Visie inkoop sociaal domein vanaf 2021



Datum MOSD : 5 April 2018

Van **:** Andre Lurvink, Bert Veeloo, Sandra Droppers ,Helen Wassink, Ivo Nienhuis, Trix Klompjan, Freek Mulder en Gea Rauwerdink

Inleiding

Aanleiding
In oktober 2017 is de regionale werkgroep “Inkoop visie (2019 en volgend)” van start gegaan**.** Opdracht aan de werkgroep is een inhoudelijk kader aan te geven waar ingegaan wordt op de vraag hoe de Achterhoekse gemeenten willen sturen op een adequaat zorg- en ondersteuningsaanbod en welke (financiële) prikkels ingebouwd worden richting aanbieders. In deze inkoopvisie beschrijven we dit inhoudelijke kader.

Uitgangspunten
De visie op de inkoop van zorg en ondersteuning dient ondersteunend te zijn aan de regionale visie sociaal domein “Samenwerken om elkaar te versterken.” Inkoop is immers een middel en geen doel op zich. Via inkoop kunnen de gewenste inhoudelijke resultaten, die beschreven staan in de regionale visie mede mogelijk worden gemaakt. Daarnaast richt deze visie zich, conform de afbakening in de regionale visie op het sociaal domein, op de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) en Jeugdhulp.

De wijze waarop gemeenten wil sturen op het zorgaanbod en hoe dit te bekostigen, hangt nauw samen met de toegang tot zorg. Deze kunnen niet los van elkaar worden gezien. Deze kunnen niet los van elkaar worden gezien. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de samenwerkende gemeenten allen hebben aangegeven dat de toegang tot zorg lokaal georganiseerd moet zijn. Dit heeft consequenties voor sturings- en bekostigingsmogelijkheden.

De eerste stap om een visie succesvol uit te kunnen voeren, is dat stakeholders betrokken zijn bij de ontwikkeling van de visie zelf. Om tot een gedragen visie te komen, hebben we daarom de afgelopen periode gesprekken gevoerd met afgevaardigden van gemeentelijke cliëntenraden, zorgaanbieders, beleidsmedewerkers, consulenten, medewerkers contract en leveranciersmanagement, financials en managers sociaal domein.

Beslispunten
Op basis van de uitgangspunten komen we tot de volgende beslispunten:

1. Ontwikkeling in gang zetten om te sturen op resultaten op individueel cliëntniveau waarvan geïndiceerde preventie onderdeel is;
2. Bij vraagverheldering en omschrijving van resultaten gebruik te maken van het coördinatiemodel van Esbjerg;
3. In het verlengde van bovenstaande beslispunten ontwikkelen van indicatoren om daar waar het kan aanbieders te bekostigen op basis van bereikte resultaten. Daar waar dit niet kan, af te rekenen op basis van prestatie of beschikbaarheid.
4. Werkgroep te formeren om samen met inwoners en zorgaanbieders resultaatsturing en bekostiging (waar mogelijk) in 2021 in te voeren.

Leeswijzer
Allereerst beschrijven we de huidige situatie als het gaat om de toegang tot en inkoop van zorg binnen de Achterhoekse gemeenten (hoofdstuk 1). In hoofdstuk 2 beschrijven we de uitgangspunten (regionale visie en uitkomsten gesprekken met stakeholders). Vervolgens beschrijven we de gewenste situatie (hoofdstuk 3) en de beslispunten en aandachtspunten voor verdere uitwerking van de visie (hoofdstuk 4). Tot slot staat in hoofdstuk 5 het vervolgproces centraal.

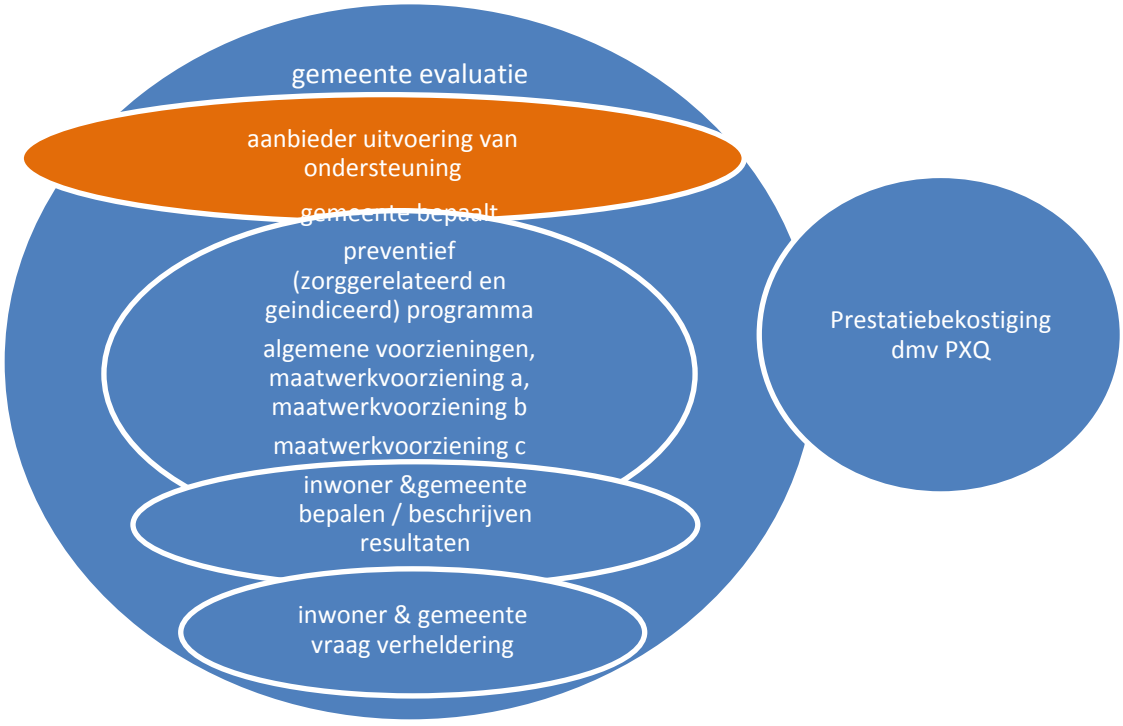
1. Huidige situatie toegang tot zorg en inkoop binnen de Achterhoekse gemeenten

Gemeenten hebben de toegang van ondersteuning vorm gegeven met behulp van zogenoemde sociale teams, wijkteams en ondersteuningsteams. De rollen en verantwoordelijkheden van deze teams kunnen verschillen. De toegang tot individuele maatwerkvoorzieningen is in alle gemeenten belegd bij consulenten die werkzaam zijn bij een gemeente.

Inwoners melden zich met een vraag bij het lokale team van de gemeente, waar vervolgens de vraagverheldering plaats vindt. Op basis van de vraag bepalen inwoner en gemeente samen de te behalen resultaten en doelen met behulp van de zelfredzaamheidsmatrix. Deze worden vertaald naar maatwerkvoorzieningen/producten. Bijvoorbeeld individuele begeleiding voor 3 uur per week en 6 dagdelen groepondersteuning per week. Voor Jeugdhulp geldt dat ook andere partijen verwijzer zijn, zoals de huisartsen en medisch specialisten.

Het versturen van een zorgopdracht door de gemeente, is het startmoment van de aanbieder voor het leveren van ondersteuning. Door het indiceren van meerdere maatwerkvoorzieningen kan een arrangement opgesteld worden. Op- en afschalen van ondersteuning loopt via de gemeente, waar ook de regie blijft. De gemeente blijft eveneens betrokken bij de evaluatie en de behaalde resultaten van de client. Dit vraagt van de medewerkers toegang naast een brede en integrale blik ook specifieke kennis van verschillende doelgroepen die door middel van scholing op peil gehouden moeten worden. De financering vindt plaats op basis van prestatiebekostiging door middel van PxQ financiering[1].

Samengevat leidt dit tot het volgende model;



Schema 1, *blauw rol gemeente/ oranje rol zorgaanbieder.*

[1] *P x Q financiering houdt in dat de zorgaanbieder voor elk uur/dagdeel /dag geleverde zorg een vast tarief krijgt.*

Gemeenten hebben bij de huidige werkwijze grip op zowel de toegang als de financiën. Ook de integrale afstemming binnen het gemeentelijke domein en tussen gemeenten onderling is vereenvoudigd. De administratieve last bij de aanbieder ligt hoog, aangezien ze elk uur moeten verantwoorden.

Belangrijk uitgangspunten bij de huidige inkoopvisie zijn de keuzevrijheid van cliënten om zelf haar aanbieder te kiezen en de mogelijkheid om ook met kleine lokale aanbieders een overeenkomst te kunnen sluiten. Aanbieders die voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen in het "Inkoopdocument Individuele voorzieningen Jeugdhulp en Maatwerkvoorzieningen Wmo (*inclusief Beschermd Wonen*) 2018 e.v. Acht Achterhoekse Gemeenten", mogen ondersteuning bieden. Dit heeft geleid tot een groot aantal aanbieders. Van gemeenten vraagt dit een grote inzet voor de beheersbaarheid.

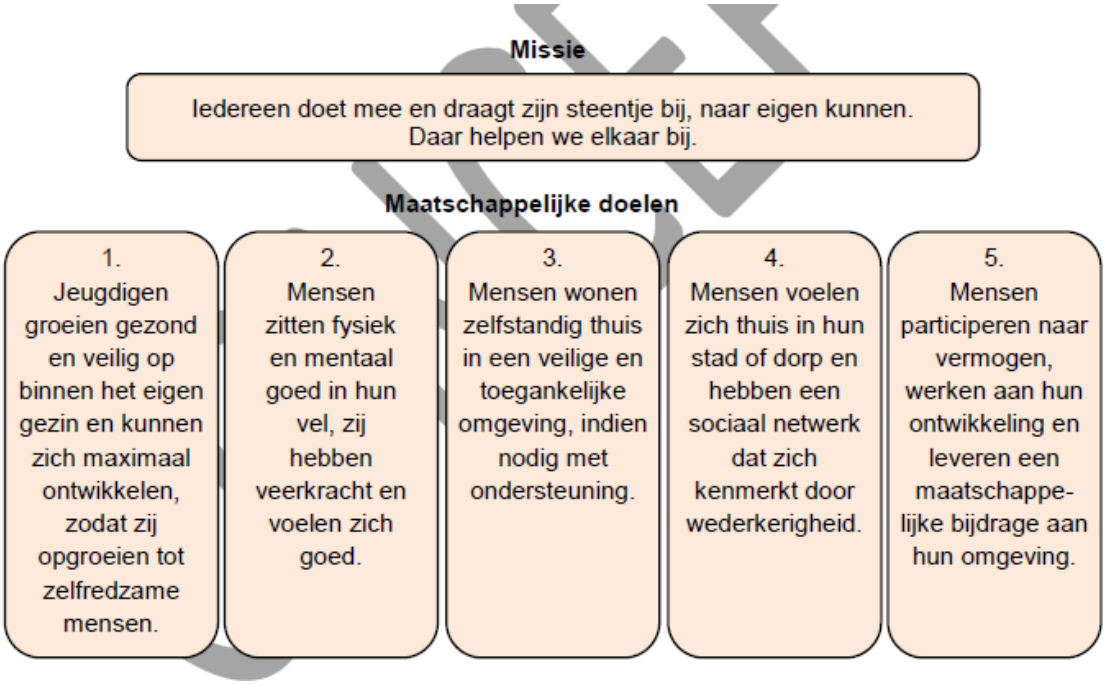
De huidige inkoopvisie prikkelt niet direct tot samenwerking tussen gemeenten en aanbieders of aanbieders onderling. Het nodigt aanbieders ook niet uit om gebruik te maken van het voorliggend veld. Er vindt wel overleg plaats, maar er is nog geen sprake van vergaande samenwerking.

2. Uitgangspunten

In onderstaand hoofdstuk beschrijven we achtereenvolgens de missie zoals deze is omschreven in de regionale visie sociaal domein “Samenwerken om elkaar te versterken” en de uitkomsten van de diverse bijeenkomsten met stakeholders.

2.1 Missie

In de regionale visie sociaal domein Samenwerken “Samenwerken om elkaar te versterken” is onze missie als volgt omschreven.



De maatschappelijke resultaten en indicatoren worden op dit moment nog nader uitgewerkt in een parallel lopend traject.

Uitgangspunten hierbij zijn:

- Iedereen doet mee en draagt een steentje bij naar eigen kunnen
- Kantelen naar preventie
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid van inwoners, aanbieders en gemeente
- Sturen op doelen en resultaten
- Ruimte voor de professional
- Toegang via lokaal team gemeente
- Ontschotten van budgetten
- Ruimte voor experimenteren

2.2 Uitkomsten bijeenkomsten stakeholders

Afgelopen periode zijn een zevental bijeenkomsten georganiseerd met stakeholders, te weten, afgevaardigden van lokale Wmo/ sociale raden, zorgaanbieders, ambtelijk overleg (AO)jeugd, AO Wmo, AO financieel medewerkers, consulenten en AO contract en leveranciers management.

We hebben als werkgroep een open dialoog gevoerd aan de hand van onderstaande vragen;

1. Waar droom je van waar we met sociaal domein staan over 5 jaar?
2. Kantelen naar preventie
    Welke mogelijkheden of kansen zie je hiervoor?
    Op welke wijze kan inkoop hier een rol in spelen?
3. Samenwerken met aanbieders
    Welke mogelijkheden of kansen zie je hiervoor?
    Op welke wijze kan inkoop hier een rol in spelen?

4. Hoe zie je over vijf jaar de toegang tot zorg? Welke financieringsmodel heeft voor jou de voorkeur? Dit kan per perceel verschillen.

*P*Q*
Resultaatfinanciering
Populatiebekostiging
Beschikbaarheidsbekostiging

De gesprekken hebben geleid tot een groot aantal uiteenlopende argumenten, beelden en standpunten. Een aantal hiervan zijn in de verschillende groepen maar ook bij de verschillende onderwerpen vaker terug gekomen, te weten samenwerking, vertrouwen, vrijheid in op- en afschalen en cliënt/vraaggericht werken.

Preventie
Iedereen is het er over eens dat preventie een belangrijke rol speelt. De wijze waarop hier invulling aan kan worden gegeven verschilt. Belangrijkste punten die genoemd zijn, is aanbieder ruimte geven voor preventieve taken en flexibiliteit in op- en afschalen van ondersteuning. Ook het eerder doorsturen naar aanbieders en eerst inzetten van zwaardere zorg die vervolgens sneller wordt afgebouwd wordt als een vorm van preventie gezien. Daarnaast wordt een goede samenwerking tussen verschillende partijen belangrijk gevonden.

Samenwerken
Door zorgaanbieders werd veelvuldig aangegeven dat de huidige werkwijze niet prikkelt om samen te werken en de vrijheid ontbreekt om echt maatwerk te kunnen bieden. In de bijeenkomst met de consulenten werd dit ook genoemd, de samenwerking werd gemist. Daarnaast werd een eenduidige wijze van werken en indiceren genoemd. Ook afgevaardigden van lokale Wmo/sociale raden vroegen aandacht voor meer samenwerking tussen professionals, integrale afstemming , minder gezichten in een gezin en meer ruimte voor de professional. Het makkelijk kunnen op en afschalen van ondersteuning werd meerdere keren genoemd.

Sturing
Consulenten en leden van het AO Wmo gaven aan het wenselijk te vinden om meer te sturen op resultaten en de inkoop hier ook op aan te passen. De andere groepen hadden hier niet een duidelijk standpunt over.

Wel gaven zowel aanbieders als de gemeenten de voorkeur aan gemeenten als regisseur en een door de gemeente gefaciliteerde toegang. Afgevaardigden van de lokale Wmo/sociale raden vroegen specifiek aandacht voor het actief aanbieden van onafhankelijke cliëntondersteuning.
Het inzetten van expertise van de zorgaanbieders in de toegang, zagen velen als een vorm van preventie en zou de samenwerking kunnen versterken.

Financiering
De vraag hoe de ingezette zorg te financieren leidde tot meer vragen dan antwoorden. De consequenties van een bepaalde vorm van financieren zijn niet te overzien, praktijkvoorbeelden zijn er nog te weinig. Dit gold ook voor de vraag welke vorm van financieren geschikt zou zijn voor welke product, doelgroep of zorgvorm. Het kiezen van één vorm van financieren over het gehele sociaal domein zou niet mogelijk kunnen zijn, vanwege de diversiteit. Volledige populatiebekostiging werd als een brug te ver gezien en mogelijk als onwenselijk door zowel aanbieders als medewerkers van de gemeenten.

Knelpunten
Alhoewel het meest ultieme sturingsmodel en inkoopmodel nog niet bekend is, worden er bij de huidige werkwijze wel een aantal knelpunten ervaren. Meest belangrijke knelpunten die zijn genoemd;

- Te weinig regie bij inwoners
- Onvoldoende vrijheid bij aanbieders om maatwerk te leveren
- Te weinig ruimte voor professional bij aanbieder
- Vinden van ultieme aanbieder voor inwoner
- Op en afschalen van zorg
- Onvoldoende samenwerking tussen voorliggend veld ,aanbieders en gemeente

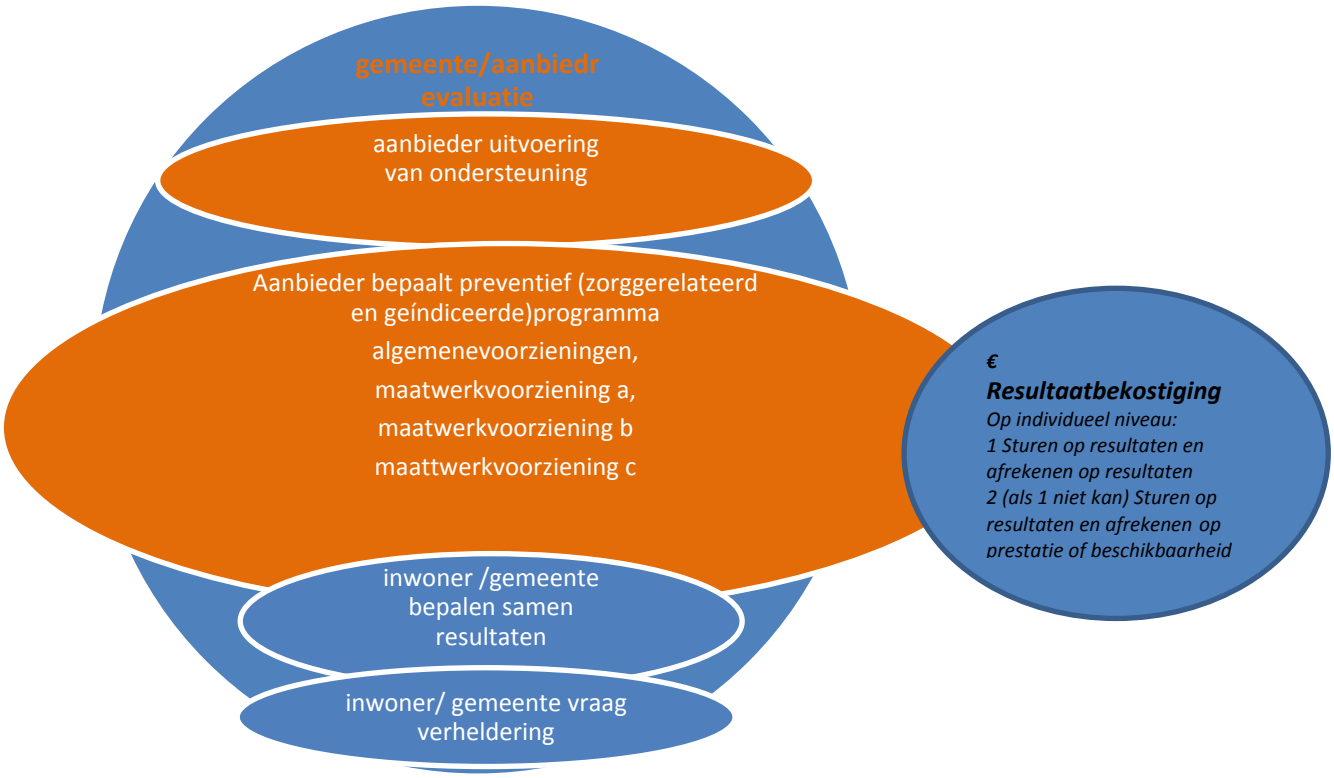
3. Gewenste situatie

Op basis van de in de vorige hoofdstukken genoemde uitgangspunten en knelpunten hebben we vier verschillende modellen uitgewerkt. Zie hiervoor de bijlage. In onderstaand hoofdstuk lichten we onze keuze voor het gewenste model toe.

De visie op inkoop moet samenwerking, vertrouwen, vrijheid in op- en afschalen en cliënt/vraaggericht werken stimuleren. Belangrijk uitgangspunt voor gemeenten is dat de toegang van ondersteuning bij de lokale teams van gemeenten ligt. De vraag van de inwoner en de resultaten die hij/zij wil bereiken is daarbij leidend. Deze worden op basis van vraagverheldering door inwoner en gemeenten samen bepaald. Belangrijk hierbij is dat er gebruik gemaakt wordt van een eenduidige werkwijze, waarbij de regie zoveel mogelijk bij de inwoner ligt. Op dit moment wordt hiervoor gebruik gemaakt van de zelfredzaamheidsmatrix. Om meer regie bij de inwoner te leggen wordt in de regionale visie sociaal domein " Samenwerken om elkaar te versterken" het model van Esbjerg genoemd. Dit model bevat een visie met de focus op het ondersteunen van de inwoner in het verantwoordelijk zijn voor en het in regie zijn over het eigen leven.

Om de aanbieder meer ruimte te bieden bepaalt deze op basis van de beschreven resultaten op welke wijze ondersteuning wordt ingezet. Dit kan door middel van de inzet van vrijwilligers, mantelzorgers, algemene voorzieningen, preventieve taken en individuele maatwerkvoorzieningen. Stimuleren van adequate hulp en ondersteuning vraagt om een nieuwe werkwijze. De prikkel om te innoveren is het meest sterk bij het resultaatgericht inkopen van zorg. De financiering moet in ieder geval de juiste prikkels geven aan aanbieders. Bij resultaatbekostiging is sprake van een causaal verband tussen het te bereiken resultaat en de door de aanbieder geleverde inspanning.

Samengevat leidt dit tot het volgende model;



Schema 2, *blauw rol gemeente / oranje rol zorgaanbieder*

Het grote verschil met de huidige situatie is dat de gemeente samen met de inwoner alleen de te bereiken resultaten vaststelt. De aanbieder bepaalt op welke wijze en met gebruik van welke voorzieningen de ondersteuning wordt geboden. De bekostiging wordt daar waar mogelijk gekoppeld aan de te behalen resultaten in plaats van de huidige financiering middels P*Q.

4. Beslispunten

Om van de huidige situatie naar de gewenste situatie te komen adviseren wij u het volgende te besluiten:

Beslispunten:

1. Ontwikkeling in gang zetten om te sturen op resultaten op individueel cliëntniveau waarvan geïndiceerde preventie onderdeel is;
2. Bij vraagverheldering en omschrijving van resultaten gebruik te maken van het coördinatiemodel van Esbjerg;
3. In het verlengde van bovenstaande beslispunten ontwikkelen van indicatoren om daar waar het kan aanbieders te bekostigen op basis van bereikte resultaten. Daar waar dit niet kan, af te rekenen op basis van prestatie of beschikbaarheid.
4. Werkgroep te formeren om samen met inwoners en zorgaanbieders resultaatsturing en bekostiging (waar mogelijk) in 2021 in te voeren.

Ad 1

Sturen op resultaten

a. Sturen op resultaten biedt meer ruimte aan de professional voor het bereiken van de door gemeente en inwoner gewenste resultaten. Het gaat meer uit van vertrouwen in elkaar. De regie richt zich op de inhoud en niet op aantal te leveren uren. De door gemeenten gewenste innovatie wordt gestimuleerd wanneer op resultaat wordt gestuurd. Sturen op resultaten ligt ook in lijn met het plan van aanpak Transformatieagenda Jeugd en Wmo.
b. Sturen op resultaten daagt aanbieders meer uit om met elkaar samen te werken en gebruik te maken van het voorliggend veld.
c. Sturen op resultaten betekent dat je de resultaten moet benoemen in overeenstemming met je zorgaanbieders. De gestelde resultaten moeten meetbaar zijn, zodat je er eventueel ook gunningscriteria aan kunt ontlenen. De aanbieders kunnen zich op resultaten onderscheiden van elkaar. Om draagvlak te creëren worden de resultaten samen met aanbieders uitgewerkt.

Ad 2

Meer regie bij inwoner

Een van de uitgangspunten is meer regie bij de inwoner. Het coördinatiemodel van Esbjerg (Denemarken) kan hierbij ondersteunen. Dit model bevat een visie met de focus op het ondersteunen van de inwoner in het verantwoordelijk zijn voor en het in regie zijn over het eigen leven.

Het model ondersteunt de inwoner in het bereiken van een zelfstandig en waardevol leven, ondanks vermindering van functioneren. Zij nemen daarbij rehabilitatie[2] als uitgangspunt. Het coördinatiemodel is ontwikkeld vanuit de behoefte aan een gezamenlijke richting en taal, een behoefte aan een krachtigere samenhang en duurzaamheid van interventies waarin de inwoner centraal staat. Uit recent onderzoek blijkt dat ouderen en chronisch zieken door deze aanpak meer

[2] *Rehabilitatie is een doelgericht en tijdsgebonden samenwerkingsproces tussen de burger, mantelzorgers en professionals. Het doel is dat de burger, die te maken krijgt met verlies of verregaand dreigend verlies van zijn fysieke, mentale en/of sociale functievermogen, een zelfstandig en waardevol leven krijgt. Rehabilitatie baseert zich op de gehele levenssituatie en besluitvorming en bestaat uit een gecoördineerde, samenhangende en wetenschappelijk gebaseerde interventie*

plezier in het leven hebben, ze minder vaak opgenomen worden en minder behoefte hebben aan zorg, met lagere kosten tot gevolg. En de professionals vinden het werk leuker.

Ad 3
Resultaatbekostiging betreft de financiering van een vooraf vastgesteld resultaat.
Een voorbeeld hiervan is dat een inwoner binnen 2 maanden de wasmachine zelfstandig kan bedienen. Of binnen twee maanden is aangemeld en deelt neemt aan de activiteiten binnen de sportvereniging.

Er is sprake van resultaatsbekostiging op het moment dat het leveren van het traject en de betaling ervan (geheel of voor een deel) is gekoppeld aan het behalen van een resultaat. Dit is ongeacht de beschikbaarheid en de inzet van de voorziening. Bij resultaatsbekostiging worden vooraf afspraken gemaakt over een gewenst resultaat en de daarbij behorende vergoeding. De premisse daarbij is dat dit resultaat het effect is van de door de aanbieder geleverde inspanning; een zogenoemd causaal verband.
De resultaatbekostiging is geen doel op zich. Daar waar op basis van de te bereiken resultaten een ander bekostigingsmodel meer passend is, wordt daar voor gekozen. Bij de keuze die dan gemaakt wordt, wordt in ieder geval rekening gehouden met de volgende uitgangspunten: het vereenvoudigen van het op- en afschalen van ondersteuning en administratieve lastenvermindering.

Ad 4
Werkgroep te formeren om samen met inwoners en zorgaanbieders resultaatsturing en bekostiging (waar mogelijk) in 2021 in te kunnen voeren.
De werkgroep heeft een relatie met de werkgroepen die genoemd worden in plan van aanpak “Aan Tafel”. Deze laatste richten zich op de uitwerking van de vijf maatschappelijke doelen en resultaten. Deze dienen in elkaars verlengde te liggen.
Voor draagkracht binnen de gemeenten en zorgaanbieders stellen wij voor om in ieder geval medewerkers vanuit de volgende functies toe te voegen; afgevaardigde(n) namens de zorgaanbieders, beleidsmedewerker Wmo en Jeugd, consulent, informatisering, uitvoerder backoffice, inkoper, en een contract en leverancier manager. De werkgroep dient zich ook te buigen over de software en uitvoering in de backoffice, vandaar het verzoek tot leden informatisering en backoffice. Juridisch en financieel medewerker op consultatiebasis.

Aandachtspunten bij de verdere uitwerking
<u>Privacywetgeving</u>
Een belangrijk vereiste in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) is dat niet meer gegevens verzameld worden dan noodzakelijk voor het doel. Bij uitvoering van de Wmo en/of jeugdwet heeft de gegevensverzameling als doel de noodzaak van ondersteuning te kunnen vaststellen. Gegevens die hier niet voor nodig zijn mogen ook niet gevraagd worden. Uit onderzoek is gebleken dat bij gebruik van bijvoorbeeld de zelfredzaamheidsmatrix meer persoonsgegevens worden uitgevraagd dan noodzakelijk. Als we met het model van Esbjerg gaan werken moeten we hier goed naar kijken.

<u>Resultaat gericht indiceren</u>
Met name binnen de Wmo (hulp bij het huishouden) zijn verschillende rechtszaken geweest over resultaatgericht indiceren. Ook in het geval van resultaat gericht indiceren is objectief en onafhankelijk onderzoek vereist naar de tijd die nodig is voor de ondersteuning bij het huishouden. Hier moet in de uitwerking rekening mee worden gehouden.

Consultatie gemeenten

De conceptvisie is door de managers besproken in de afzonderlijke gemeenten. Hier zijn een aantal aandachtspunten meegegeven voor het vervolgproces. Deze zijn verwerkt in bijlage 3.

5. Vervolgproces

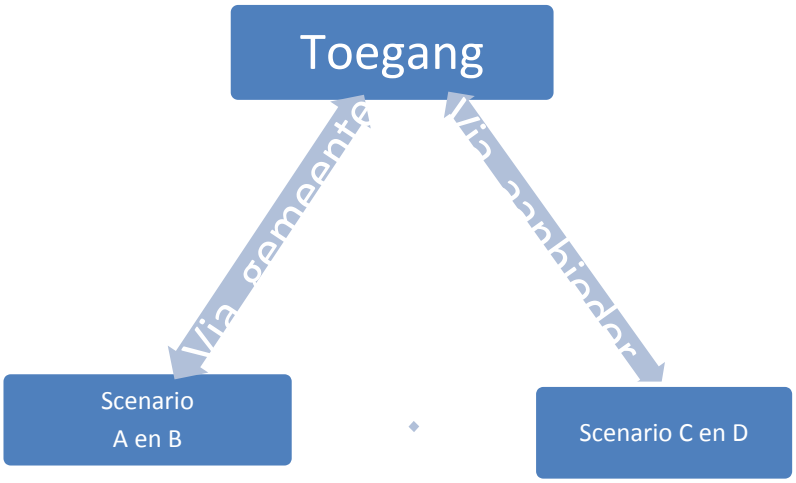
Na goedkeuring door het MOSD en het POHO sociaal moet het voorstel ter besluitvorming voorgelegd worden aan de afzonderlijke colleges. Daarna kan gestart worden met de werkgroep.

Bij aanvang van het proces zijn diverse stakeholders betrokken geweest. Voorgesteld wordt om hen middels een nieuwsbrief te informeren over de uitgangspunten.

Bijlage 1

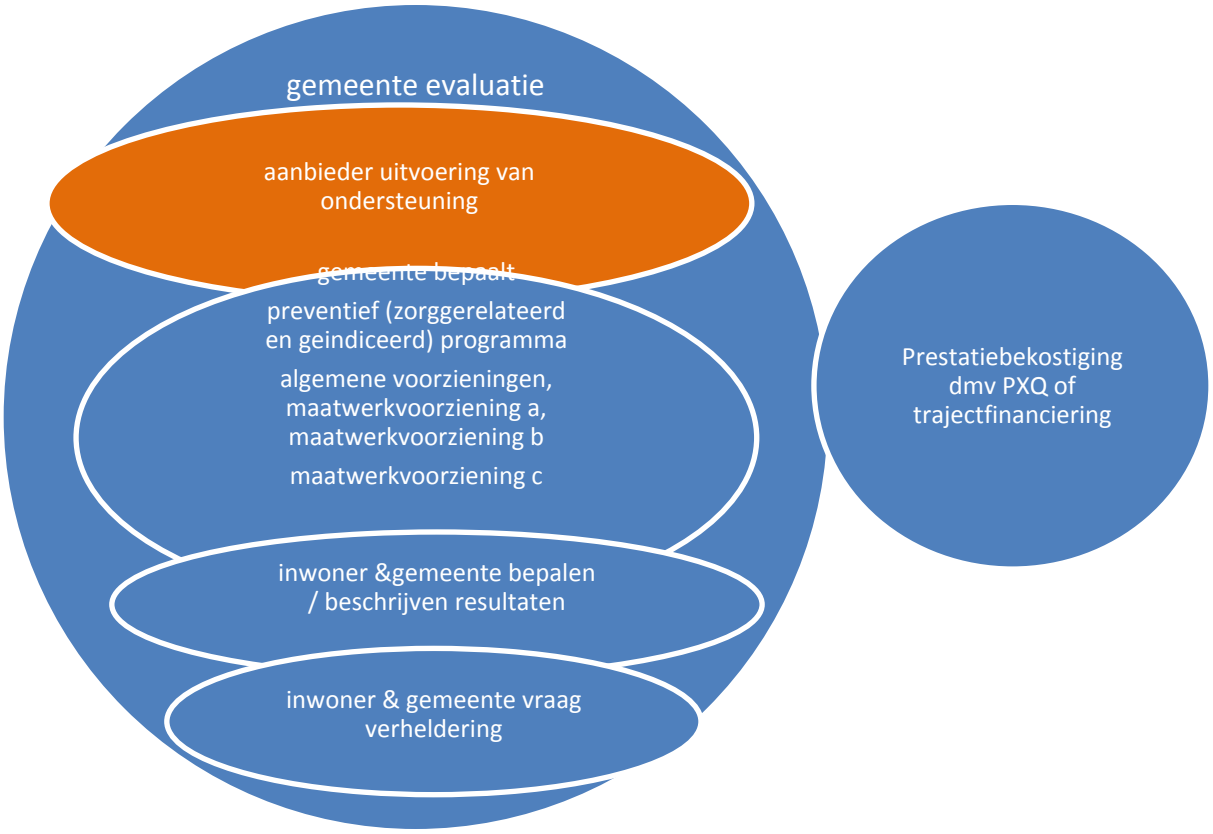
Scenario's

De meest cruciale vraag om voor een bepaald scenario te kiezen is wel of gemeenten de toegang via de gemeente willen laten verlopen of dat de toegang via de aanbieder wordt geregeld.



Toegang tot zorg organiseren via de gemeente leidt tot een keuze tussen scenario A of B
Toegang via een aanbieder leidt tot een keuze tussen scenario C of D
De scenario's worden in het volgende deel verder uitgewerkt.

Scenario A Huidige situatie



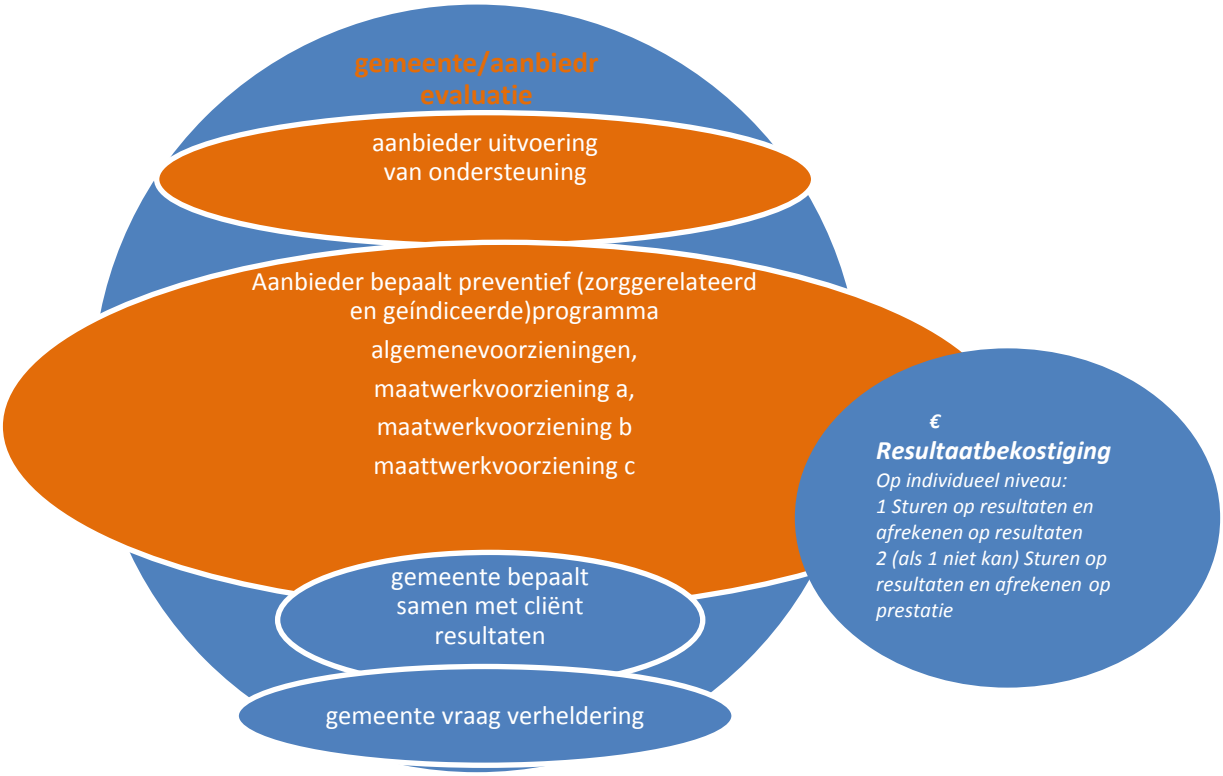
Feitelijk beschrijft scenario A de huidige situatie binnen de Achterhoekse gemeenten. Gemeente en inwoner bepalen samen de te behalen resultaten en doelen en vertalen dit naar producten. Daarna wordt het overgedragen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan minder maatwerk leveren doordat hij binnen de geindiceerde producten ondersteuning moet bieden. De gemeente blijft betrokken bij de evaluatie en de behaalde resultaten van de client. Dit vraagt van de medewerkers toegang naast een brede en integrale blik ook specifieke kennis van verschillende doelgroepen die d.m.v. scholing op peil gehouden moeten worden. Integrale afstemming binnen het gemeentelijk domein en gemeenten onderling wordt vereenvoudigd. Gemeente heeft op deze manier grip op zowel de toegang als de financiën. Op- en afschalen van ondersteuning loopt via de gemeente, de regie blijft bij de gemeenten.
Administratieve last bij de aanbieder ligt hoog, aangezien ze elk uur moeten verantwoorden.

Dit scenario prikkelt niet direct tot samenwerking tussen gemeente en aanbieders of aanbieders onderling. Er vind wel overleg plaats, maar het nodigt niet uit om gebruik te maken van het voorliggend veld.

Aanbieders.
Het aantal aanbieders bij dit scenario kan onbeperkt zijn. Dit vraagt van de gemeente een grote inzet voor de beheersbaarheid. Om samenwerking met partijen te bevorderen, kan er voor gekozen worden om met een beperkt aantal aanbieders een transformatieproces te starten. Vervolgens kan nog bepaald worden of de ondersteuning door een beperkt of onbeperkt aantal aanbieders geleverd kan worden.

Meest bijpassende financieringsmodel:
Prestatiebekostiging door middel van PxQ of trajectfinanciering.
Bij dit scenario kun je wel sturen op resultaten, maar je financiert op basis van ingezette producten en op individueel niveau. Door het indiceren van meerdere maatwerkvoorzieningen kun je een arrangement opstellen.

Scenario B Gewenste situatie



Het grote verschil met scenario A is dat de gemeente alleen de te bereiken resultaten vaststelt en dat de aanbieder naast het bieden van ondersteuning ook bepaalt welke preventieve/ algemene en maatwerkvoorzieningen worden ingezet. Aanbieders kunnen zelf op- en afschalen.
Dit scenario is alleen geschikt voor die situaties waarbij de aanbieder ook daadwerkelijk invloed heeft op de resultaten. Dit scenario gaat meer uit van vertrouwen in elkaar. Het vraagt van medewerkers in de toegang een goede kennis van vraagverheldering en smart formuleren van resultaten. Dit ook om later goed te kunnen evalueren of resultaten bereikt zijn. Het vraagt van de eigen medewerkers minder specialistische kennis van de zorg. Van aanbieders wordt verwacht dat zij een goede kennis hebben van de sociale kaart en het voorliggende veld. Dit scenario daagt aanbieders meer uit om samen te werken en gebruik te maken van het voorliggend veld.

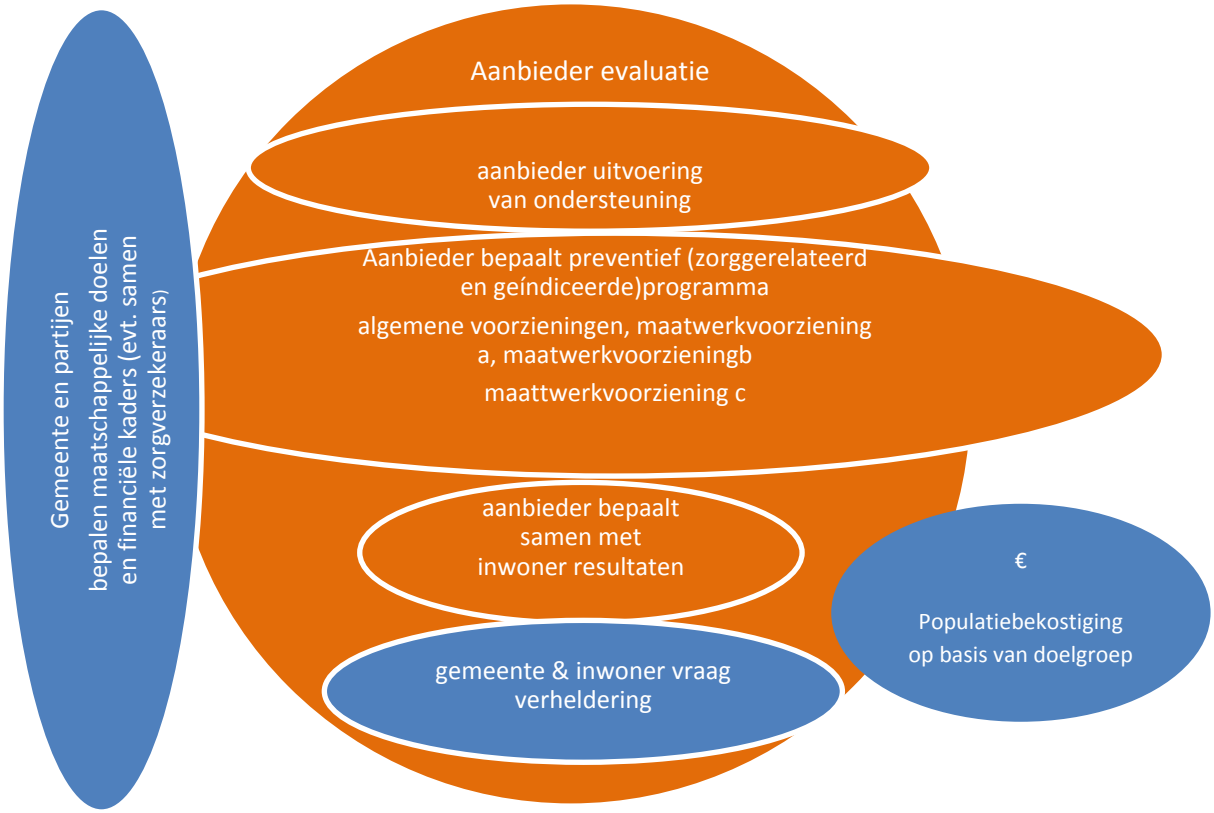
Aanbieders.
Het aantal aanbieders bij dit scenario kan onbeperkt zijn. Dit vraagt van de gemeente een grote inzet voor de beheersbaarheid. Om samenwerking met partijen te bevorderen kan er ook voor gekozen worden om met een beperkt aantal aanbieders een transformatieproces te starten. Vervolgens kan

nog bepaald worden of de ondersteuning door een beperkt of onbeperkt aantal aanbieders geleverd kan worden.

Aanbieders reductie:
Gericht op resultaten betekent dat je de resultaten moet benoemen in overeenstemming met je zorgaanbieders. De gestelde resultaten moeten meetbaar zijn. Dit betekent automatisch dat je hier gunningscriteria aan kunt ontlenen. De goede (ultieme) aanbieders kunnen zich op resultaten onderscheiden van de slechte aanbieders.

<u>Meest bijpassende financieringsmodel:</u>
Resultaatbekostiging op individueel niveau
Sturen op resultaten en afrekenen op resultaten op individueel niveau.
Sturen op resultaten en afrekenen op prestatie op individueel niveau.

Scenario C Populatiebekostiging op basis van doelgroep

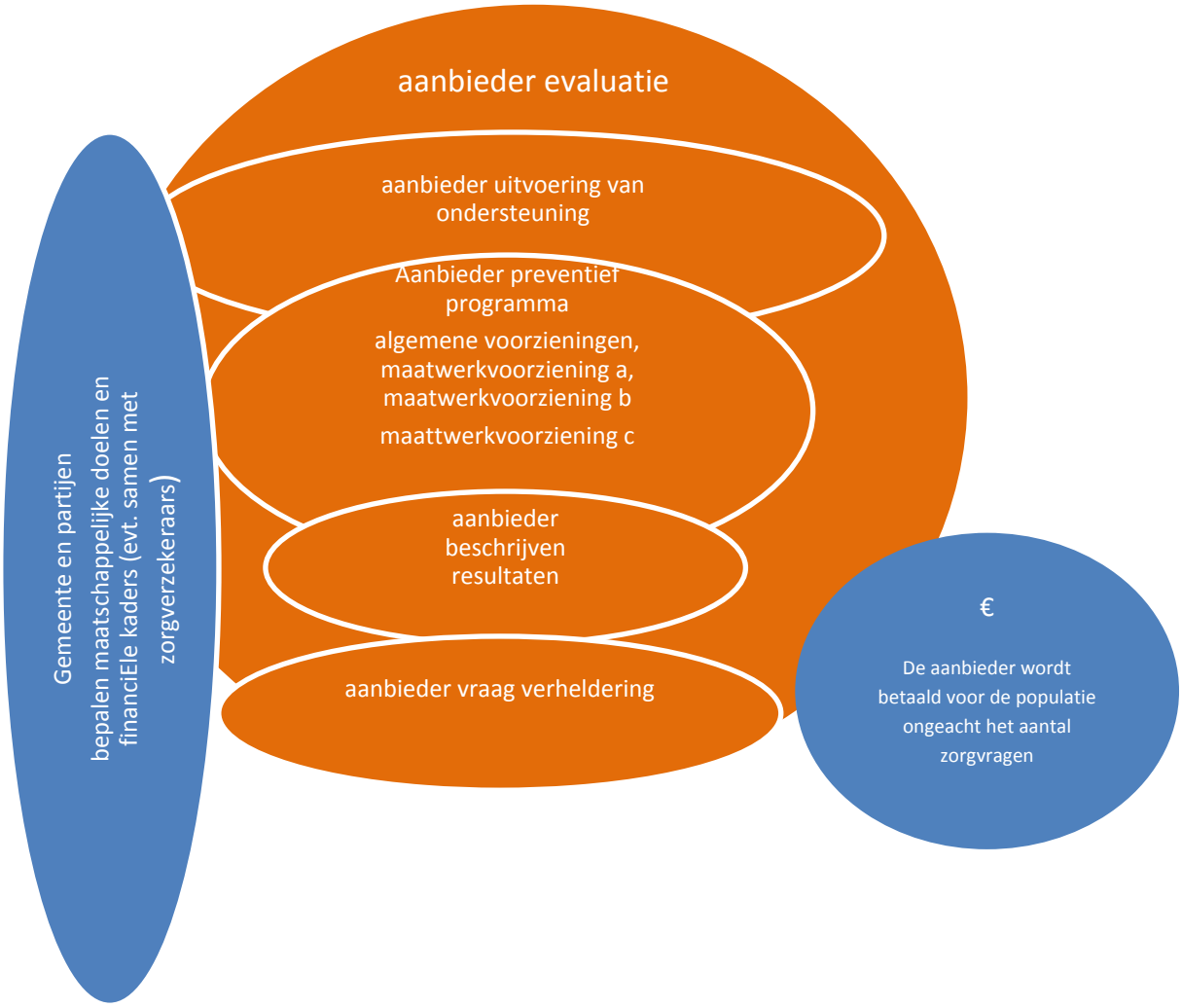


In dit scenario is de gemeente verantwoordelijk voor de vraagverheldering en doorverwijzing naar een aanbieder. De gemeente geeft geen beschikking af, maar werkt met een verwijsbrief. De aanbieder bepaalt met de inwoner de te bereiken resultaten en evalueert de doelen en resultaten op individuele niveau.

De verantwoordelijkheid voor het ondersteuningsproces van een gehele doelgroep wordt bij één aanbieder neergelegd. Hoewel er meerdere doelgroepen mogelijk zijn, heeft dit een leveranciersreductie tot gevolg. De aanbieder werkt op zijn beurt met onderaannemers.

<u>Meest bijpassende financieringsmodel:</u>
Populatiebekostiging op basis van doelgroep

Scenario D Populatiebekostiging op basis van populatie



Bij dit scenario past een andere organisatie, toegang en financieringsvorm. Het biedt alle ruimte aan de zorgprofessionals. Bij dit scenario past een (zeer) beperkt aantal aanbieders voor de gehele regio die verantwoordelijk zijn voor het hele ondersteuningsproces. Zij kunnen werken met onderaannemers. Gemeente bepaalt samen met de aanbieders de maatschappelijke opgaven en de daarbij behorende te bereiken resultaten. De toegang tot ondersteuning ligt bij de zorgaanbieder. Het financieel kader wordt gezamenlijk vastgesteld. Belangrijk is dat aanbieders verplicht zijn om alle inwoners met een ondersteuningsvraag goed te helpen. Mogelijk kun je binnen dit scenario ook samenwerken met de zorgverzekeraar en uitgaan van een budget per inwoner. Een vraagstuk bij dit

scenario is hoe om te gaan met een persoonsgebonden budget. In dit scenario zijn aanbieders verantwoordelijk voor het ontwikkelen van het voorliggend veld met betrekking tot de populatie waar afspraken over zijn gemaakt. In dit scenario heeft de gemeente geen invloed op het individuele resultaat. Dit scenario daagt aanbieders meer uit om samen te werken en gebruik te maken van het voorliggend veld.

Aanbieders
Bij dit scenario past een beperkt aantal aanbieders voor de gehele regio die verantwoordelijk zijn voor het hele ondersteuningsproces. Zij kunnen werken met onderaannemers.

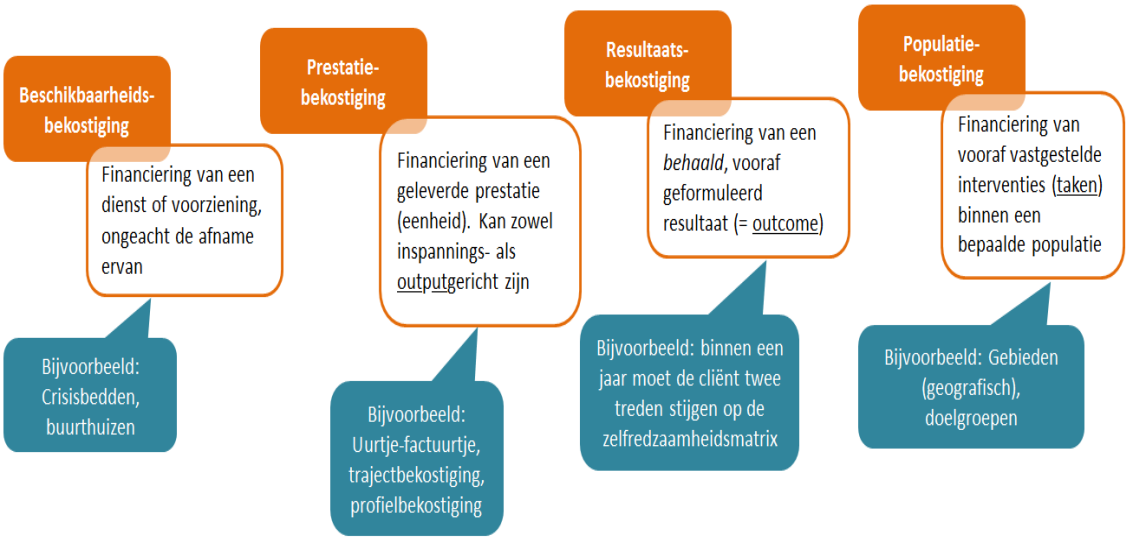
Meest bijpassende financieringsmodel:
Populatiebekostiging.
De aanbieder ontvangt een vast bedrag per inwoner in zijn populatie (of gebied) voor een omschreven pakket te bereiken resultaten voor die populatie. De aanbieder wordt ook afgerekend op de resultaten De aanbieder wordt betaald voor de populatie ongeacht het aantal zorgvragen. De) aanbieder is verantwoordelijk voor de populatie en beheert het aan hem toegekende budget. Schaarsteverdeling vindt plaats door de aanbieder, hierdoor ligt het budgetrisico bij de aanbieder.

De aanbieder is verantwoordelijk voor de geleverde en te leveren zorg. De gemeente blijft uiteindelijk verantwoordelijk voor het welzijn van de populatie.

Bijlage 2 Financieringsmodellen

Er zijn vier verschillende financieringsvormen:
Beschikbaarheidsbekostiging
Prestatiebekostiging
Resultaatbekostiging
Populatiebekostiging

Hieronder volgt een nadere toelichting de verschillende financieringsvormen.



Beschikbaarheidsbekostiging
Beschikbaarheidsbekostiging bestaat uit financiering van een dienst of voorziening ongeacht de afname ervan. De gemeente stelt dus geld beschikbaar voor het in stand houden van een voorziening. In dit verband wordt ook wel gesproken van een ‘brandweerfunctie’. De brandweer wordt immers betaald voor het feit dat ze paraat is, niet voor het aantal keren dat ze uitrukt. Dit illustreert tevens, waarom in deze bekostigingsvariant beter op preventie gestuurd kan worden.

Prestatiebekostiging
Prestatiebekostiging kan zowel inspanningsgericht als outputgericht zijn.
Bij inspanningsgerichte bekostiging worden vooraf afspraken gemaakt over de benodigde inspanning en het daarbij behorende tarief. De inspanning is vervolgens declarabel, ongeacht of deze daadwerkelijk geleverd is (beschikking = declaratie). Bij outputgerichte bekostiging is uitsluitend de daadwerkelijk geleverde inspanning declarabel.
Het voordeel van inspanningsgerichte bekostiging is dat aanbieders de mogelijk hebben om wat te ‘schuiven’ met de afgesproken inspanning. In verband met de relatie tussen de cliënt en de professional en het vaak wat dynamische karakter van een zorgtraject kan dat in de praktijk waardevol zijn. Daar komt bij dat de administratieve last voor de aanbieder in het geval van inspanningsgerichte bekostiging doorgaans veel geringer is. De Achterhoekse gemeenten passen deze bekostigingsvorm toe voor ‘Wonen en logeren’ (perceel 3). Het vraagt echter wél een stevige vertrouwensbasis en zal om die reden niet in alle gevallen de meest geëigende vorm zijn.

Trajectfinanciering kan eveneens een vorm van (inspanningsgerichte) prestatiebekostiging zijn. Bij trajectfinanciering ontvangen aanbieders een totaalbedrag voor het leveren van een traject (bepaalde interventies x gemiddeld aantal eenheden x periode). Gaat de aanbieder het traject leveren, dan krijgt hij daarvoor betaald, ongeacht het resultaat. Trajectfinanciering kan echter ook een vorm van resultaatsbekostiging zijn.

Resultaatsbekostiging
Er is pas sprake van resultaatsbekostiging op het moment dat het leveren van het traject en de betaling ervan (geheel of voor een deel) is gekoppeld aan het behalen van een resultaat. Bij resultaatsbekostiging worden dus vooraf afspraken gemaakt over een gewenst resultaat en de daarbij behorende vergoeding. De premisse daarbij is dat dit resultaat het effect is van de door de aanbieder geleverde inspanning; een zgn. causaal verband. Verwarrend is dat er in dit verband ook wel wordt gesproken over prestatiegerichte bekostiging. Dit is dus wat anders dan prestatiebekostiging.

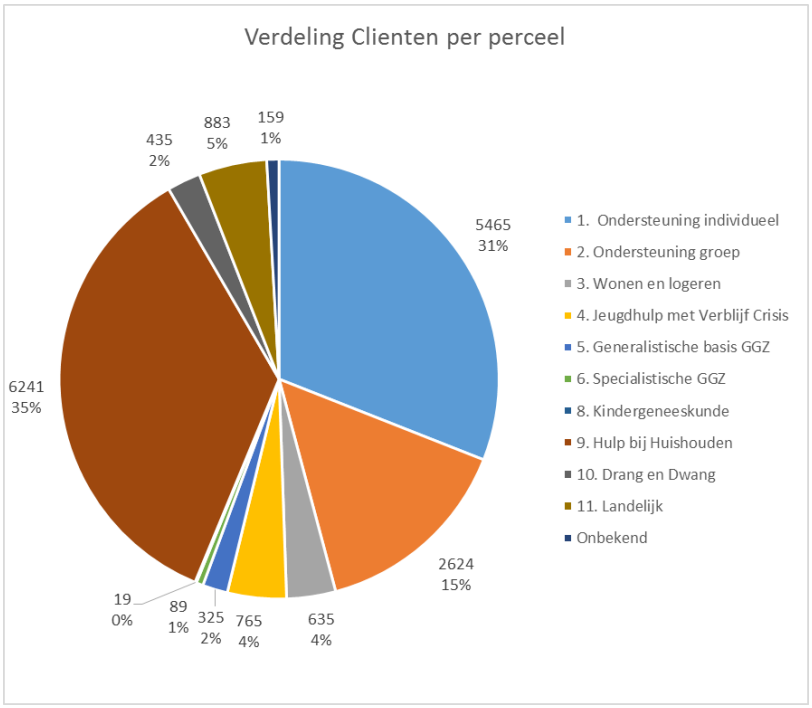
Populatiebekostiging
Populatiebekostiging bestaat uit de financiering van vooraf vastgestelde interventies binnen een bepaalde populatie (bijvoorbeeld een wijk of een bepaalde doelgroep). Is meer geld nodig, dan moeten de aanbieders dit zelf bijpassen. Is minder geld nodig, dan mogen de aanbieders en/of populatie beslissen wat er met de “winst” gebeurt. De taakgerichte uitvoeringsvariant van i-sociaal domein valt onder dit model.

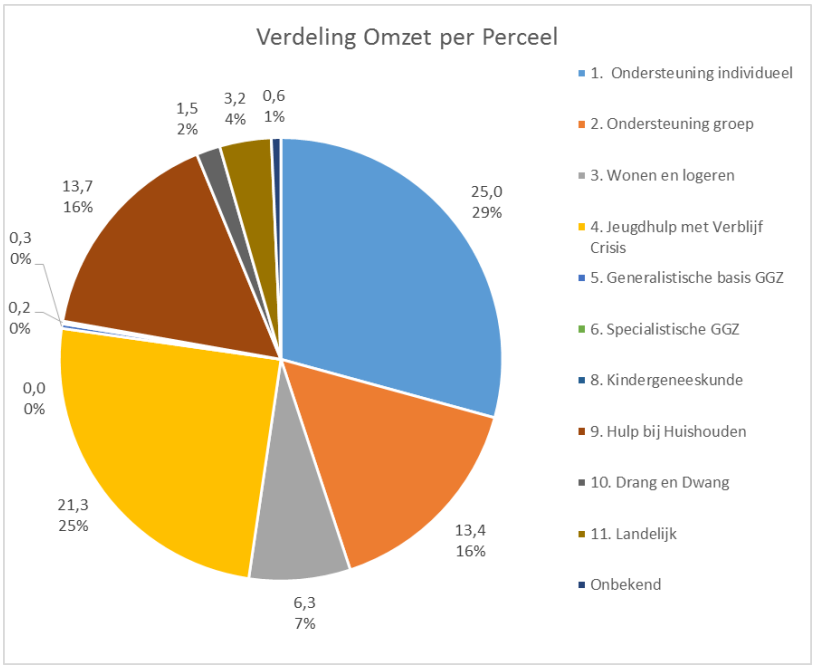
Bijlage 3.

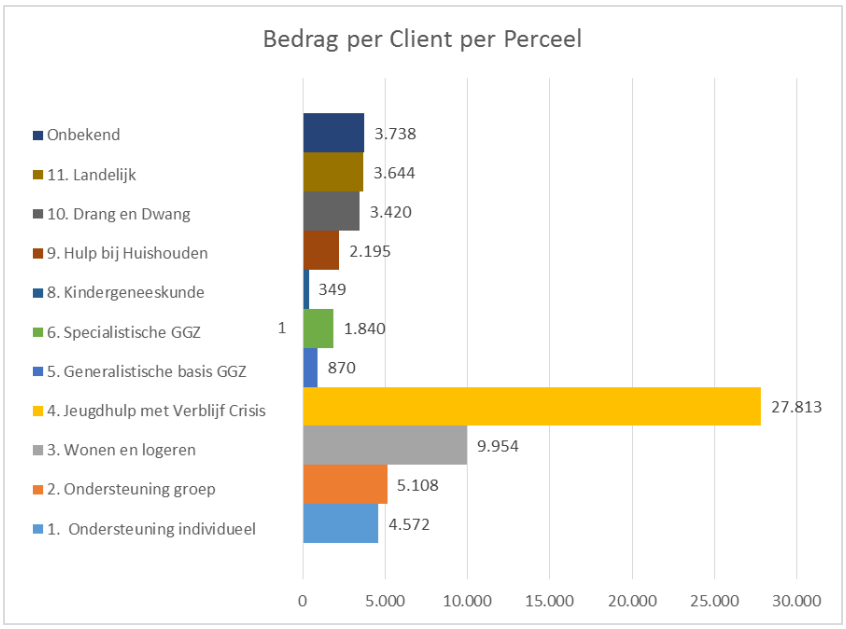
Vanuit diverse gemeenten en het MOSD zijn een aantal aandachtpunten meegegeven voor de volgende werkgroep die aan de slag gaat met de verdere uitwerking van de visie. De belangrijkste aandachtspunten zijn:

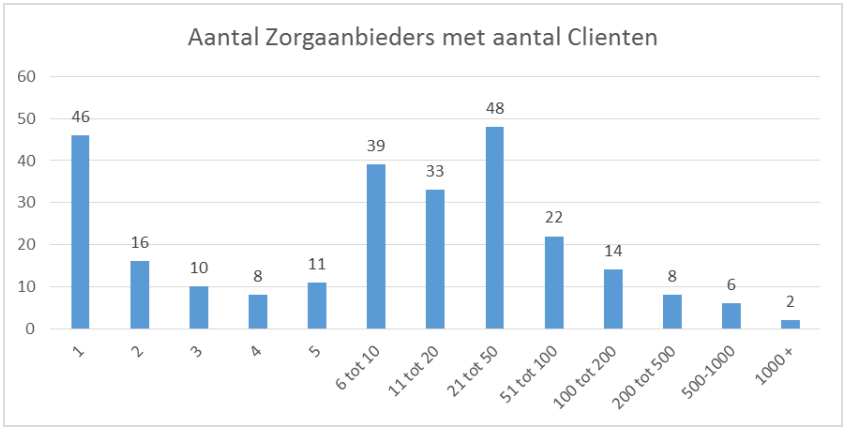
- Aandacht voor de tijdsplanning, als 2021 niet haalbaar is dan misschien verschuiven naar 2022?
- Scholing voor consulenten Esbjergmodel.
- Scholing voor consulenten om te gaan werken en denken vanuit resultaten.
- Resultaatbekostiging wekt de suggestie dat consulenten bij niet behalen resultaat met aanbieder in onderhandeling moeten over financiering. Maak, als met resultaatbekosting gewerkt gaat worden, duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is.
- Zorg bij de samenstelling van de werkgroep dat de juiste kennis aanwezig is.
- Ga kijken bij andere gemeenten / regio's hoe zij vorm geven aan resultaatsturing en ga na wat de voor- en nadelen zijn van resultaatbekostiging.
- Kijk goed waar resultaatbekostiging wel en niet is toe te passen, differentieer als dat nodig is.
- Niet in alle gemeenten is de toegang en het voorliggende veld hetzelfde georganiseerd, kijk hier goed naar en houdt hier rekening mee bij de uitwerking.
- Kijk of en hoe sociale raden betrokken moeten worden bij de verdere uitwerking.
- Kwaliteit bij zorgaanbieders is belangrijk. Certificeringssysteem is minimale kwaliteit, maar niet zaligmakend en werkt verdrukkend. Kijk hier goed naar.

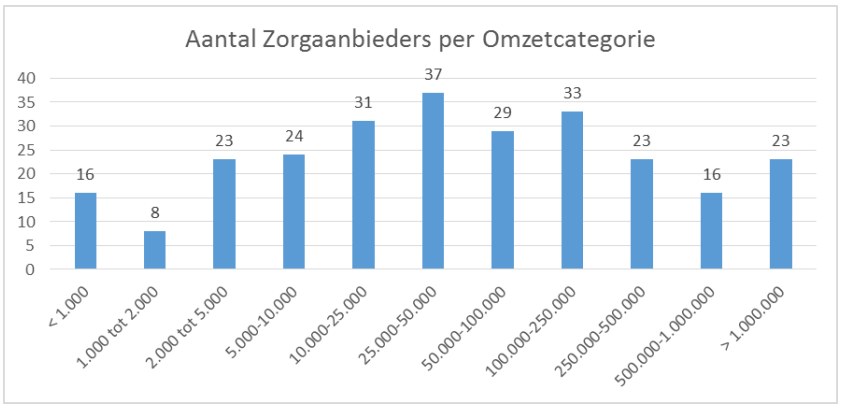
Bijlage 4


Verdeling Clienten per perceel
5465
31%
2624
15%
635
4%
765
4%
325
2%
89
1%
19
0%
6241
35%
435
2%
883
5%
159
1%
1. Ondersteuning individueel
2. Ondersteuning groep
3. Wonen en logeren
4. Jeugdhulp met Verblijf Crisis
5. Generalistische basis GGZ
6. Specialistische GGZ
8. Kindergeneeskunde
9. Hulp bij Huishouden
10. Drang en Dwang
11. Landelijk
Onbekend


Verdeling Omzet per Perceel
25,0
29%
13,4
16%
6,3
7%
21,3
25%
0,0
0%
0,2
0%
0,3
0%
13,7
16%
1,5
2%
3,2
4%
0,6
1%
1. Ondersteuning individueel
2. Ondersteuning groep
3. Wonen en logeren
4. Jeugdhulp met Verblijf Crisis
5. Generalistische basis GGZ
6. Specialistische GGZ
8. Kindergeneeskunde
9. Hulp bij Huishouden
10. Drang en Dwang
11. Landelijk
Onbekend


Bedrag per Client per Perceel
Onbekend
11. Landelijk
10. Drang en Dwang
9. Hulp bij Huishouden
8. Kindergeneeskunde
6. Specialistische GGZ
5. Generalistische basis GGZ
4. Jeugdhulp met Verblijf Crisis
3. Wonen en logeren
2. Ondersteuning groep
1. Ondersteuning individueel
3.738
3.644
3.420
2.195
349
1
1.840
870
27.813
9.954
5.108
4.572
0
5.000
10.000
15.000
20.000
25.000
30.000


Aantal Zorgaanbieders met aantal Clienten
60
50
40
30
20
10
0
46
16
10
8
11
39
33
48
22
14
8
6
2
1
2
3
4
5
6 tot 10
11 tot 20
21 tot 50
51 tot 100
100 tot 200
200 tot 500
500-1000
1000+


Aantal Zorgaanbieders per Omzetcategorie
40
35
30
25
20
15
10
5
0
16
8
23
24
31
37
29
33
23
16
23
< 1.000
1.000 tot 2.000
2.000 tot 5.000
5.000-10.000
10.000-25.000
25.000-50.000
50.000-100.000
100.000-250.000
250.000-500.000
500.000-1.000.000
> 1.000.000