wederzijdse vertrouwen ontbreekt op dit moment, waardoor er discussie aan de voorkant gevoerd wordt over de hoogte van de arrangementen. Het wederzijds vertrouwen is een belangrijk instrument van het RGW om de resultaten te bereiken. Dit wederzijds vertrouwen staat momenteel onder druk, omdat het middelingsprincipe ‘you win some, you lose some’ niet altijd opgaat. Dit houdt in dat zorgaanbieders op het ene arrangement geld overhouden en op het andere geld moeten toeleggen, en gemiddeld is dit evenredig. Uit een nadere analyse wordt geconcludeerd dat dit niet geldt voor alle aanbieders. Momenteel willen zorgaanbieders van tevoren de zekerheid dat zij geen geld verliezen op een casus. Dus ontstaat er bij complexe casussen discussie aan de voorkant. Het RGW is gebaseerd op wederzijds vertrouwen vanuit gemeenten en aanbieders. Door enige starheid in deze samenwerking komt het RGW niet van de grond, zoals het van tevoren beoogd was.

Voor het invoeren van RGW was de samenwerking tussen gemeenten en aanbieders ook niet optimaal. Destijds is er besproken dat de verhouding tussen gemeenten en aanbieders ingewikkeld is en dat ook aan gemeentelijke zijde er snel negatieve conclusies werden getrokken over de intenties van sommige aanbieders. Dat is een context die niet gemakkelijk te doorbreken is, en waar de gemeenten ook iets in te doen hebben.

b. Het samenwerkingsproces tussen ‘aanbieders onderling’ om de integrale dienstverlening aan de inwoner te kunnen waarborgen

Wat gaat goed?
In plaats van een aanbod van tal van aparte producten wordt nu afgewogen onder welk ondersteuningsprofiel een inwoner of gezin valt en hoe intensief de gevraagde ondersteuning moet zijn. Binnen dit arrangement heeft de professional de ruimte om maatwerk toe te passen. Dit draagt bij aan een integrale inzet van zorg en ondersteuning, waarbij de gehele ondersteuningsbehoefte van de inwoner of het gezin centraal staat. Verder stimuleert dit aanbieders en professionals om samen te werken en innovatieve ondersteunings- en zorgvormen in te zetten.

Wat kan beter?

De regie (en verantwoordelijkheid) over de inzet van de hulp en het behalen van de gewenste resultaten moet duidelijk belegd worden. Dat betekent dat de inwoner, al dan niet ondersteund door een regisseur uit het lokale team, één aanbieder verantwoordelijk moet maken voor het behalen van de (specialistische) hulpverleningsdoelen (het resultaat). We noemen dit de hoofdaannemer. Dit betekent ook maximale transparantie - bijvoorbeeld hoe de kwaliteit wordt behaald.
Helaas leidt de huidige inrichting van hoofd- en onderaannemerschap tot uitvoeringsproblemen. De regio heeft aan de gecontracteerde zorgaanbieders overgelaten of ze onderaannemers willen inschakelen. Een aantal aanbieders geeft aan dat er knelpunten zijn bij de uitvoering van het hoofd- en onderaannemerschap. Deze gaan over het volgende:

- De financiën: de (soms forse) prijzen die elkaar onderling worden berekend;
- Bij externe verwijzingen soms onverwacht blijkt dat er nog een andere zorgaanbieder betrokken is;
- De verantwoordelijkheid: het gebrek aan inzicht in kwaliteit van de hoofd- of onderaannemer.

Bij het financiële knelpunt geldt dat de uitvoeringsproblemen zich in versterkte mate voordoen als de inwoner al enige tijd in zorg zit en in een traject aanvullende hulp van een andere aanbieder nodig heeft.

Wat is de oorzaak van het geconstateerde knelpunt?
Er is een rangorde tussen hoofdaannemer en onderaannemers, doordat een hoofdaannemer eindverantwoordelijk is voor de coördinatie van de inzet en de hulp. Er is geen gelijke samenwerking tussen deze aanbieders. Dit leidt tot wrijving, met name bij de complexe zorgvraagstukken. Het gevolg is dat er prikkels ontstaan waardoor aanbieders inwoners gaan weren. In de conclusie wordt er een aanbeveling beschreven, die het knelpunt rondom hoofd-en onderaannemerschap kan opheffen.

c. Het samenwerkingsproces tussen ‘de regiogemeenten’ om de uniformiteit in de afspraken met aanbieders te kunnen waarborgen

Wat gaat goed?
In regio Westfriesland wordt intensief samengewerkt, maar lang nog niet efficiënt. Dit kost veel tijd, capaciteit en ook geld. Deze samenwerking is deels verplicht sinds de decentralisatie van de jeugdhulp en Wmo naar de gemeente in 2015. We kopen gezamenlijk regionaal in en ontwikkelen gezamenlijk beleid. Dit zijn de positieve ontwikkelingen van de afgelopen jaren. Het is nu nog zoeken naar een goede balans tussen voordelen om intensief regionaal samen te werken en de gevraagde inzet.

Wat kan beter?
Het kost veel tijd om afspraken te maken om opgetreden knelpunten aan te pakken of verbeterpunten door te voeren. De doorlooptijd tussen constateren en oplossen is daadwerkelijk lang. Een eerder genoemd knelpunt is dat er verschillen zijn in werkwijzen en samenstelling tussen de gemeenten en de gebiedsteams. Dan gaat het vooral om verschillen in kwaliteit, in interpretatie van afspraken en protocollen en in werkwijzen, bijvoorbeeld de uitvoering van de triage door de gebiedsteams. Voor aanbieders is het lastig om met gemeenten samen te werken die niet eenzelfde werkwijze hanteren. Hierbij wordt opgemerkt dat de gemaakte afspraken tussen de gemeenten onderling en met de aanbieders onvoldoende uit de verf komen.

Daarnaast komt uit de gesprekken dat het niet voldoende helder is wat de partijen in de gouden driehoek (beleid, uitvoering en netwerkorganisatie) te bieden hebben, en deze samenwerking optimaal kunnen benutten. Dit geldt voor de inrichting van de zorg maar ook de samenwerking met elkaar. Het op- en afschalen van de zorg staat hiermee onder druk. Een voorbeeld hiervan is dat het lastig afschalen is van de zorg, als het voorliggend veld niet voldoende in beeld is, en hoe dat voorliggend veld optimaal kan worden ingezet. Hierbij is het van belang dat de gevraagde autonomie van de gemeenten meegenomen wordt in de ontwikkelopgave die voorligt. Elke gemeente heeft de vrijheid om te verwijzen naar lokale georiënteerde aanbieders in het voorveld.

Wat is de oorzaak van het geconstateerde knelpunt?
Vanaf 1 januari 2015 zijn we als gemeente verantwoordelijk voor de jeugdhulp en de uitbreiding van de Wmo. Een grote transitie voor elke gemeente uit onze regio. Het kost veel tijd en rust om deze samenwerking optimaal te laten verlopen. Bovendien zijn er onderdelen die bovenregionaal geregeld moeten worden. Doordat de uniformiteit niet volledig wordt uitgerold in de regio, is er geen eenduidigheid in werkprocessen en in communicatie richting de aanbieders.

3.3 De bekostigingssystematiek

Westfriesland koopt binnen het sociaal domein de zorg voor jeugdhulp en Wmo regionaal in. Om onze budgetten beheersbaar te houden, is de regionale inkoopsystematiek cruciaal. De eerste ervaringen met het stelsel van het RGW tonen aan dat er risico's zijn met betrekking tot de beheersbaarheid van kosten. Een eerder genoemd knelpunt is dat gesprekken met aanbieders zich vooral richten op tarieven. Het is noodzakelijk om hierop te acteren, zodat we grip krijgen op de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Onderstaande alinea's gaan dieper in op de bekostigingssystematiek van het RGW.

Wat gaat goed wat betreft de bekostigingssystematiek: resultaatgestuurd bekostigen?
Het principe van 'you win some, you lose some' werkt in de meeste casussen goed. Het werken met de nu beschikbare profielen levert geen knelpunten op voor de casuïstiek die planbaar en niet acuut is in segment B en C, binnen jeugd. Uit de gesprekken komt naar voren dat er grotendeels voldoende arrangementen zijn die dekkend zijn. Daarnaast is er een groep van ongeveer 300 inwoners die het grootste deel van het budget gebruiken, waarbij de multidisciplinaire aanpak van essentieel belang is. Voor deze groep zijn er knelpunten geconstateerd. Zij worden benoemd in de volgende alinea 'wat kan beter'.

Wat kan beter wat betreft bekostigingssystematiek?

1. De afbakening van segment C. De hoogspecialistische hulp in segment C kenmerkt zich door kleine aantallen inwoners en gezinnen die hier gebruik van (moeten) maken en relatief hoge kosten per inwoner. In de meeste gevallen gaat dit om jeugdhulp, waarbij het verblijf onderdeel is van de hulp. Daarom is niet alle zorg en ondersteuning onder dit segment geschikt om te bekostigen via een arrangement. Vandaar dat de regiogemeenten in Westfriesland ervoor gekozen hebben om bepaalde functies onder segment C, zoals Jeugdzorg Plus, bovenregionaal

in te kopen. Tijdens het overgangsjaar 2019 zouden de gemeenten de tijd gebruiken om segment C nog verder te ontwikkelen en te bepalen hoe en of segment C inspanningsgericht, prestatiegericht of taakgericht bekostigd konden worden. Deze ontwikkelopgave segment C is verder niet opgepakt. Daarbij zal bepaalde hoogspecialistische hulp via ondersteuningsprofielen met een hoge intensiteit kunnen worden ingekocht. Onder punt 2 wordt er verder ingegaan op de gevraagde ontwikkeling en afbakening van segment C.

2. Een veelvoorkomend knelpunt bij de complexe casuïstiek, is dat het principe van ‘you win some, you lose some’ vaak niet opgaat. Dit komt doordat deze zorg en ondersteuning niet voorspelbaar en ook niet goed vooruit te plannen is. Uit de gesprekken blijkt dat aanbieders de discussie aangaan met de professionals en een hogere intensiteit proberen zeker te stellen. Hiermee onderhandelen zij op het tarief en willen zij de zekerheid hebben dat ze uitkomen met dit vooraf gesproken tarief. Soms komt het voor dat aanbieders pas starten met de zorg en ondersteuning als er duidelijkheid is over het afgesproken tarief. Dat kan leiden tot ongewenste verergering van de problematiek en daardoor tot een grotere inzet van jeugdhulp.

3. Het cliëntenbestand kent inwoners met laagcomplexe en hoogcomplexe zorg. In de huidige indeling van de segmenten is onvoldoende rekening gehouden met dit onderscheid. In de regio zijn ongeveer 300 inwoners die het grootste deel van het budget gebruiken en waarbij de multidisciplinaire aanpak van essentieel belang is (hoogcomplex). Uit de gesprekken met zorgaanbieders komt naar voren dat het hier gaat om duurzame en complexe trajecten, waarbij het probleem niet op korte termijn wordt opgelost. Deze zorg is ook lastig planbaar. Bij deze casussen staat stabilisatie centraal. Het uitgangspunt is het afschalen van zorg. Bij deze multidisciplinaire aanpak en complexe casuïstiek kan een stapeling van zorg in segment B soms leiden tot 100.000 euro kosten per traject. Een uitgangspunt van het RGW is om veel ruimte te hebben in segment B en hier zorg te mogen stapelen. De praktijk wijst uit dat dit voor extra kosten zorgt. Kortom, er is een andere afbakening van segment B en segment C nodig.

4. De afbakening van de profielen en intensiteiten en de huishoudelijke hulp bij de Wmo. De afbakening van de arrangementen (combinatie: profiel en intensiteit) en de huishoudelijke hulp bij de Wmo.
   De zorgaanbieders Wmo geven aan dat zij zien dat bij complexe casuïstiek de complexiteit van de casus het arrangement (combinatie profiel x intensiteit) bepaalt. Veelal leidt dit tot hogere arrangementen. In mindere mate wordt gekeken naar de te behalen resultaten, wat een lagere arrangement kan impliceren. Kortom, in dergelijke gevallen zou gekeken moet worden naar mogelijk te behalen resultaten en daarbij passende arrangementen. Hiervoor is het nodig dat de clientprofielen en intensiteiten op zo een manier zijn beschreven dat de professional te behalen resultaat kan vertalen naar een arrangement.
   De huidige profielen zijn nog gebaseerd op de beschrijvingen uit de periode naar de overheveling van AWBZ-taken naar de Wmo. Zoals in de inkoopdocumenten was aangekondigd, is in 2020 de ontwikkeltafel cliëntenprofielen Wmo gestart om deze profielen herschreven. Dit

met als doel om de profielen beter te laten sluiten op de praktijk en de transformatiedoelstellingen van de gemeenten op het gebied van sociaal domein. Inmiddels ligt een uitgewerkt voorstel hiervoor dat binnenkort in het besluitvormingsproces gebracht wordt.
De huidige intensiteiten kennen geen inhoudelijke onderbouwing en lopen niet goed in elkaar over. Zo is de overstap tussen intensiteit B en C financieel te groot, waardoor er een gat ontstaat tussen beiden. In de praktijk uit zich dit door een toenemende inzet van intensiteit C.
Bij een deel van de Wmo cliënten is voornamelijk behoefte aan Huishoudelijke Hulp. De vraag is of voor deze specifieke doelgroep het werken alleen met arrangementen(tarief) het meest passend is.

5. Het middelingsprincipe ‘you win some, you lose some’, vraagt om structurele monitoring. Er is met 11 zorgaanbieders gesprekken gevoerd over de inzet van arrangementen Jeugd en Wmo in 2020 (zie memo bijlagen 5.5). Tijdens deze gesprekken is samen met de zorgaanbieder geanalyseerd hoe 2020 financieel heeft uitgepakt. Het uitgangspunt bij de inzet van arrangementen is namelijk dat de tarieven van de arrangementen en de kosten van de zorginzet zich op het niveau van de zorgaanbieder uitmiddelen. Een eerste conclusie is dat gemeenten via de inzet van arrangementen in 2020 gemiddeld genomen meer betalen per inwoner dan via de inzet van producten in 2019. Dit verschilt overigens per zorgaanbieder en heeft verschillende oorzaken en verklaringen. Namelijk:
    - De zorginzet en -zwaarte per inwoner neem toe (zie bijlagen memo over middelingsprincipe)
    - Complexiteit doelgroep stijgt
    - Zorgaanbieders maken hogere kosten en zien een kostenstijging als gevolg van de invoering van het RGW.
    - Zorgaanbieders geven aan dat de omzetting van P x Q naar arrangementen er mede toe heeft geleid dat er ruimere marges zijn behaald dan voorheen. Bij het aanvragen van arrangementen hebben zorgaanbieders risicomijdend ingezet op een minimaal kostendekkend arrangement per inwoner. Dit druist tegen het middelingsprincipe in dat de ene inwoner meer kost en de andere inwoner geld oplevert, maar dat een zorgaanbieder gemiddeld uit zou moeten komen. Hierdoor hebben gemeenten in bepaalde gevallen (onnodig) te veel betaald.

Wat is de oorzaak van het knelpunt bij de bekostigingssystematiek?
Er zijn leemtes tussen segment B en C bij jeugd. Dit betekent dat er casussen zijn die financieel niet passen binnen het hoogste arrangement in segment B en inhoudelijk niet binnen de kaders van segment C passen. Daarnaast was de opdracht uitgezet om de inrichting van segment C tegen het licht te houden in het overgangsjaar. Het is nog in ontwikkeling om te bepalen hoe en of deze functies inspanningsgericht, prestatiegericht of taakgericht bekostigd moeten worden. Daarbij zal bepaalde hoogspecialistische hulp via ondersteuningsprofielen met een hoge intensiteit kunnen worden ingekocht.

3.4 Randvoorwaarden: monitoring en resultaten meten

Wat gaat er goed bij het monitoren en resultaten meten?

Een van de belangrijkste pijlers om grip en sturing te houden binnen het RGW is een stevig contractmanagement. Dit wordt vormgegeven in een nieuw op te richten netwerkorganisatie. Binnen de regio wordt hard gewerkt aan het evalueren van het stelsel RGW en wordt er gezocht naar maatregelen om financieel grip en sturing te houden. De drie indicatoren die onder het RGW liggen zijn uitval, doelrealisatie en cliënttevredenheid. Deze drie outcomeindicatoren gelden uniform voor de hele regio. Dat betekent dat het proces, de datauitvoering en de dataverwerking regionaal wordt.

Wat kan er beter bij het monitoren en resultaten meten?

Het meten van de resultaten en het gesprek daarover met de betrokken aanbieders en professionals is een van de belangrijke sturingsinstrumenten binnen het resultaatgestuurd werken. Op dit moment ontbreekt het nog aan de volgende elementen:

1. Een heldere koppeling tussen resultaatmeting en financiering. Ook de consequenties die daarmee samenhangen missen nog.
2. Een informatiehuishouding van de gemeenten waarmee je een beleidsmatige analyse kunt maken over de effecten van de ingezet inkoop- en beleidsinterventies. Bij onze vraag naar onder meer achtergrondinformatie, zorgzwaarte, soort zorgvraag, wachtlijsten en inwonerkenmerken bleek niet elke gemeente in staat om die gegevens adequaat te leveren.
3. Een functionerend dashboard voor data-gestuurd werken.

In de contracten is afgesproken om bij de hersteltrajecten 2/3 van het tarief bij de start van het traject uit te betalen, en 1/3 na afronding volgens het opgestelde plan. In de contracten staat dat de regio vanaf 2020 over zou gaan op het financieren van de zorg op basis van de resultaten ‘doelrealisatie’ en ‘cliënttevredenheid’. Het blijkt echter niet haalbaar om dit streven te realiseren. De manier waarop de financiële koppeling met de resultaatsturing gemaakt zou moeten worden, is nog niet bij de aanbieders en lokale teams bekend. Het ontbreken van duidelijkheid over welke werkwijze de gemeenten gaan hanteren voor de financiële afrekening over 2021 leidt tot onzekerheid en voorzichtigheid bij de instellingen om hersteltrajecten aan te gaan. Dit zet ook druk op het toegangsproces: zorgaanbieders willen geen financiële risico’s lopen. Zij willen aan de voorkant deze risico’s afdichten door een hogere intensiteit, een duurzaam traject of een Segment C arrangement aan te vragen.

Daarnaast is het nog niet beschikbaar hebben van noodzakelijke data en analyses een knelpunt voor het RGW. Dat heeft tot gevolg dat gemeenten minder goed kunnen sturen. Een belangrijke randvoorwaarde van resultaatgestuurd werken is dat er een monitor is die de resultaten voor de gemeenten per inwoner (geanonimiseerd), per aanbieder en over het totale stelsel kan meten en laten zien. Deze monitor is er nog niet, waardoor er geen zicht is op de geleverde prestaties.

Wat is de oorzaak van dit geconstateerde knelpunt?

De samenwerking in de regio is kwetsbaar. Soms stagneert het regionale besluitvormingsproces over actuele knelpunten in de uitvoering van het RGW. Er liggen grote opgaves rondom het RGW. In verhouding tot de beschikbare capaciteit van en kennis van medewerkers kan de focus op de opgaves ontbreken. Tenslotte wordt er hard gewerkt aan het inrichten van de outcomeindicatoren en het dashboard. Maar de regionale data ontbreken nog, waardoor sturing hierop minimaal is.

Hoofdstuk 4: Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk trekken we, op basis van de observaties en gesprekken, conclusies en doen we aanbevelingen om het stelsel te verbeteren. Het onderdeel over de aanpassingen binnen de bekostigingssystematiek vergt een bestuurlijke afstemming. Het opvolgen van de aanbevelingen zorgt ervoor dat het RGW optimaal gaan functioneren. Daarnaast zetten we in op continue leren en verbeteren.

4.1 Eindconclusies tussenevaluatie

Algemeen

Het basisuitgangspunt van het RGW is om de inwoner en zijn of haar zorgvraag centraal te stellen en het voor de inwoner gemakkelijker te maken. Dit stelsel gaat uit van de kernwaarden ‘vertrouwen’ en ‘sturen op inhoud’. Vertrouwen in de professional en vertrouwen in de zorgaanbieder voor de inzet van de juiste en passende hulp. En waarbij de inhoudelijke vraag en ondersteuningsbehoefte van de inwoner centraal staat. De gemeenten wilden hiermee een aantal inhoudelijke doelen bereiken en hebben daarvoor prikkels ingebouwd. De uitgangspunten en de visie van het stelsel zijn actueel en worden met name breed gedragen bij zorgaanbieders, gebiedsteams en gemeenten. Geconstateerd is dat de wijze hoe het RGW is ingericht en geïmplementeerd leidt tot een averechts effect.

In het eerste jaar van het RGW is de implementatie deels goed neergezet en is er al vooruitgang geboekt in het integraal samenwerken en het werken vanuit de focus op resultaat, met de inwoner als centraal middelpunt. Daarnaast heeft ook bij sommige gemeente de voorbereiding en implementatie van het RGW de druk op de toch al kwetsbare uitvoering verder vergroot. Niet bij alle gemeente is de implementatie even vlekkeloos verlopen. Bij enkele gemeente is aan de voorkant niet in voldoende mate aandacht geweest voor de randvoorwaarden voor implementatie, zoals bijvoorbeeld extra formatie voor opvangen administratieve druk.

Het werken met resultaten heeft bijgedragen aan de transformatiedoelen. Het zorgt ervoor dat het van tevoren duidelijk is waaraan een aanbieder gaat werken en welke resultaten behaald moeten worden. Daarbij biedt het ruimte voor de aanbieder om binnen het toegewezen arrangement op eigen wijze te werken aan de resultaten. Er kan meer maatwerk worden geboden. Bij zowel de jeugdhulp als de Wmo heeft dat voordelen opgeleverd. De inwoner ervaart maatwerk en samenhang in interventies, er is focus op resultaten en niet op ad hoc probleemoplossing en de professional krijgt de ruimte om zijn vak uit te oefenen.

In onderstaande alinea’s zijn de belangrijkste conclusies per knelpunt/thema samengevat. Om de uitvoering en het stelsel te optimaliseren zijn vervolgens enkele aanbevelingen beschreven.

Betrek bij iedere aanbeveling – waar passend – de gebiedsteams/ lokale toegang en de consulenten

Meerderheid van de respondenten vragen om optimalisatie van de huidige systematiek in plaats van overgang naar een andere systematiek.

Eerder benoemd in de tussenevaluatie is dat zich twee geluiden voordoen. Ten eerste, een groep respondenten kent de ervaren knelpunten voornamelijk toe aan het RGW/outputgericht bekostigen en ziet graag de overgang naar een andere uitvoeringsvariant, het liefst terug naar de inspanningsgerichte variant (PxQ). Daarnaast ziet de andere groep respondenten mogelijkheden om de knelpunten binnen het model RGW op te lossen, waardoor het RGW de kans krijgt om beter te functioneren.
Er kan geconstateerd worden dat als er wordt gekozen voor een ander stelsel, niet alle knelpunten worden opgeheven. Veel knelpunten staan los van het RGW, of een andere werkwijze, alleen zijn deze meer zichtbaar geworden door de invoering van het RGW. Daarnaast kost het opnieuw implementeren van een stelsel, veel tijd, investering en moeite. Uit gesprekken zijn ook veel signalen opgevangen dat de lokale toegangen niet opnieuw een verandering in de werkwijze aankunnen. Er is en wordt hard gewerkt om het stelsel beter te implementeren. Medewerkers zijn steeds meer gewend aan de nieuwe werkwijzen en zouden dit niet graag opnieuw doen voor een ander stelsel.

Er zijn duidelijke verschillen in het uitvoeren van het RGW in de regio: uniformiteit richting de aanbieders staat onder druk

Uit de bevindingen wordt geconcludeerd dat er – soms grote- verschillen in de uitvoering worden ervaren. De verschillen gaan over de hele keten. Een voorbeeld is dat niet in elke gemeenten dezelfde beoordelingsfomulieren worden gebruikt. Vooral voor de zorgaanbieders kost dit veel werk en extra tijd om met die verschillen van de lokale toegangen om te gaan. De wens tot meer uniformering in de uitvoering en toepassing van het stelsel is vaak op tafel gelegd tijdens gesprekken, zowel door aanbieders als gebiedsteams. De uniformering is belangrijk om de kwaliteit te verbeteren en de efficiëntie te vergroten. Het gaat hierbij vooral om de uniformering van de lokale toegangen en de werkwijze in de regio. Prioriteit zou bij dat laatste moeten liggen, bij uniformering in triage en de regievoering op de inwoner of de casus.

Werkproces perspectiefplan zorgt voor onnodige administratieve last

De wijze waarop er nu gewerkt wordt met het perspectiefplan, zorgt voor onnodige administratieve lasten een langdurige doorlooptijd van het proces. Hierdoor stagneren de processen, met lange administratieve belasting tot gevolg. Ook starten aanbieders soms pas met zorg als er duidelijkheid is over de indicatie of verwijzing. Dat kan leiden tot ongewenste verergering van de problematiek en daardoor een grotere inzet van jeugdhulp. Uit de gesprekken komt sterk naar voren dat er baat zou zijn bij het aanpassen van de werkwijze van het perspectiefplan, door bijvoorbeeld voor enkelvoudige of eenmalige consult aangepast het (werkproces) perspectiefplan te hanteren.

Opstellen van meetbare resultaten (SMART) wordt lastig gevonden

Het feit dat de Westfriese gemeenten de focus leggen op de resultaten voor de inwoner wordt als positief bestempeld en als een belangrijke vooruitgang gezien. Het opstellen en formuleren van de goede doelen en resultaten wordt in de praktijk lastig gevonden. Wat daarbij meespeelt, is dat niet altijd goed de

voorspellen is hoe een traject verloopt. Het gesprek hierover tussen aanbieders en lokale toegangen wordt – bij sommige – casussen als moeizaam ervaren.

Bepalen van profielen en intensiteiten is nog niet overal vanzelfsprekend

Het werken met de nu beschikbare profielen en intensiteiten levert in de regel geen grote knelpunten op. De meesten medewerkers van de lokale toegang en aanbieders geven aan dat er voldoende profielen zijn en dat ze dekkend zijn. Een groot deel van de respondenten geeft ook aan dat zij soms moeite hebben met het inschatten van de best passende profielen en intensiteiten. Uit de gesprekken komt naar voren dat zij baat hebben bij meer handvatten voor deze beoordeling. Een handreiking voor het inschatten van intensiteiten en profielen kan de toegangsmedewerker meer op weg helpen, ook bij het verwijzen naar een voorliggende voorziening of het eigen netwerk.

Het lokale en regionale zorglandschap is voor de verwijzers, de lokale toegangen en de zorgaanbieders niet voldoende inzichtelijk

Vanuit de wens om keuzevrijheid voor de cliënt te kunnen bieden, zijn inmiddels meer dan 100 aanbieders gecontracteerd. Uit de gesprekken komt naar voren dat er een beperkt zicht is op de gecontracteerde zorgaanbieders. Daarbij gaat het om inzicht in de aanwezige expertise, kwaliteit en wachttijden en -lijsten. De nu daarvoor bedoelde hulpbronnen worden als ontoereikend ervaren.

De effecten van het middelingsprincipe van de bekostiging vragen om aandacht

De bekostiging op arrangementniveau (combinatie cliëntniveau x intensiteit van de zorg) in het bekostigingsstelsel is gebaseerd op het middelingsprincipe. Tijdens het gesprek waar de keuzes worden gemaakt over welk profiel en/of intensiteit er wordt ingezet, komt in de praktijk veel stagnatie voor in het proces. In gesprekken was dit vaak een dominant onderwerp. Veel genoemde effecten zijn:

- Bij – sommige - multiproblematieke casussen gaan de gesprekken aan de voorkant van het traject vooral over geld, waarbij gemeenten en aanbieders in een onderhandelingspositie komen. Nu gaat er veel tijd en energie in zitten voor zowel professionals van toegang/gemeenten als zorgaanbieder.
- Deze gesprekken -dus over geld- vinden soms in aanwezigheid van cliënten plaats, wat als onprettig wordt ervaren.
- Door aanbieders worden zorgtrajecten vaak nog intern teruggerekend naar ‘PxQ’.

Tijdens het evaluatieproces heeft een werkgroep (financiën en contractmanagement) de werking van het middelingsprincipe in de praktijk nauwkeurig onderzocht. Het principe van ‘you win some, you loose some’ (op het ene zorgtraject hou je geld over, op het andere moet je bijleggen, gemiddeld kom je uit) gaat niet altijd op. Het uitgangspunt bij de inzet van arrangementen is namelijk dat de tarieven van de arrangementen en de kosten van de zorginzet zich op het niveau van de zorgaanbieder uitmiddelen. Een eerste conclusie is dat gemeenten via de inzet van arrangementen in 2020 gemiddeld genomen meer betalen per cliënt dan via de inzet van producten in 2019. Dit verschilt overigens per zorgaanbieder en heeft verschillende oorzaken en verklaringen. Namelijk:

- De zorginzet en -zwaarte per cliënt neem toe (zie bijlagen memo over middelingsprincipe).
- Complexiteit doelgroep stijgt.
- Zorgaanbieders geven aan dat zij hogere kosten maken als gevolg van de invoering van het RGW.
- Zorgaanbieders geven aan dat de omzetting van P x Q naar arrangementen er mede toe heeft geleid dat er ruimere marges zijn behaald dan voorheen. Bij het aanvragen van arrangementen hebben zorgaanbieders risicomijdend ingezet op een minimaal kostendekkend arrangement per cliënt. Dit druist tegen het middelingsprincipe in dat de ene cliënt meer kost en de andere cliënt geld oplevert, maar dat een zorgaanbieder gemiddeld uit zou moeten komen. Hierdoor hebben gemeenten in bepaalde gevallen (onnodig) te veel betaald.

In de bijlage van dit rapport worden de bevindingen van de voornoemde werkgroep uitgebreid toegelicht.

De huidige afbakening van segment B en C Jeugd veroorzaakt leemtes in segment B en leidt tot onnodige discussies over financiën tussen aanbieders en lokale toegangen

Zowel de aanbieders als de lokale toegangen constateren dat er casussen zijn die financieel niet passen binnen het hoogste arrangement in segment B en inhoudelijk niet passen binnen de kaders van segment C. Vaak het gaat om casuïstiek met een lage mate van voorspelbaarheid van de benodigde kwantitatieve en kwalitatieve inzet en van het beloop, en waarbij interventies continu worden bij- gesteld op grond van diagnostiek en observatie, en grote gezondheidsrisico's in het geding zijn. Ook het hoofd- en onderaannemerschap bij dergelijke casuïstiek leidt tot uitvoeringsproblemen.

Data en monitoring zijn regionaal nog niet in voldoende mate beschikbaar

Een aantal belangrijke randvoorwaarden is nog niet ingevuld. Een van die belangrijke randvoorwaarden het beschikbaar hebben van een monitor die de resultaten voor gemeenten per inwoner(geanonimiseerd), per aanbieder en over het totale stelsel kan meten en laten zien. Deze monitor is er nog niet. Dit betekent dat kwantitatief gezien er geen zicht is op de geleverde prestaties. Dit maakt dat voor gemeenten sturing op basis van data op dit moment nog niet mogelijk is.

Er is behoefte aan sturing en regie op het stelsel

Ten slotte, maar zeker niet het onbelangrijkst, is tijdens de gesprekken meermalen gesproken over de centrale regie op het stelsel. En dan vooral de noodzaak om deze te versterken. Met regie wordt gedoeld op dat het stelsel werkt zoals het zou moeten en doet wat het moet doen. Dat de instrumenten worden toegepast op de manier zoals het bedoeld is en is afgesproken. En dat de actoren in het stelsel hun eigen rol op de juiste manier invullen en de keten goed functioneert. En dat ook de noodzakelijke randvoorwaarden voor de werking van het stelsel goed worden ingevuld.

4.2 Aanbevelingen beknopt

Uit de bovenstaande samengevatte conclusies volgen de onderstaande aanbevelingen. Deze worden in de volgende alinea’s beknopt geformuleerd. De alinea’s daaronder geven een toelichting op de aanbevelingen voor het optimaliseren van de bekostigingssystematiek. Deze aanbevelingen krijgen extra

aandacht, omdat een groot deel van de problematiek veroorzaakt wordt door de knelpunten in de bekostigingssystematiek.

Inhoudelijk is bij de aanbevelingen wel de realisatie van belang dat de doorontwikkeling met het implementeren van deze aanbevelingen nog niet voltooid is: dat is een proces dat de komende jaren nog door zal lopen, en dat een grote opgave zal zijn voor de gemeenten. Dat hangt overigens niet per se samen met RGW of de bekostigingssystematiek: bijna alle gemeenten in Nederland staan voor een forse transformatieopgave, ook in hun interne organisatie. Wel zorgt deze werkwijze dat deze verandering urgent is: de systematiek werkt namelijk alleen als de gemeentelijke organisatie en de toegang hier voldoende voor toegerust zijn.

1. **Optimaliseer de uitvoeringspraktijk van de Resultaatgestuurd Werken in de regio door: de volgende vijf aspecten hebben zowel betrekking op jeugd als Wmo:**

- Optimaliseer het uitvoeringsproces bij de toegang, om ervoor te zorgen dat iedere inwoner op tijd, de juiste hulp krijgt en daar zelf de regie over voert:
    - Heroverweeg het werkproces rondom het perspectiefplan: zorg dat het perspectiefplan weer een instrument wordt van de inwoner, waarmee hij/zijn de regie op zijn/haar ondersteuningstraject kan voeren. Schrap ook de onnodige bureaucratie, door bijvoorbeeld voor enkelvoudige of eenmalige consult niet het (werkproces) perspectiefplan te hanteren.
    - Versterk de deskundigheid en vaardigheden van de toegangen in de vraagverhelderingsfase en breid, indien nodig, uit met triage.
    - Ontwikkel voor de toegangen een handreiking voor:
        - Het bepalen van profielen en (blok)intensiteiten.
        - Het geven van invulling aan de regisseursrol /regievoering.

    Stem deze handreikingen ook af met de ingekochte aanbieders en wettelijke verwijzers.
- Optimaliseer het samenwerkingsproces om de uniformiteit in de werkwijzen te waarborgen in de regio door:
    - Het inrichten van een samenwerkingsstructuur inclusief een integrale afweging: het sneller doorhakken van knopen om stagnatie te voorkomen.
    - Het gebruikmaken van het regionale expertteam om doorbraak te forceren in de vastgelopen casuïstiek (RGW/Doorbraaktafel).
    - Het versterken van het partnerschap en co-creatie met de aanbieders. Werk daarin aan het onderlinge vertrouwen door samen te werken aan concrete transformatieopdrachten, bijvoorbeeld door incentives in de trajecten te bouwen.
- Optimaliseer de samenhang in het zorglandschap en zorg voor een betere afbakening van de segmenten A, B en C, om te zorgen voor een passende hulp/ondersteuning voor de inwoner dat past binnen het kader van het normaliseren van zorg. Daarnaast zorgt dit voor een goede vindbaarheid en toegankelijkheid van het zorgaanbod in Westfriesland.

- Zorg voor een regionaal goed functionerend etalagesysteem dat inzicht geeft in het zorglandschap: welke expertise heeft een aanbieder, wat zijn de wachttijden en -lijsten en hoe is het gesteld met de kwaliteit?

➢ Optimaliseer de inrichting van de regionale netwerkorganisatie inkoop- en contractmanagement en versterk de samenwerking tussen beleid en uitvoering, zodat de regie op de uitvoering versterkt wordt en een strakke sturing plaatsvindt op de werking van het stelsel, en de uitvoering van de contracten met de zorgaanbieders, wettelijke verwijzers (GI, huisarts) en lokale toegangen.

- De ontwikkeling van een goede informatiehuishouding, zodat er analyses gemaakt kunnen worden met betrekking tot trends en ontwikkelingen in het stelsel. Ook zal er informatie beschikbaar moeten zijn voor de netwerkorganisatie om goed contractmanagement te kunnen voeren.
- Het vrijmaken van budget voor expertise en mankracht om de volgende stap te zetten naar een werkbare werkwijze

Er is gekeken naar het oplossen van de knelpunten inzake de bekostigingssystematiek om deze op te lossen binnen de huidige contracten. De aanbestedingsadvocaat heeft bevestigd dat onderstaande aanbevelingen opgepakt kunnen worden binnen de huidige contracten.
Daarnaast is er gezamenlijk met aanbieders van segment C, gedragsdeskundigen en contractmanagement afgestemd over de onderstaande oplossingsrichtingen om de bekostigingssystematiek te optimaliseren. Uit deze gesprekken komt naar voren dat de aanbieders uiten dat zij met gemeenten willen werken aan deze doorontwikkeling, mits er korte lijnen zijn en uniformiteit vanuit de Westfriese gemeenten. Onderstaand de aanbevelingen beschreven betrekking op de bekostigingssystematiek.

2. Optimaliseer de inkoopsystematiek Resultaatgestuurd werken in de regio door:

Optimaliseren inkoopsystematiek jeugd:

➢ Andere afbakening hanteren voor segment B en C jeugd en deze te baseren op:

Laag complexe Jeugdhulp waarbij rekening worden gehouden met gespecialiseerde hulp die zowel **acute** als **planbare hulp** kan zijn. Daarin is een hoge mate van **voorspelbaarheid** van de benodigde inzet van het beloop traject. (De schatting is dat hier gaat om 80/85% van de trajecten)

- Werken met budgetindicaties voor instellingen op basis van arrangementen tarief
- Beperk bureaucratie voor de aanbieders: bepaal wanneer zij wel of geen perspectiefplan inzetten

Hoog complexe Jeugdhulp waarbij rekening gehouden wordt met een lage mate van voorspelbaarheid en planbaarheid van de benodigde kwalitatieve en kwantitatieve inzet van het beloop van het traject. Tevens waarbij interventies continu worden bijgesteld op grond van (diagnostiek en) observatie, en grote ontwikkel en veiligheidsrisico’s in het geding zijn.

(Het gaat hier om ongeveer om15/20% van de trajecten). Dus voor hoogcomplexe jeugdhulp is het volgende advies:

- Kies een bekostiging die het op- en afschalen van de zorg gedurende looptijd van het traject mogelijk maakt. Dit geldt voor hoogcomplexe jeugdhulp. Het advies is om te kiezen voor een trajectgerichte bekostigingssystematiek. Dit houdt in een **gemiddelde trajectprijs per inwoner gedurende een bepaalde periode, met een jaarlijkse indicatie.**
- Kies voor een wijze van contractering van aanbieders die de niet vrijblijvende samenwerking rondom een traject vanuit verschillende expertise mogelijk maakt.
- Versterk het huidig adviesteam van segment C met mandaat om toe te zien op snelle en zorgvuldige toegangsproces in samenwerking met het instellen van zorgcombinaties, waarbij de zorgaanbieders van segment C een verplichte samenwerking met elkaar aangaan. aanbieders en lokale toegang kan plaatsvinden.

➔ Pak het voorgaande punt, andere afbakening van de segmenten B en C, binnen de ontwikkelopgave segment C.

Optimaliseren inkoopsystematiek Wmo:

- Baken de profielen en intensiteiten tussen segment B en C beter af- en bekijk of we huishoudelijke ondersteuning op andere manier kunnen financieren

Optimaliseer inkoopssystematiek betrekking tot het middelingsprincipe

- Het middelingsprincipe ‘you win some, you lose some’, vraagt om structurele monitoring. Hierbij is het ook belangrijk om te monitoren op de toe- en de afname van de zorgvraag.
- De werkgroep die deze analyse heeft gemaakt aan de hand van 11 gesprekken met zorgaanbieders concludeert dat het nodig is om nadere analyses uit te voeren bij zorgaanbieders om vervolgens te sturen op het middelingsprincipe tijdens contractgesprekken met aanbieders.
- Aanbeveling is om deze gesprekken met aanbieders voort te zetten en zo snel mogelijk de vervolgafspraken in te plannen tussen gemeenten en aanbieders.

3. Het samenstellen van een coherente veranderingsstrategie: een lerende organisatiestructuur neerzetten, continue aanscherpen en bijschaven[1]

Stel een coherente veranderingsstrategie voor de komende jaren op de benodigde doorontwikkelingen succesvol te laten landen:

a. Versterk de samenwerking in de regionale driehoek (beleid/contractmanagement/uitvoering)

[1] Verwijzing naar het reflectierapport van AEF. Hierin wordt benoemd dat het resultaatgericht werken kan ingezet worden als veranderstrategie: door te sturen op een bepaald aantal aspecten, kunnen ook andere aspecten in het sociaal domein veranderen. Een belangrijke voorwaarde is dat op basis van gesprekken aanbieders, toegang en gemeente het stelsel steeds kunnen verbeteren.

b. Versterken van de communicatie (meenemen van medewerkers in het proces en het creëren van een positief beeld over de regio, etc.)
c. Leerlijnen verder ontwikkelen (investeer in de deskundigheid en vaardigheden van mensen (beleid, uitvoering en contractmanagement, managers, etc.)
d. Stel een platform (taskforce) op tussen gemeenten, zorgaanbieder en externe deskundigen, onder een paraplu van het regionale expertteam die verbeteringen in het stelsel kunnen aandragen. De taskforce (platform) dient als middel om de verantwoordelijke professionals bij elkaar te brengen, zodat mogelijke knelpunten adequaat opgelost worden. Het opzetten van het platform is een belangrijk onderdeel van de veranderstrategie.
e. Zoek de samenwerking op met jeugdhulpregio's West-Brabant West, Friesland en Zaanstreek-Waterland. De knelpunten in de uitvoeringspraktijken zijn min of meer gelijk. Deze regio's hebben op een aantal vraagstukken al keuzes gemaakt in de doorontwikkeling.

Het is belangrijk om een lerende organisatie te zijn door snel in te spelen op veranderingen en knelpunten zo snel mogelijk op te lossen, wanneer deze zich voordoen. Het is goed om dan terug te kijken naar de kern van het RGW en te reflecteren op het stelsel. Het is belangrijk om te punten los te durven laten die niet bijdragen aan de bedoeling van het stelsel. Focus op inzetten van juiste zorg, sturen op kwaliteit van de zorg, op een zo efficiënt mogelijk proces/zo min mogelijk administratieve lasten voor intern en externe professionals.

4.3 Nadere toelichting op de aanbevelingen in de bekostigingssystematiek

1. *Optimaliseer de samenhang en afbakening van de Segmenten B en C. Dit voor het opheffen van het knelpunt discussie en onderhandeling over intensiteiten en profielen, met name bij complexe zorg en ondersteuningsvraagstukken.*

Advies voor een oplossing: een andere afbakening creëren tussen Segment B en C. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen laagcomplexe jeugdhulp ter vervanging van Segment B en hoogcomplexe jeugdhulp ter vervanging van Segment C. Het verschil zit in de mate van voorspelbaarheid, de planbaarheid en de complexiteit van de casuïstiek. Hierbij zal het regionale team met mandaat bepalen of de laag- of hoogcomplexe jeugdhulp past bij de jeugdige. Deze afbakening lost de knelpunten op rondom de discussie over de prijs aan de voorkant. Ook zal het ervoor zorgen dat het op- en afschalen wordt bevorderd, omdat interventies continu worden bijgesteld op grond van diagnostiek en observatie bij hoogcomplexe jeugdhulp. Door de regionale bemoeienis kunnen de professionals zich richten op het leveren van zorg en hoeven zij niet de gesprekken te voeren met de aanbieders over het passende profiel. Ook zal deze afbakening de leemtes tussen Segment B en Segment C laten verdwijnen en de discussie over financiën bij de toegang verminderen.

2. *Ontwikkel de afbakening van segment C op basis van een gemiddelde trajectprijs per inwoner per jaar.*

Advies voor een oplossing: kiezen voor een bekostigingssystematiek voor segment C waar een gemiddeld trajectprijs per inwoner per jaar wordt bepaald. De trajectduur kan per inwoner verschillen. Om aan het uitgangspunt van reële tarieven te blijven voldoen, is het belangrijk ieder jaar een controle uit te voeren. Is het (arrangement)tarief niet meer reëel, dan kan er een herindicatie plaatsvinden. Dus een bekostiging in de vorm van een trajectprijs met een vaste tijdseenheid en na deze tijdseenheid vindt er weer, indien nodig, een indicatie plaats. Deze indicatie is essentieel, omdat het gaat om onvoorspelbare casuïstiek van hoogcomplexe jeugdhulp. Het advies is om te kiezen voor een vaste tijdseenheid van een jaar, omdat dit minder administratieve lasten geeft. Maak je de termijn langer, dan worden de risico's te groot door de onvoorspelbaarheid van de zorg. Tenslotte, door deze trajectgerichte bekostiging met herindicatie vervalt de prikkel dat aanbieders jeugdigen kunnen weren, want er is geen vast totaalbudget meer voor jeugdigen. Strikt genomen worden er minder afspraken aan de voorkant gemaakt.

3. *Bevorder de samenwerking hoofd- en onderaannemerschap door middel van een gelijkwaardige samenwerking tussen zorgaanbieders door het inzetten van zorgcombinaties.*

Advies voor een oplossing: inzetten op de verplichte samenwerking in een zorgcombinatie bij hoogcomplexe jeugdzorg (segment C). De partijen die zich inschrijven voor de hoogcomplexe zorg dienen bij hun inschrijving toe te zeggen of aan te tonen dat ze in staat zijn om de benodigde zorg integraal aan te kunnen bieden. Aangezien het onmogelijk is dat één partij deze integrale aanpak kan verzorgen, adviseren we om de mogelijkheid te bieden om als zorgcombinatie in te schrijven. Een zorgcombinatie betekent dat aanbieders met elkaar een verplichte en gelijkwaardige samenwerking aangaan met een penvoerder, samengesteld in het samenwerkingsverband. Deze aanbieders stemmen de zorg met elkaar af in het kader van een voor gemeenschappelijke rekening en risico aangenomen project. Zij zijn verantwoordelijk voor de doelgroep van hoogcomplexe jeugdhulp (segment C) en beheren het toegekende budget per gemiddelde prijs van een inwoner. Dit houdt in dat zorgaanbieders elkaar treffen en de zorg met elkaar afstemmen, zodat er geen losse eindjes meer zijn. De Governance-structuur wordt aan de voorkant afgesproken met de penvoerder van de zorgcombinaties. De samenwerkende aanbieders krijgen gezamenlijk de verantwoordelijkheid over één integraal budget en kunnen hierdoor sturen op maatschappelijke effecten in plaats van budgetten in arrangementen. Doordat de zorgcombinaties het budget vooraf ontvangen, ontstaat er de mogelijkheid om te sturen op het volume van de zorg en ondersteuning. En met meerdere zorgcombinaties is de keuzevrijheid van de inwoner gewaarborgd. Deze wijze van contractering met de aanbieders draagt bij aan het oplossen van de knelpunten rondom het hoofd- en onderaannemerschap. Bij het hoofd-onderaannemerschap heb je ongelijkheid. Bij een zorgcombinatie bestaat gelijkwaardigheid met één penvoerder, waardoor aanbieders onderling geen knelpunten meer ervaren in de samenwerking rondom de hoogcomplexe jeugdhulp. Dit neemt niet weg dat het ingewikkeld is op deze samenwerking op te zetten. Een belangrijke reden om deze samenwerking te bevorderen, is dat het een duurzamer is dan het hoofd-en onderaannemerschap.

Door een zorgcombinatie is het mogelijk om te sturen op het volume van de zorg, omdat er aan de voorkant strikte afspraken worden gemaakt. Bovendien zullen zorgcombinaties bijdragen aan een uniforme werkwijze in de regio.
Mogelijk is dit ook een oplossing voor het bevorderen van partnerschap tussen gemeenten en aanbieders. Door het opstellen van het samenwerkingsverband zal de samenwerking tussen zorgaanbieders ook verbeteren dankzij gelijkwaardigheid in plaats van gradaties in het hoofd- en onderaannemerschap.

Nadere toelichting op aanbevelingen van het opstellen van een veranderstrategie
Binnen de regio Westfriesland zijn er de afgelopen jaren al verscheidene optimalisatieslagen doorgevoerd op het onderdeel medewerkers en de cultuur. Gedurende interviews zijn er meerdere signalen gegeven dat de juiste koers is ingeslagen. Er zijn echter aandachtspunten in de uitvoering waar dit geïntensiveerd en/of geoptimaliseerd kan worden. Onderstaand is in meer detail uitgewerkt welke elementen dit betreft:

- Realiseer de verandering in dezelfde lijn als de organisatie
- Individuele belangen centraal stellen en niet de organisatiedoelen
- Snel en oplossingsgericht werken
- Het verkopen van ideeën
- Het overbruggen van de kloof tussen weten en doen

Er is veel te winnen in het organiseren van een veranderstrategie, waarin een groot deel van de collega's uitdaging ziet, maar wat ook ontwikkelkansen geeft. Wel is het verandervermogen van de regio hierbij een zorgpunt. Een veranderstrategie vraagt aanpassing van werkwijze en daarmee (doorloop)tijd en mogelijk aanvullende investeringen, die wel beschikbaar gemaakt moet worden om de strategie in de praktijk te realiseren. Ook is het van belang hierbij rekening te houden met het feit dat het personeelsbestand van de regio voor een groot gedeelte bestaat uit werknemers die al een geruime tijd werkzaam zij binnen regio Westfriesland. Hierdoor hebben zij al verschillende organisatie en/of stelselwijzigingen meegemaakt en wordt er genoemd dat we moeten waken dat medewerkers niet 'organisatieverandering moe' zijn. Het is belangrijk de realisatie en urgentie binnen de organisatie te laten leven dat verandering aan de orde van de dag is en dat he tempo moet passen bij de doelstellingen van de regio. Een eenduidige sturing vanuit het managementniveau naar Raad, college en medewerkers draagt hieraan bij.

Daarnaast is een belangrijk aandachtspunt dat uit gesprekken is opgemerkt dat er bij verschillende teams vanuit de gouden driehoek een gevoel van hoge werkdruk is en dynamiek in koerswisselingen die deels door politiek is gedreven wordt. Daarnaast wordt duidelijk dat er een meer rationele aansturing gewenst is waarin rollen en verantwoordelijkheden explicieter word gemaakt en waarbij gestuurd op realisatie van doelstellingen. Dit biedt aan de ene kant medewerkers te motiveren en aan de andere kant meer grip te verkrijgen op het behalen van gewenste resultaten. Hiervoor is het van belang dit in de mindset en werkwijze van medewerkers door de gehele organisatie te integreren.

Bijlagen

5.1 Begrippenlijst:

Om misverstanden over de betekenis van begrippen te voorkomen, volgt in dit hoofdstuk een korte toelichting op gebruikte begrippen in dit rapport.

1. **Perspectiefplan:** Het zorgarrangement met de vooraf gestelde resultaten - het geformuleerde perspectief – wordt vastgelegd in het perspectiefplan. Dit is het plan waarin een samenhangend pakket van informele ondersteuning, algemene en individuele voorzieningen met de inwoner wordt afgesproken. Het perspectiefplan wordt bij voorkeur opgesteld door het gezin zelf, waar nodig met ondersteuning vanuit het lokale team. Alle informatie in een perspectiefplan en de eventuele verwijzing is inzichtelijk voor de jeugdige en/of het gezin. Een perspectiefplan is een dynamisch document en dient als basis voor de uitvoering van de dienstverlening aan de inwoner.
2. **Arrangement:** Een combinatie van een ondersteuningsprofiel en intensiteit. Het arrangement is daarmee gekoppeld aan een bepaalde zwaarte van hulp/ondersteuning en aan een daarvoor realistisch tarief.
3. **Behandelplan/ zorgplan:** Een plan dat de zorgaanbieder samen met de jeugdige/het gezin/ de inwoner opstelt om de resultaten uit het perspectiefplan te vertalen naar concrete acties. Dit plan is niet inzichtelijk voor de gemeente.
4. **Beschikking:** Een formeel besluit van de gemeente voor inwoner, jeugdige of gezin waarin een besluit op een aanvraag voor hulp en ondersteuning staat. Tegelijkertijd met de beschikking ontvangt de zorgaanbieder een bericht zorgtoewijzing (301-bericht).
5. **Eén (1) gezin 1 plan:** 1Gezin1Plan (1G1P) is een werkwijze waarbij met multiprobleemgezinnen een gezamenlijk plan gemaakt wordt waarin aandacht is voor samenhang en structuur. Met 1G1P wordt integraal, planmatig en doelgericht gewerkt. Binnen de werkwijze kan met meerdere perspectiefplannen worden gewerkt.
6. **Ondersteuningsprofielen:** De inhoudelijke omschrijving van inwoner en gezinskenmerken die gebruikt wordt om de problematiek van de inwoner te typeren. Het ondersteuningsprofiel is dermate onderscheidend dat verwijzers en instellingen hiermee kunnen werken. De oude producten verdwijnen door het inzetten van profielen. Profielen worden opgesteld aan de voorkant van het traject, en de resultaat aan de achterkant. Voordelen van het gebruiken van profielen is dat er een eenheid is in taal, de resultaten kunnen gekoppeld worden en het is gebruiksvriendelijk voor het opstellen van de tarieven. Let op!: Er is ruimte voor maatwerk binnen elk profiel.
7. **Prestatie indicatoren:** Indicatoren voor het meten van resultaten en effecten van de ingezette hulp/ondersteuning. Deze zijn verplicht gesteld in artikel 2.2. van de Jeugdwet, voor jeugdhulpaanbieders, en worden ook toegepast voor Wmo-aanbieders. Het gaat hier om de indicatoren: uitval, doelrealisatie en cliënttevredenheid.
   Er zijn drie prestatie indicatoren:
   1. Uitval: de mate waarin de cliënten uitvallen in een hulpverleningssituatie.

2. Cliënttevredenheid: de mate waarin de bevraagden in de doelgroep het nut/het effect van de hulp/ondersteuning als voldoende/positief ervaren/beoordelen.
3. Doelrealisatie: de mate waarin doelen worden behaald in een hulpverleningssituatie.

8. **Intensiteit:** Intensiteiten verfijnen de inzet op hulp binnen het profiel. Verschillen in intensiteiten zijn licht-midden-zwaar. De medeweker van de lokale toegang geeft advies over de hoogte van de intensiteit dat in het ondersteuningsprofiel wordt opgenomen.
9. **Hoofdaannemer**: Het hoofdaannemerschap is dat per inwoner een zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het resultaat voor het niet vrij toegankelijke zorgdeel voor een inwoner. Om dit resultaat te kunnen behalen wordt een arrangement op maat gemaakt, eventueel met de inzet van de onderaannemers. Het gezin/jeugdige kiest zelf de hoofdaannemer uit. De medeweker van de lokale toegang mag hier objectief advies voor geven aan het gezin. Vervolgens wordt de lokale toegang ook opdrachtgever van de hoofdaannemer. Tenslotte is de hoofdaannemer verantwoordelijk voor het behalen van het resultaat.
10. **Onderaannemer**: De ondernemer wordt ingezet door de hoofdaannemer als het specialisme van de onderaannemer gewenst ter ondersteuning van de hulp voor de inwoner.
11. **Opdrachtgeverschap**: De gemeente koopt bij de aanbieder het resultaat in. Er wordt gestuurd op dit resultaat, zowel door de lokale toegang als de gemeente. De lokale toegang is opdrachtgever van het traject.
12. **Regie/ regisseur**: Wanneer een inwoner, jeugdige of gezin niet zelf de regierol kan vervullen neemt het lokale team deze rol op zich. De regisseur zorgt ervoor dat er integrale dienstverlening verleend wordt aan inwoner, jeugdige of gezin.
13. **Zorgaanbieders**: Instellingen en beroepsbeoefenaren die ondersteuning en/of hulpverlening leveren.
14. **Lokale toegang:** De voorziening die een gemeente heeft ingericht om hulp/ondersteuning te bieden aan inwoner, jeugdige of gezin en tevens de lokale toegang tot (hoog)specialistische jeugdhulp en Wmo. De focus van de lokale toegang ligt op het versterken van de eigen regie/kracht van de inwoner/jeugdige, gezin, het vergroten van zelfredzaamheid.
15. **Rollen van toegang: (**NB: niet alle lokale toegangen van de zeven gemeenten werken hetzelfde, enkele wijken af van deze rollen**)**
    a. **Toegangsrol:** het aannemen en verwerken van ondersteuningssignalen en hulpvragen van inwoners
    b. **De Regisseur:** regie voeren gedurende het hele traject van aanmelding tot afsluiting: regelen, coördineren, afstemmen en volgen van zorg en ondersteuning voor inwoner of gezin.
    c. **Hulpverlener**: het uitvoeren van plan van aanpak met inwoner (en/of gezin) en het netwerk en waar nodig ondersteuning bieden.
    d. **De wijk/preventiewerker**: het signaleren en voorkomen van problemen in de wijk en het opbouwen van wijknetwerk.
16. **Resultaatgestuurde bekostiging**: ook wel **outputgerichte bekostiging** genoemd, dit is geen resultaatbekostiging, maar resultaat-gestuurde bekostiging. Hierbij komen gemeente en

aanbieder overeen dat op basis van een vooraf gedefinieerd product (met een vaste prijs, bijvoorbeeld een traject) of een budget (arrangement per inwoner) de afgesproken output moet worden gerealiseerd. De aanbieder levert aan de inwoner die zorg en ondersteuning die nodig is om de output te behalen. De gemeente en aanbieder communiceren niet het gewerkte aantal uren, maar het afgesproken vaste tarief of budget.

5.2 PxQ versus resultaatgestuurd werken en outputgericht bekostigen

Een basis uitgangspunt van het resultaatgestuurd werken is dat er samen met de inwoner en zorgaanbieder wordt bepaalt welke resultaten er behaald moeten worden. Afhankelijk daarvan zet de zorgaanbieder ondersteuning of begeleiding in. Het ‘arrangement’ omvat alles wat nodig is om de gewenste resultaten te behalen. Het uitgangspunt is dat de inwoner zelf de regierol voor de eigen hulpvraag heeft, tenzij hij/zij deze niet op zich kan nemen. In dat geval ligt de regie bij de lokale toegang van de gemeente.

Veranderingen met het oude stelsel zijn dat er nu focus ligt op het behalen van doelen en resultaten in plaats van het accent op in te zetten in ‘middelen’. De lokale toegang zoekt niet langer naar verschillende producten voor de inwoner, maar stelt een allesomvattende ondersteuningsprofiel op. Dit houdt in dat de lokale toegang formuleert wat er bereikt moet worden; en hoe het bereikt moet worden wordt in vertrouwen overgelaten aan de zorgaanbieder. Binnen het resultaatgestuurd werken worden doorgaans door de inwoner en hulpverlener(s) gezamenlijk concrete resultaten vastgesteld, zodat hier binnen een traject naartoe kan worden gewerkt. In plaats van een vast tarief per uur uit te betalen aan een aanbieder, bestaat de vergoeding uit een vooraf afgesproken bedrag per traject, beduiden dat er niet meer in uren wordt gerekend maar in arrangementen. Het grote voordeel van resultaatgericht indiceren ten opzichte van het PxQ-stelsel is dat de medewerker van de zorgaanbieder meer in overleg is met de inwoner over wat er gedaan moet worden. Er kan meer maatwerk worden geboden. Zowel bij Jeugd als bij Wmo heeft dat de volgende voordelen opgeleverd:

- Voor de inwoner maatwerk en samenhang in interventies;
- Focus op resultaten niet op ad hoc probleemoplossing;
- Ruimte voor de professional;
- Meer samenwerking tussen zorgaanbieders en tussen aanbieders en gemeenten;
- Meer ruimte voor nieuwe vormen van ondersteuning en begeleiding, dichtbij huis;
- Vermindering en omvorming van administratief verkeer met betere structuur;
- Effectieve inzet van middelen;

RGW levert voor de gemeente het voordeel op dat vooraf een vaste prijs wordt afgesproken met de zorgaanbieder waarvoor de aanbieder het resultaat gaat opleveren. Ten opzichte van het PxQ-stelsel is dit overzichtelijker en betekent het minder administratieve lasten. Door resultaatfinanciering ligt er een incentive bij de aanbieder om zo efficiënt en innovatief mogelijk het doel te bereiken. In het PxQ-stelsel ontbreekt deze prikkel.

Doelen uit de inkoop:

- Keuzevrijheid voor de inwoner om te kiezen tussen zorgaanbieders;
- Integrale hulpverlening;
- Ondersteuning dichtbij huis;
- Ruimte voor de professional;
- Concurrentie tussen zorgaanbieders op kwaliteit

Als regio West-Friesland zijn we aan de slag gegaan met de transformatie. De regio heeft gekozen voor RGW omdat met dit zag als een instrument om de transformatiedoelen te realiseren, met de volgende transformatiedoelstellingen als leidraad:

- Eigen kracht en verantwoordelijkheid van het gezin
- Hulp op maat, integraal en zo dichtbij mogelijk
- Kleine problemen blijven klein
- Meer ruimte voor de professional
- Lagere kosten door efficiënt werken en hulp van goede kwaliteit.

Bij het RGW en output bekostigen worden er geen producten, maar resultaten ingekocht. Even ver gevorderd zijn we met het uitgangspunt ‘in relatie van gemeente/ financier met aanbieders van Jeugdhulp en Wmo worden geen producten meer ingekocht, maar wordt een resultaatsverplichting aangegaan. Dit voegt een prikkel toe om ‘te doen wat nodig is’, en daar de verantwoordelijkheid voor te nemen. Bovendien wordt hiermee een halt toegeroepen aan het open eindekarakter van trajecten, door te behalen voor het resultaat in plaats van de inspanning. De professionals van de lokale toegang zijn verantwoordelijk wat er bereikt moet worden, hoe het bereikt moet worden wordt in vertrouwen overgelaten aan de zorgaanbieder/instelling.

5.3 Landelijke uitvoeringsmodellen voor de bekostigingssystematiek

Landelijk zijn drie uitvoeringsmodellen uitgewerkt waaruit de gemeenten in het land kunnen kiezen bij het bekostigen van de in te kopen zorg. Hieronder worden de drie uitvoeringsvarianten aan de hand van een aantal items kort toegelicht.

Bij **taakgerichte bekostiging** verstrekt de opdrachtgever een integraal budget per aanbieder of per gebied of voor alle aanbieders. Dit budget is gekoppeld aan een taak of opdracht. Deze taak of opdracht staat centraal in de bekostiging;

Bij **inspanningsbekostiging** (prestatiegericht (PxQ)) betaalt de gemeente per uur of dag tegen een gecontracteerd tarief, eventueel binnen budgetmaximum. De gerealiseerde productie staat centraal in de bekostiging. De uiteindelijke financiële vergoeding wordt dus berekend door het aantal keer dat de inspanning wordt geleverd te vermenigvuldigen met de vastgestelde prijs.

Bij **outputgerichte bekostiging** (resultaatgericht) verstrekt de gemeente een bedrag voor het realiseren van een resultaat per inwoner. De betaaltitels zijn arrangementen, gebaseerd op inwonerprofielen in combinatie met intensiteitsniveaus en te behalen resultaten. Gemeente betaalt aan de aanbieder (afhankelijk van het arrangement) een vooraf bepaald bedrag per inwoner om dit resultaat te behalen.



Tot en met 2019 heeft de regio de jeugdhulp en Wmo-ondersteuning prestatiegericht ingekocht. Vanaf 2020 is de regio overgegaan op resultaatgericht (outputgericht) bekostiging. In de volgende paragraaf worden de verschillen tussen deze twee vormen van bekostigingssystematiek. Daarin wordt ook toegelicht waarom West-Friesland is overgegaan op resultaatgericht/outputgerichte bekostigen.